PAROLE DE SAGES-FEMMES

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 30 • Automne 2019

LE MAGAZINE QUI VOUS DONNE LA PAROLE

GROSSESSE & LACTATION : ÉTAT DES LIEUX DES PRODUITS COSMÉTIQUES CONTROVERSÉS ET DE LEURS RISQUES

ALLAITER SEREINEMENT : LES CONSEILS DE CÉLINE DALLA LANA

CONSEILS DE PROS

CMV : QUELLE PRISE EN CHARGE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ ?

À LA LOUPE

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN : LE TEST HPV EST RECOMMANDÉ EN 1RE INTENTION À PARTIR DE 30 ANS

RENCONTRE

SAGE-FEMME ET SOCIOLOGUE, CLÉMENCE SHANTZ ÉTUDIE LES PRATIQUES MÉDICALEMENT INJUSTIFIÉES

DOSSIER

DEUIL PÉRINATAL

• DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS À LA FORMATION DES PROFESSIONNELS : RENCONTRE AVEC L'ASSOCIATION AGAPA

• ACCOMPAGNER LA MORT LORSQU'ON EST SAGE-FEMME

• LES SAGES-FEMMES FACE AUX SOINS PALLIATIFS NÉONATALS

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

ÉDITO

En 2e année de mes études de sage-femme, je me souviens de cette nuit où la mort a frappé. Alors qu'elle ne sentait plus son bébé bouger, une patiente s'est rendue à la maternité.
Pas d'activité cardiaque au monitoring, en essayant de garder mon calme je déplaçais le capteur en espérant entendre des signes de vie. Malheureusement, le diagnostic de mort fœtale in utero est tombé lorsque la sonde d'échographie n'a décelé aucun battement cardiaque.
Face à cet évènement tragique, à la sidération du couple : que faire ? Se mêlent alors la gêne, la difficulté à trouver les mots justes, à pouvoir répondre le mieux à leurs attentes pour les soutenir… Pourtant les parents ont besoin de se sentir entourés, que l'on réponde à leurs questions pour connaître la suite des évènements, ils auront aussi besoin d'être accompagnés pour faire leur deuil.
Encore jeune, pas formée à cette situation, je perçois encore le mal-être dans lequel elle m'avait plongée. Il faut dire que la mort est taboue dans notre société.
C'est pourquoi nous avons choisi d'en parler dans le dossier de ce numéro.
Il y a tant dire sur ce sujet…

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

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

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 30

3 **Édito**

ACTUS

5 **Actus France :** • Grippe : Un test rapide améliore la prise en charge des femmes enceintes • Grossesses non prévues en Ile-de-France • VIH : Dépistage gratuits sans ordonnance dans les laboratoires à Paris • Préparations hypoallergéniques pour nourrissons : leurs bénéfices restent à prouver • Vaccin contre la coqueluche : Bientôt de nouvelles recommandations pour les femmes enceintes • Grossesse : 1,8% des femmes subissent des violences physiques • Vaccins obligatoires pour les enfants de moins de 2 ans : Leur sécurité est confirmée dans un rapport de l'ANSM ! • Une nouvelle unité a ouvert ses portes pour les femmes excisées

8 **Actus Monde :** • **Etats-Unis :** Les embryons implantés n'étaient pas ceux du couple • Trop de frénectomies chez les bébés ! • **Edimbourg :** L'obésité maternelle : Un facteur de risque de diabète chez l'enfant • **Russie :** Des parents donnent leur accord pour modifier la génétique de leur bébé • **Suède :** Post-partum : La présence du père améliore la santé maternelle • **Allemagne :** Le vaccin contre la rougeole bientôt obligatoire

10 **À la loupe :** Dépistage du cancer du col utérin : Le test HPV est recommandé en 1ère intention à partir de 30 ans

GROSSESSE & SEVRAGE TABAGIQUE

14 **Le défi Mois sans tabac** une occasion d'aborder le sevrage tabagique avec vos patientes

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

16 **Rencontre** avec Clémence Schantz, sage-femme et sociologue

20 **Allaiter sereinement :** Les conseils de Céline Dalla Lana

23 **S'installer en libéral :** 4 questions à Peggy Lia, sage-femme libérale

DOSSIER : DEUIL PÉRINATAL

24 **De l'accompagnement des parents à la formation des professionnels :** Rencontre avec l'association AGAPA

26 **Accompagner la mort lorsqu'on est sage-femme**

29 **Les sages-femmes face aux soins palliatifs néonatals**

ÉTUDE

32 **Grossesse et lactation :** État des lieux des produits cosmétiques controversés et de leurs risques

CONSEILS DE PROS

36 **CMV :** Quelle prise en charge chez le nouveau-né ?

PROFESSION SAGE-FEMME

38 **International :** Caroline Hernandez

40 **Dans ma bibliothèque de pro**

41 **Détente**

42 **A noter dans vos agendas**

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Rédaction

Directrice de la publication
Leslie Sawicka

Rédactrice en chef
Géraldine Dahan Tarrasona

Journalistes
Candice Satara-Bartko
Céline Gerbier

Réalisation

Direction artistique
Matthieu Boz
Nilay Cosquer

Photographies
Fotolia, Shutterstock,

Directrice du pôle vidéo
Céline Gerbier

Directrice du Pôle Experts
Sonia Zibi
sonia.zibi@mayanegroup.com
paroledesagesfemmes.com
06 60 50 73 77

Remerciements :
Peggy Lia
Clémence Schantz
Céline Dalla Lana
Marie-Pierre Graziello
Chloé Grégoire
Camille Audren
Nadjma Abdou
Carolina Gonzalez Hernando

Mayane|group

Unify

Parole de sages-femmes est édité par la SARL
Mayane Communicaton
au capital de 7 700 €
Siège social :
8-10 Rue Saint-Fiacre, 75002 Paris
RCS 75017 Paris B 479454829
Dépôt légal : 2019
ISBN : 978-2-9527526-2-6

PEFC PEFC/10-31-1118

IMPRIM'VERT

UN TEST RAPIDE AMÉLIORE LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES

Des chercheurs de la maternité Port-Royal, à Paris, ont évalué l'impact d'un test de diagnostic moléculaire de la grippe dans la prise en charge des parturientes. Celui-ci a la spécificité de rendre les résultats en 2 heures alors que le délai du test par PCR standard s'étend entre 12 à 24h et uniquement en jours ouvrables.

En comparant 2 périodes, avant (38 patientes) et après (124 patientes) introduction du test, durant l'épidémie de grippe, ils ont constaté que le taux d'hospitalisation était plus élevé dans le 1er groupe (parmi les patientes incluses 71% vs 44,3% et parmi les cas de grippe confirmés 83,3% vs 38,5%).

Cette différence a aussi été observée sur le taux de traitement. En effet, le taux d'administration d'antibiotiques était plus élevé dans le groupe avant l'initiation du test (86,8 % vs 56,1% et chez les patientes atteintes de grippe confirmée par le test, 91,7% vs 44,7%).

Alors que Pr Laurence Monnoyer-Smith, Commissaire générale au développement durable, Ministère de la Transition écologique et solidaire, alertait récemment que « *L'antibiorésistance pourrait devenir l'une des principales causes de mortalité dans le monde* », ce test moléculaire semble être une bonne alternative pour contribuer à la diminution les antibiothérapies injustifiées !

Sources : Étude de l'impact d'un test rapide moléculaire de la grippe dans le diagnostic et la prise en charge de patientes enceintes – aphp.fr

Communiqué du 5 février 2019 - Résistance aux antibiotiques – OMS

Grossesses non prévues en Ile-de-France

Selon une étude de l'Observatoire régionale de Santé de l'Ile-de-France :

- Près de 12% des Franciliennes âgées de 15 à 49 ans ont déclaré avoir eu une grossesse non prévue au cours des 5 dernières années alors que deux tiers des femmes utilisaient une contraception, 23,9% la pilule et 19,8% le préservatif.
- Parmi ces grossesses non prévues, 49,5% se sont terminées par une IVG
- Le recours à la contraception d'urgence était plus important chez les Franciliennes que chez les femmes des autres régions (77,2% vs 54,9%)
- Parmi les Franciliennes ayant déclaré une grossesse non prévue, 28,9% jugent inefficace la pilule

Source : Grossesses non prévues en Île-de-France - Résultats du Baromètre Santé Publique France 2016 – Rapport et enquête de l'Observatoire régional de Santé Ile-de-France – juillet 2019

VIH : DÉPISTAGE GRATUIT SANS ORDONNANCE DANS LES LABORATOIRES À PARIS

Vaincre le sida d'ici à 2030, voilà l'objectif que s'est fixé la ville de Paris ! Des laboratoires parisiens proposent depuis le 1er juillet 2019 des tests gratuits, sans ordonnance, sans rendez-vous jusqu'au 30 juin 2020.

L'Assurance maladie prend en charge intégralement le dépistage. En cas de positivité du test, le patient sera orienté vers un hôpital dans les 48h pour le suivi.

Cette initiative menée également à Nice devrait s'étendre sur l'ensemble de la France.

Sources : vihtest.paris, unaids.org

PRÉPARATIONS HYPOALLERGÉNIQUES POUR NOURRISSONS : LEURS BÉNÉFICES RESTENT À PROUVER

Connues pour éviter les allergies chez les enfants à risque, les préparations hypoallergéniques pour nourrissons n'ont plus la cote. Des chercheurs français ont observé sur un suivi de 15 000 enfants (Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance) sur 2 ans que ces produits n'étaient pas associés à une réduction des allergies comparativement aux laits infantiles classiques. Ils ont même constaté un effet inverse, les enfants ayant bénéficié de ces laits alors qu'ils n'étaient pas à risque présentaient un risque plus élevé de manifester ultérieurement des sifflements respiratoires et des allergies alimentaires. Si ces résultats doivent être précisés pas d'autres études, ils restent néanmoins en accord avec une nouvelle réglementation qui imposera des études cliniques avant de vanter les bénéfices de ce type de produit dans la prévention des allergies. Celle-ci rentrera en vigueur en 2021.

Source : presse.inserm.fr

VACCIN CONTRE LA COQUELUCHE : BIENTÔT DE NOUVELLES RECOMMANDATIONS POUR LES FEMMES ENCEINTES

La Haute Autorité de Santé et sa Commission Technique des vaccinations ont publié une feuille de route pour évaluer s'il est pertinent de vacciner une femme enceinte contre la coqueluche. Bien qu'elle ne soit pas contre-indiquée, à ce jour la vaccination anti-coqueluche n'est pas recommandée pendant la grossesse, en France. Est-ce que la vaccination contre la coqueluche est efficace chez la femme enceinte ? Est-elle bien tolérée chez la mère et le nourrisson ?... Nous devrions le savoir, à la publication des travaux, en janvier 2020.

Sources :has-sante.fr

GROSSESSE : 1,8% DES FEMMES SUBISSENT DES VIOLENCES PHYSIQUES

Si jusque-là nous n'avions pas de données nationales sur les violences faites aux femmes enceintes, une équipe de recherche de l'Inserm et du Cress (Centre de recherche en épidémiologie et statistiques) a comblé cette lacune. En utilisant les données de l'Enquête nationale périnatale de 2016, ils ont estimé que parmi les 12 330 femmes incluses dans l'étude, 1,8% subissaient des violences physiques pendant leur grossesse. Ces violences étaient associées notamment à des facteurs socio-économiques : les femmes sans partenaire ou ne vivant pas en couple, un revenu du ménage inférieur à 3000 € par mois. Les chercheurs ont aussi retrouvé une fréquence des violences plus élevée en cas d'antécédent d'avortement, de consommation de cannabis pendant la grossesse.

Ces abus physiques sont délétères pour la santé de la mère comme pour celle de l'enfant, c'est pourquoi la connaissance des facteurs de risque est essentielle pour permettre aux professionnels de prendre en charge et de protéger ces femmes.

Source : presse.inserm.fr

VACCINS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 2 ANS : **LEUR SÉCURITÉ EST CONFIRMÉE DANS UN RAPPORT DE L'ANSM !**

L'ANSM a diffusé dans un point d'information les premières données de pharmacovigilance concernant les vaccins obligatoires pour les enfants de moins de 2 ans et elles sont rassurantes ! L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a analysé les déclarations d'effets ou d'évènements indésirables envoyée au réseau national des Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV). Elle a pris en compte les données avant l'obligation vaccinale, entre 2012 et 2017 et les six premiers mois après sa mise en application, c'est-à-dire pour les enfants nés à partir de janvier 2018.

- **Entre 2012 et 2017, 38 millions de doses de vaccin ont été injectées**
- **L'Agence a relevé 962 déclarations d'un ou plusieurs effets ou évènements indésirables sur la période précédant la mise en place de l'obligation vaccinale**
- **Sur la période suivant l'obligation vaccinale, 75 effets ou évènements indésirables ont été notifiés**

Parmi les évènements ou effets survenant après la vaccination, il s'agissait de rash, de fièvre, de réaction locale, urticaire et des vomissements. Des effets plus graves ont été notifiés, ils étaient transitoires et déjà inscrits sur la notice du vaccin : fièvre élevée et/ou convulsions (souvent associées à la fièvre) ainsi que des épisodes de diminution du tonus musculaire et d'une baisse de la réactivité. L'Agence rapporte que « *Ces effets indésirables sont connus, transitoires et sont mentionnés dans la notice des vaccins. Quelle que soit la période d'étude, les effets indésirables rapportés sont de même nature.* » Elle conclut ainsi que « *ces données confirment la sécurité des vaccins obligatoires pour les enfants de moins de 2 ans* ».

Source : ansm.sante.fr

UNE NOUVELLE UNITÉ A OUVERT SES PORTES POUR LES FEMMES EXCISÉES

Alors que le gouvernement a lancé un plan pour éradiquer les mutilations sexuelles féminines, une nouvelle unité de prise en charge des femmes excisées a ouvert ses portes aux Diaconesses, à Paris, en juillet dernier. Le service propose une prise en charge multidisciplinaire, sage-femme, psychologue, sexologue, chirurgien, anesthésiste pour « réparer » ces femmes psychologiquement et chirurgicalement.

La France compterait 40 000 à 60 000 femmes excisées. Les mutilations sont une atteinte à l'intégrité des droits fondamentaux des femmes et des petites filles.

Sources : lequotidiendumedecin.fr, egalite-femmes-hommes.gouv.fr

États-Unis
Les embryons implantés n'étaient pas ceux du couple

La pilule va être très difficile à avaler pour ce couple de New-Yorkais en parcours PMA, ils ont décidé de porter plainte contre la clinique américaine spécialisée en infertilité...
Parmi huit embryons conçus par fécondation in vitro, une première implantation a échoué en 2018, le couple a tenté le 2e essai en août dernier. Cette fois-ci, la grossesse est évolutive, on leur annonce même des jumeaux. Mais au fil des examens, le couple doute. Il s'agit de 2 garçons alors qu'un embryon masculin parmi les huit avait été congelé. La suspicion des parents d'origine asiatique s'est confirmée à la naissance, en mars 2019, puisque les bébés ne présentaient aucun trait asiatique. Le test génétique a effectivement révélé que ces enfants ne présentaient pas de lien de parenté avec les parents ni même entre eux. Les bébés ont été « rendus » aux « véritables » parents. Le couple a porté plainte pour faute professionnelle, négligence, rupture de contrat et publicité mensongère pour ces «souffrances émotionnelles dont ils ne se remettront pas ».

Source : lexpress.fr, 20minutes.fr

États-Unis
Trop de frénectomies chez les bébés !

Pour faciliter l'allaitement, des bébés atteints d'ankyloglossie voient leur frein de langue coupé. Le taux de frénectomie a progressé de façon spectaculaire aux USA. Son chiffre a été multiplié par 10 entre 1997 et 2012, pourtant selon une étude menée à l'hôpital américain, « Massachusetts Eye and Ear », l'opération n'est pas toujours nécessaire.
Parmi 115 enfants âgés entre 16 et 56 jours orientés vers un pédiatre pour subir une frénectomie, 72 soit 62,6% d'entre eux n'ont finalement pas eu leur frein de langue sectionné. Le suivi multidisciplinaire (pédiatre spécialisé en oto-rhino-laryngologie, pneumologie, gastro-entérologie, orthophoniste...) proposé par l'étude a suffi pour permettre aux enfants de téter correctement. Cette étude montre qu'avant de couper un frein de langue, une évaluation par une équipe formée est indispensable.

Source : Association of Feeding Evaluation With Frenotomy Rates in Infants With Breastfeeding Difficulties - JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. Published online July 11, 2019. doi:10.1001/jamaoto.2019.1696
jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/article-abstract/2737712

Écosse
L'obésité maternelle : Un facteur de risque de diabète chez l'enfant

Si l'obésité maternelle impacte la grossesse, la santé de la femme enceinte, elle a aussi des répercussions sur celle de son enfant. C'est ce que révèle une étude publiée dans la revue Diabetologia. Les chercheurs ont analysé des dossiers de 118 201 mères et de leur progéniture, entre 1950 et 2011, de la maternité d'Aberdeen. Ils ont observé que le surpoids ou l'obésité chez la mère multipliait par 3,5 le risque de développer un diabète de type 2 chez l'enfant. En cas de surpoids, le risque de diabète de type 1 ou 2 augmentait de 26% et de 83% en cas d'obésité.
Avec la progression de l'obésité – plus d'un adulte sur deux est en surpoids ou obèse dans les pays de l'OCDE* - cette étude conclut qu'il est urgent de déployer des plans d'action pour prévenir l'obésité et le surpoids chez les femmes en âge de procréer afin d'améliorer sa santé et celle de l'enfant à venir.

**OCDE : Organisation de coopération et de développement économique*

Sources : Consequences of being overweight or obese during pregnancy on diabetes in the offspring: a record linkage study in Aberdeen, Scotland - Diabetologia . 19 juin 2019: doi: 10.1007 / s00125-019-4891-4
L'obésité dans le monde – OCDE 2017
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31214738
www.cerin.org/rapports/lobesite-dans-le-monde-ocde-2017/

Allemagne
Le vaccin contre la rougeole bientôt obligatoire

L'Allemagne se calque sur la France, la vaccination contre la rougeole sera obligatoire à partir de mars 2020. Cette mesure s'appliquera pour les enfants scolarisés, les enfants en crèche, mais aussi les enseignants, les éducateurs et les personnels des centres d'accueil de réfugiés.
Une mesure pour améliorer la couverture vaccinale, car selon l'OMS les chiffres sont alarmants : en 2018, 2 fois plus de cas de rougeole ont été recensés dans le monde.

Source : 20minutes.fr

Russie
Des parents donnent leur accord pour modifier la génétique de leur bébé

Le biologiste russe, Denis Rebrikov, a annoncé, en juin dernier, à New Scientist que 5 couples sourds souhaitaient que l'on utilise la technologie CRISPR pour que leur enfant soit capable d'entendre. La méthode CRISPR permet de modifier le génome à l'aide d'une enzyme appelée Cas9. Sorte de ciseau moléculaire qui va créer une encoche dans L'ADN et neutraliser le gène ciblé. Pour ces parents tous sourds, c'est le gène GJB2 qui est concerné.
Pour réaliser ce geste qui n'est pas sans risque, le biologiste doit demander les accords au gouvernement russe. Cette technique qui pourrait servir à éviter des maladies mortelles ne se transforme-t-elle pas dans ce cas en dérive éthique ?

Source : genethique.org
www.genethique.org/fr/des-parents-russes-se-portent-volontaires-pour-des-modifications-de-leurs-futurs-bebes-avec-crispr#.XSwy7-gzbDc

Suède
Post-partum : La présence du père améliore la santé maternelle

Une étude menée par des économistes de l'université de Stanford a montré que la flexibilité du temps de travail du père était bénéfique pour la santé physique et psychologique de la mère. Cette analyse fait suite à une loi adoptée en 2012 selon laquelle le père est autorisé, en cas de nécessité, à prendre jusqu'à 30 jours, de façon intermittente dans l'année suivant la naissance de l'enfant. Et ce, alors que la mère est en congé maternité.
Parmi les principaux résultats, les économistes ont noté une diminution d'hospitalisation et de consultation chez le spécialiste de 14% (pour par exemple des mastites ou d'autres infections) et une réduction de 11% de prescription d'antibiotiques dans les 6 mois suivant la naissance. Il y avait également une réduction de 26% de prescriptions d'anxiolytiques, comparativement aux mères ayant accouché avant l'entrée en vigueur de la loi. Cette diminution était d'autant plus significative dans les 3 mois après l'accouchement.
Les auteurs rapportent aussi que quelques jours supplémentaires peuvent faire toute la différence sur le bénéfice maternel puisque les pères ont utilisé bien moins que les 30 jours autorisés. De savoir au jour le jour que le père peut s'absenter du travail en fonction de l'état de fatigue de la mère ou dès les prémices d'une complication est rassurant et permet d'apporter plus de sérénité dans la période postnatale.

Sources : New York Times
The National Bureau of Economic Research
med.stanford.edu

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN : LE TEST HPV EST RECOMMANDÉ EN 1RE INTENTION À PARTIR DE 30 ANS

ALORS QUE DIX PAYS ONT DÉJÀ ADOPTÉ LE TEST HPV DONT HUIT POUR LE DÉPISTAGE PRIMAIRE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS, LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ A RÉACTUALISÉ EN JUILLET DERNIER SES RECOMMANDATIONS : ELLE PRÉCONISE DÉSORMAIS UN TEST HPV CHEZ LES FEMMES DÈS 30 ANS.

Chaque année, la France compte 3000 femmes touchées par le cancer du col utérin causant 1100 décès. Selon les données de l'Assurance maladie - pour la période 2015-2017 - le taux de dépistage atteint 59%, un taux estimé insuffisant par la HAS. Pour améliorer la prévention de ce 12e cancer le plus fréquent, elle a procédé à une évaluation du dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses. Suite à cette analyse, le test HPV remplace la cytologie chez les femmes à partir de 30 ans.

POURQUOI REMPLACER LE TEST HPV ?

Selon l'étude de méta-analyses, le test HPV est plus performant chez les femmes à partir de 30 ans. Cette méthode moléculaire de détection des acides nucléiques des génotypes d'HPV à haut risque présente une meilleure sensibilité pour déceler les

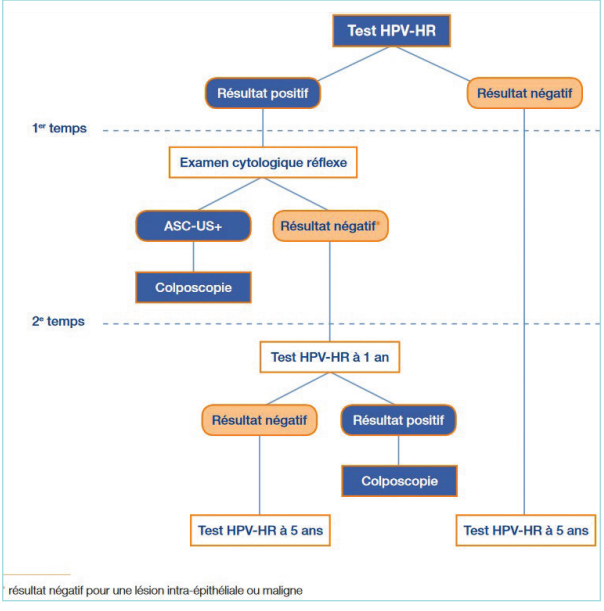
Le saviez-vous ?
Dans le monde, l'infection à HPV est l'IST la plus fréquente. On compte 12 HPV à potentiel cancérigène : 16,18, 31, 33, 35, 45, 52, 58, 39, 51, 56, 59. Il existe aussi l'HPV 68 que l'on considère comme un cancérigène probable.

lésions précancéreuses (CIN 2+ et CIN 3+). Son efficacité est supérieure à la cytologie pour réduire l'incidence des lésions précancéreuses (CIN 3+) et les cancers invasifs du col de l'utérus chez ces femmes.
Si le risque de contracter le virus augmente après l'âge moyen du premier rapport sexuel, il diminue avec l'âge. Ainsi, dans 90 % des cas l'HPV ne sera plus détectable 2 ans après. Mais si l'infection persiste, il peut causer un cancer du col de l'utérus. Son évolution est lente, ainsi la détection précoce des lésions précancéreuses, encore curables, par le test HPV permet de prévenir des cancers invasifs avancés.

" Le dépistage du cancer du col de l'utérus est proposé à toutes les femmes de 25 à 65 ans (immunocompétentes et n'ayant pas subi d'hystérectomie) qu'elles soient vaccinées ou non."

EN PRATIQUE

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est proposé à toutes les femmes de 25 à 65 ans (immunocompétentes et n'ayant pas subi d'hystérectomie) qu'elles soient vaccinées ou non. La cytologie en milieu liquide reste d'actualité pour les femmes de 25 à 30 ans avec la réalisation de deux prélèvements à 1an d'intervalle. En cas de résultat normal pour ces 2 examens, seul un contrôle 3 ans après est préconisé. Concernant les femmes de 30 à 65 ans, le test HPV remplace la cytologie. Celui-ci est prélevé 3 ans après la dernière cytologie (avec un résultat normal) puis réalisé à un rythme quinquennal si son résultat est négatif. Les modalités de prélèvement sont analogues à la cytologie. Le clinicien prélève des cellules de la zone cervico-utérine pour effectuer le test HPV. Il est aussi possible de proposer aux patientes le test en auto-prélèvement, et ainsi de renforcer la couverture de dépistage.



Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un test HPV a été proposé en dépistage primaire du CCU
Source : Has-sante.fr

SI LE TEST HPV EST POSITIF

En cas de positivité du test, la HAS préconise une stratégie de triage en 2 temps. Une cytologie est recommandée, car la spécificité du test HPV pour déceler les lésions précancéreuses est moins performante. En cas d'ASC-US ou anomalies plus sévères une colposcopie doit être effectuée. Si le résultat de la cytologie est normal, un contrôle avec un test HPV est recommandé un an après.

Source : Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 - HAS - juillet 2019.

Vaccination et dépistage régulier pour dire adieu au cancer du col de l'utérus.

En parlant du dépistage à vos patientes et de la vaccination aux parents, vous participez à la disparition du cancer du col de l'utérus.

76% des jeunes filles ne sont pas vaccinées contre les HPV, et 40% des femmes ne se font pas dépister régulièrement du cancer du col de l'utérus. Pourtant, nous savons qu'en combinant la vaccination contre les HPV et le dépistage, nous avons les moyens de nous débarrasser de ce cancer qui touche plus de 3000 femmes et en tue 1100 par an.

Pour vous accompagner dans votre pratique et dans l'information des femmes et des parents, des outils sont à votre disposition sur **e-cancer.fr.**
Vous pouvez également vous adresser au centre de coordination des dépistages des cancers de votre région.

SAVOIR C'EST POUVOIR AGIR

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

ARTAME - R.C.S. Paris B 378 899 363.

LE DÉFI MOIS SANS TABAC

UNE OCCASION D'ABORDER LE SEVRAGE TABAGIQUE AVEC VOS PATIENTES

Si toutes les femmes enceintes savent que fumer nuit à leur santé et celle de leur bébé, il n'est pas pour autant facile de mettre fin à leur addiction. Premier frein, la difficulté d'en parler à leur entourage, notamment aux soignants qui les suivent. Santé publique France, met à votre disposition différents moyens pour vous aider à accompagner vos patientes dans le sevrage tabagique.

Propos recueillis par Céline Gerbier

Conchita Gomez, sage-femme tabacologue, et présidente de l'Association nationale des sages-femmes tabacologues Françaises ANSFTAF à l'EPSM des Flandres.

Pourquoi conseillez-vous aux sages-femmes de toujours poser la question « fumez-vous » à leurs patientes ?

C'est la première chose à demander car beaucoup de femmes fumeuses n'osent pas aborder la question avec leur sage-femme ou leur gynécologue car elles ont honte. Aujourd'hui la plupart des femmes savent que fumer a un impact sur leur santé et celle de leur bébé. Malheureusement cette seule raison ne suffit pas à les aider à arrêter de fumer. Elles se sentent coupables de ne pas réussir alors qu'elles ont souvent envie d'arrêter. Il faut donc vraiment que l'ensemble du personnel soignant soit une oreille attentive pleine de bienveillance à l'égard de ces femmes.

Quelle est la première action à mener lorsque l'on accueille en consultation une femme enceinte fumeuse ?

Il faut tout de suite mesurer son niveau de dépendance. Nous disposons pour cela du test de Fagerstrom, (www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q1_Fagerstrom.pdf). Ce test permet en 6 questions d'obtenir une note sur 10 qui mesure la dépendance au tabac. À partir de 7/10, la dépendance est élevée. Il faut aussi mesurer le taux de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré (en ppm*). Cette mesure, qui améliore la prise de conscience du degré d'intoxication pour la femme enceinte fumeuse, doit faire partie des essentiels de consultation, comme la pesée et la prise de tension artérielle.

Si la qualité d'oxygénation de la future maman est mauvaise, celle du fœtus sera aussi altérée. Et nous disposons aujourd'hui d'études qui ont mis en évidence le rapport entre faible poids de naissance et taux de CO expiré par la maman.

Comment accompagnez-vous le sevrage tabagique des femmes enceintes ?

Si la femme n'a pas réussi à s'arrêter seule, et arrive en consultation, c'est sûrement car son niveau de dépendance est élevé, il faut donc absolument lui proposer un traitement nicotinique substitutif (TNS) adapté à son niveau de manque. La fumée de cigarette contient 4000 composés toxiques (des métaux lourds, du benzène, du goudron,...), alors la prise d'un traitement pendant quelques mois permet d'annuler l'intoxication aux différentes substances en ne gardant que la nicotine pour aider à gérer les pulsions à fumer. Ensuite il faut les accompagner, c'est très important dans la réussite du sevrage. Les femmes ont 70% de chances en plus d'arrêter de fumer si elles sont accompagnées par un professionnel de santé.

Comment les femmes accueillent-elles le traitement ?

Plutôt bien, quand c'est bien expliqué et en lien avec la grossesse. Il est maintenant remboursé à 65 %. Elles ont toutes l'expérience des pulsions à fumer et des signes de manque mal vécus. Le traitement substitutif nicotinique adapté vise à supprimer les

Il est important de prévenir les patientes de la présence de ce picto sur l'emballage des TNS, et de leur expliquer que la nicotine n'est pas une substance toxique pour le fœtus, afin qu'elles ne stoppent pas leur traitement par peur du danger. L'assurance maladie *(2)* **rappelle que l'utilisation des TNS durant la grossesse est moins nocive que de continuer à fumer (HAS, 2014).**

signes de manque et à apporter ainsi un confort durant la période de sevrage qui dure de quelques semaines à quelques mois ! Notre rôle de sages-femmes est d'être une oreille attentive, accueillante, bienveillante, réconfortante afin que les femmes enceintes fumeuses puissent dire vraiment ce qu'elles vivent et ressentent, sans être culpabilisées.

Et quand ça ne fonctionne pas ?

Le rechute doit faire partie intégrante de la discussion. S'il n'y a aucun jugement, la femme se sentira en confiance et pourra s'exprimer librement, ce qui très souvent nous amène à découvrir des erreurs dans la prise du traitement. J'ai déjà rencontré des femmes qui me disaient avoir mis leur patch mais que ça ne fonctionnait pas, elles avaient porté le patch une semaine entière alors qu'il n'était efficace que 16H ! Il faut vraiment vérifier l'observance du traitement. La rechute est une expérience positive qui permet aux femmes de mieux se connaître, et de renforcer la progression vers l'arrêt complet qui sera alors vécu comme une réussite.

L'entourage de la femme enceinte a-t-il une grande importance ?

Le conjoint est un allié de poids. S'il fume il est vivement conseillé de l'inclure comme premier soutien dans la démarche d'arrêt. S'il ne fume pas il faut l'inclure dans la prise en charge. Il peut l'aider à surmonter les pulsions à fumer qui durent une minute, l'aider à bien prendre son traitement, enlever tout ce qui peut faire penser à la cigarette à la maison et anticiper les situations à risques. Avec l'Association nationale des sages-femmes tabacologues Françaises ANSFTAF à l'EPSM des Flandres, nous avons mis en place une page Facebook*(3)* sur laquelle les femmes peuvent poser des questions (réponse dans les 24H) et surtout échanger avec des femmes qui vivent ou ont traversé la même épreuve qu'elles. Elles pourront bénéficier de conseils adaptés, participer aux défis, visualiser des vidéos de soutien, participer aux sondages...

Les infos sont disponibles sur www.tabac-info-service.fr

**ppm : en particules par million de particules*

Sources : (1) Gomez C, Berlin I, Marquis P, Delcroix M, Expired Air Carbon Monoxide Concentration in Mothers and Their Spouses above 5 Ppm Is Associated with Decreased Fetal Growth'. Preventive Medicine 40, no. 1 (January 2005): 10–15. doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.04.049.

(2)www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/presciption-prise-charge/regles-exercice-formalites/prise-en-charge-sevrage-tabagique#text_49024

(3)www.facebook.com/Je-suis-enceinte-jarr%C3%AAte-de-fumer-686864761746846/

(4)Une étude sur le risque de faible poids de naissance y compris chez les femmes fumant moins de 5 cig/jour : Ivan Berlin, Jean-Louis Golmard, Nelly Jacob, Marie-Laure Tanguy, Stephen J. Heishman, Cigarette Smoking During Pregnancy: Do Complete Abstinence and Low Level Cigarette Smoking Have Similar Impact on Birth Weight?, Nicotine & Tobacco Research, Volume 19, Issue 5, 1 May 2017, Pages 518–524

(5)Pour la population générale : une étude sur les risques liés au tabagisme pour les « petits fumeurs » (1-4 cig/jour) en population générale : Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. Tobacco Control. October 2005, Vol. 14 (5), pp. 315-20

IDÉE REÇUE : «Il vaut mieux fumer 5 cigarettes par jour plutôt que d'être stressée »

On sait depuis une quinzaine d'années que c'est une très mauvaise idée mais il existe toujours des professionnels qui donnent ce conseil. 5 cigarettes non seulement ça n'écarte pas le danger, mais en plus ça n'aide pas la femme. *(4)(5)*

LES DIFFÉRENTS TYPES DE TRAITEMENTS

Les patchs / les gommes / les pastilles / les comprimés sublingaux/ l'inhaleur et le spray global. L'association des différentes formes de traitement est un plus. En effet, les TNS par voie transdermique ont une faible vitesse d'absorption et permettent un apport de nicotine lent et constant. Les TNS par voie orale sont des formes à action rapide, elles peuvent être utilisées en cas de craving.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

Santé publique France

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie

Sage-femme et sociologue, Clémence étudie

LES PRATIQUES MÉDICALEMENT INJUSTIFIÉES

Sage-femme depuis 2005, Clémence Schantz s'est lancée en 2011 dans une formation de sciences sociales. Après avoir soutenu sa thèse en 2016, elle travaille aujourd'hui à l'Institut National d'Études Démographiques (INED) en tant que sociologue.

Clémence Schantz, sage-femme et sociologue à l'Ined

Parole de Sages-Femmes :
Pourquoi cette orientation vers la sociologie ?

Clémence Schantz : C'est au cours de mon doctorat lorsque j'étais affiliée au Ceped (Centre population et développement), un laboratoire où les chercheurs travaillent quasi exclusivement sur les pays du Sud avec notamment l'IRD (Institut de Recherche pour le Développement), que je me suis focalisée sur la sociologie. Je m'intéresse particulièrement aux rapports de pouvoir qui s'exercent sur le corps des femmes à travers les pratiques obstétricales. Cet attrait a débuté lors de mon enseignement en master 2. Je suis partie 4 mois à Phnom Penh, au Cambodge. Je travaillais sur le fœtus au cœur de la société cambodgienne. Une partie de la semaine j'étais dans une ONG, je me rendais dans les villages, je rencontrais des gens pour les interroger, etc, et une autre, j'étais à l'hôpital. Et c'est là où j'ai découvert une pratique : la périnéorraphie. Elle vise à resserrer fortement le vagin des femmes après un accouchement. Elle est pratiquée en France en cas de prolapsus rectal surtout chez les femmes âgées. Mais au Cambodge, j'ai constaté que les sages-femmes et les obstétriciens pratiquaient des périnéorraphies sur des femmes jeunes qui venaient d'accoucher, soit immédiatement après la naissance, soit quelques semaines, quelques mois plus tard.
Cette découverte a été pour moi un moment décisif dans la recherche où j'ai pris conscience que certaines pratiques obstétricales, médicales, chirurgicales peuvent être détournées de leur objectif médical afin de répondre à une demande sociale. Ici, il s'agit du plaisir sexuel masculin parce qu'il y a vraiment cette idée de façonner le corps de la femme en fonction du pénis de son mari.

PDSF : **En 2017, vous avez obtenu une bourse de la fondation Mustela pour un de vos projets, de quoi s'agit-il ?**

CS : À l'issue de ma thèse, j'ai construit un programme de recherche nommé CESARIA avec 2 autres chercheurs, Alexandre Dumont et Myriam de Loenzien. On a monté ce programme en France, au Cambodge, au Viêt Nam, au Mali et au Bénin. Il s'agit d'une étude comparative sur les déterminants sociodémographiques de la pratique de la césarienne. Je travaille sur ce projet depuis 3 ans et plus particulièrement sur le Mali, le Bénin et la France où j'ai eu la chance d'obtenir un soutien de la fondation Mustela. Je les remercie d'ailleurs mille fois pour ce qu'elle fait pour les sages-femmes, la bourse est un tremplin, elle nous aide à participer à des congrès, à publier des articles... C'est très important pour nous, sages-femmes.
On a mis en place une cohorte de 330 femmes, recrutées à l'Institut Mutualiste de Montsouris (Paris), et à l'hôpital intercommunal de Poissy. On les a interrogées avec un questionnaire fermé dans le dernier mois de leur grossesse puis 1 mois et 8 mois après l'accouchement via un entretien téléphonique. Le critère de jugement principal était d'évaluer si les femmes préféraient accoucher par les voies naturelles ou bien par césarienne. Très nettement, les femmes ont exprimé une préférence pour l'accouchement par voie basse. Ensuite, nous avons étudié les facteurs annexes à savoir, les liens avec la sexualité, l'allaitement, la douleur... Mais l'étude n'est pas terminée, je ne peux donc pas divulguer les résultats, car ils ne sont pas encore publiés.

« il y a une politique de gratuité de la césarienne au Mali et au Bénin qui lève beaucoup d'obstacles, car elle est pratiquée plus facilement. On voit aussi des césariennes de détresse parce que les femmes accouchent dans des conditions extrêmement défavorables dans les maternités... »

PDSF : **Concernant le Mali et le Bénin, y a-t-il des données que vous pouvez nous communiquer ?**

CS : Oui pour le Mali et le Bénin des articles ont déjà été publiés. Ces 2 pays font face à un double fardeau, des taux de césarienne très bas en population générale pourtant plus de femmes devraient avoir accès à la césarienne. Si l'on prend l'exemple du Bénin, 5% des femmes en population générale ont subi une césarienne. Mais à l'inverse, on trouve aussi dans les institutions de santé, des taux de césarienne très élevés (recensés dans 4 hôpitaux différents). On a trouvé un taux moyen de césarienne de 43% et des taux très augmentés chez les femmes à bas risque obstétrical avec des interventions réalisées parfois hors indications médicales.
Ces raisons sont plurifactorielles, il y a une politique de gratuité de la césarienne au Mali et au Bénin qui lève beaucoup d'obstacles, car elle est pratiquée plus facilement. On voit aussi des césariennes de détresse parce que les femmes accouchent dans des conditions extrêmement défavorables dans les maternités, elles sont plusieurs dans les salles de naissance, il n'y a pas de prise en charge de la douleur et pas d'accompagnement possible. Certaines femmes demandent alors une césarienne tant elles sont mal aussi bien physiquement que psychologiquement. Un autre facteur est le manque de matériel et l'absence de monitoring, ceci incite à réaliser plus de césariennes, faute de moyens de surveillance...

QUELQUES CHIFFRES SUR LES PRATIQUES ABUSIVES EN INSTITUTION :

- **Près de 94% d'épisiotomie dans la plus grande maternité de Phnon Penh**
- **La pratique de la périnéorraphie s'apparente à une mutilation génitale féminine de type 3 telle que décrite par l'OMS. Elle est pratiquée dans les institutions par des professionnels de santé à Phnom Penh**
- **Le taux de césarienne a été multiplié par 3 en 10 ans à Phnom Penh**
- **Dans les institutions de soins, le taux de césarienne est de 31% au Mali et 44% au Bénin**

PDSF : **Quelles sont les études que vous menez en parallèle ?**

CS : À l'INED je travaille avec Virginie Rozée sur les violences obstétricales. On a constaté que ce concept a été saisi massivement par les usagers de santé, par les journalistes, mais très peu par les chercheurs. Nous souhaiterions savoir si ce concept permet de repenser les rapports de genre. Nous organisons d'ailleurs une journée d'étude le 6 décembre 2019 sur les enjeux épistémologies et les controverses des violences obstétricales.

Références :

Reasons for routine episiotomy: A mixed-methods study in a large maternity hospital in Phnom Penh, Cambodia. Schantz C, Sim KL, Ly EM, Barennes H, Sudaroth S, Goyet S. Reprod Health Matters. 2015 May;23(45):68-77. doi: 10.1016/j.rhm.2015.06.012. Epub 2015 Jul 27.

Factors associated with caesarean sections in Phnom Penh, Cambodia.

Schantz C, Sim KL, Petit V, Rany H, Goyet S. Reprod Health Matters. 2016 Nov;24(48):111-121. doi: 10.1016/j.rhm.2016.11.009. Epub 2016 Dec 10.

« Cousue pour être belle' : quand l'institution médicale construit le corps féminin au Cambodge ». Schantz, Clémence. 2016. Cahiers du Genre 61 (2): 13150. doi.org/10.3917/cdge.061.0131

Why are caesarean section rates so high in facilities in Mali and Benin?

Schantz C 1 , Ravit M , Traoré AB , Aboubakar M, Goyet S , de Loenzien M, Dumont A 2 ; Cesaria group. Sex Reprod Healthc. 2018 Jun;16:10-14. doi: 10.1016/j.srhc.2018.01.001. Epub 2018 Jan 10.

Do free caesarean section policies increase inequalities in Benin and Mali?

Ravit M, Audibert M, Ridde V, De Loenzien M, Schantz C, Dumont A.

Int J Equity Health. 2018 Jun 5;17(1):71. doi: 10.1186/s12939-018-0789-x.

Fondation Mustela

créée en 1982 sous l'égide de la Fondation de France

Avec les professionnels de santé, pour l'enfance

Soutenir la recherche en maïeutique

La Fondation Mustela a créé la Bourse de Recherche en Maïeutique en partenariat avec le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) en 2012, pour améliorer la santé périnatale. Deux bourses, exclusivement réservées aux sages-femmes, sont remises chaque année en France.

Depuis la création de cette bourse de recherche, la Fondation Mustela a soutenu 26 projets en Europe. Ces travaux primés touchent différents thèmes comme : la douleur pendant l'accouchement, le vécu des mères après un retour précoce à la maison, l'accouchement à domicile...

La Bourse de Recherche en Maïeutique finance des projets de recherche dans le cadre d'une formation universitaire (master, thèse, ou recherche post-doctorale). La dotation est de 10 000€ pour deux bourses.

Lauréates 2018

Jade Merrer et son projet : « analgésie pour le travail obstétrical et la satisfaction maternelle ». Son objectif est de dresser un bilan de la prise en charge de la douleur pendant le travail et d'identifier les déterminants maternels et organisationnels liés à la satisfaction des femmes quant à leur prise en charge analgésique.

Caroline Matteo et son projet : « analyse des déterminants de la douleur périnéale postpartum en l'absence de lésion vaginale ». Son objectif est de mieux caractériser la douleur périnéale postpartum en l'absence de lésion vaginale, d'en comprendre les déterminants, puis de concevoir un protocole pour en améliorer la prévention, l'évaluation et la prise en charge, grâce à une approche holistique.

Retrouvez tous les projets lauréats depuis 2012 :
https://pro.fondationmustela.com/prix- et-bourses/bourse-de-recherche-en-maieutique

37 ans
de soutien de la Fondation Mustela à des projets de recherche en faveur de l'enfance

Comité scientifique

Sophie GUILLAUME
Sage-femme hospitalière, Présidente d'honneur du Collège national des sages-femmes de France (CNSF)

Gérard BREART
Professeur de santé publique, Délégué scientifique à l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES)

Anne CHANTRY
Épidémiologiste, Sage-femme

Anne-Marie BOUVIER
Responsable du programme Enfance à la Fondation de France

Marie-Cécile MOULINIER
Sage-femme, Docteur en Psychologie clinique, Responsable de formation à Lyon, membre titulaire du CNSF

Sabine PAYSANT
Sage-femme hospitalière à Maubeuge, membre du conseil d'administration du CNSF

Clémence SCHANTZ
Sage-femme, Sociologue

Le Comité scientifique se réunit une fois par an pour échanger et choisir les projets lauréats de l'année aux côtés de la Fondation Mustela et de la Fondation de France.

L'appel à candidatures 2019 est clos.

Rendez-vous le 28 novembre 2019 pour l'annonce des résultats !

Favoriser la prévention et l'information

Consultez et téléchargez gratuitement nos supports de prévention en obstétrique et maïeutique sur notre site internet : https://pro.fondationmustela.com/supports-prevention-mere-enfant

Contact : fondationmustela@expanscience.com

ALLAITER SEREINEMENT :
LES CONSEILS DE CÉLINE DALLA LANA

Céline Dalla Lana a fait de l'allaitement maternel son domaine d'expertise. Elle est sage-femme et auteure de l'ouvrage « Les secrets d'un allaitement réussi ». Il existe des moyens pour allaiter sereinement, elle nous délivre ses conseils tirés de ses expériences et de ses recherches...

Céline Dalla Lana, sage-femme libérale et formatrice, Saint-Valier-de-Thiey

Dans la dernière enquête périnatale de 2016, la fréquence de l'allaitement maternel exclusif durant le séjour à la maternité a diminué entre 2010 et 2016, passant de 60% à 52% et l'allaitement maternel à la maternité, qu'il soit exclusif ou mixte, est passé de 68% en 2010 à 66% en 2016. Si l'on peut suggérer différents paramètres dans les conséquences de cette baisse, la formation des professionnels et l'information des femmes demeurent des points essentiels. Céline Dalla Lana, sage-femme libérale et consultante en lactation a fait de l'allaitement maternel, son cheval de bataille. Le véritable enjeu pour favoriser l'allaitement est de promouvoir la connaissance de la physiologie de l'allaitement auprès des mères comme des professionnels tout en déclinant un accompagnement spécifique. C'est pourquoi elle a réfléchi à une méthode qui redonne aussi confiance aux mères : la méthode Dalla Lana®.

Parole de Sages-Femmes :
Dans votre ouvrage, on peut lire « qu'allaiter est naturel et simple », lorsqu'on observe les difficultés des mères, des professionnels dans les services face à certaines problématiques, c'est un message qui ne peut pas être compréhensible auprès de tous. Selon vous, quels sont les principaux conseils à diffuser pour éviter les échecs ?

Céline Dalla Lana : Déjà, je pense qu'en tant que professionnel, on doit prendre conscience que l'allaitement, dans une grande majorité des cas, ne démarre pas de façon physiologique, ne serait-ce parce qu'une péridurale a été posée pendant le travail, qu'il y a eu une perfusion per-partum d'ocytocine, etc. Ces conditions ne sont pas optimales pour démarrer l'allaitement. Ce démarrage nécessite donc un accompagnement spécifique. Et pour bien démarrer, il est indispensable :

- ➔ De favoriser un contact mère-enfant rapproché 24h sur 24h.
- ➔ D'informer les mamans en anténatal du rythme intense, des besoins du nouveau-né. La période néonatale est une période particulière où les besoins sont spécifiques et souvent elles s'attendent à ce qu'un bébé dorme et mange.
- ➔ De leur expliquer comment repérer les premiers signes d'éveil, de ne pas attendre que le bébé pleure, de proposer le sein,

« Concernant les douleurs, c'est dans plus de 80% des cas, un problème de position, c'est pour cette raison que j'ai beaucoup détaillé les positions avec des illustrations dans l'ouvrage. Elles sont essentielles aussi pour une bonne lactation parce qu'une mauvaise position ou douleur entraîne un défaut d'éjection. »

d'observer le bébé, le mettre dans des conditions idéales avec le peau à peau et la position Biological Nurturing (dite BN).
➔ Pour les professionnels, c'est prévenir les difficultés, par exemple lorsqu'il n'y a pas eu de tétée dans les 2 premières heures de vie, ou de tétées groupées les premiers jours, que les intervalles des tétées sont supérieurs à 1h30. La reconnaissance de ces signaux d'alerte permet de déployer des actions avant que le bébé ne perde 10 % de son poids ou que la mère présente un engorgement. C'est se positionner plus dans la prévention que dans la thérapeutique et cela passe par une bonne connaissance de la physiologie.
Aussi, la reconnaissance d'une bonne position et des signes d'une tétée efficace pour éviter les douleurs et les crevasses.

PDSF : **Les plaintes récurrentes des mères sont souvent axées sur la douleur ou bien l'insuffisance de lactation. Quels sont vos secrets pour pallier ces problématiques ?**

CDL : Concernant les douleurs, c'est dans plus de 80% des cas, un problème de position, c'est pour cette raison que j'ai beaucoup détaillé les positions avec des illustrations dans l'ouvrage. Elles sont essentielles aussi pour une bonne lactation parce qu'une mauvaise position ou douleur entraîne un défaut d'éjection.
C'est donc savoir enseigner ce qu'est une bonne position et faire repérer aux mamans comment un bébé est positionné de manière adéquate. Cela passe par l'hyper déflexion de la tête, le bébé ne doit pas être dans le creux du coude en position de la madone, mais sur l'avant-bras, on doit dégager le corps du bébé du côté des pieds avec toutes les consignes habituelles, dont le rapprochement étroit et le bébé plaqué

« Il faut aussi se méfier des coussins d'allaitement parce que des mamans posent le bébé sur le coussin et non sous leur bras. Il arrive alors que le coussin se tasse et que le bébé s'éloigne du sein au fur et à mesure de la tétée. »

contre le corps de la mère. Il faut aussi se méfier des coussins d'allaitement parce que des mamans posent le bébé sur le coussin et non sous leur bras. Il arrive alors que le coussin se tasse et que le bébé s'éloigne du sein au fur et à mesure de la tétée. Des fois le bras n'est pas suffisamment calé sur le coussin parce que leurs genoux sont plus bas que le niveau des hanches. Dans ce cas, il faut donc penser à remonter les genoux pour réajuster la position du coussin sinon au cours de la tétée les bras se détendent et le bébé s'éloigne. Ces critères sont importants et la meilleure prévention avec un nouveau-né, c'est la position BN. J'ai suivi des mamans qui ne parvenaient pas à mettre leur bébé au sein sans douleur. Je leur montrai la position BN (Biological Nurturing) et elles n'ont plus jamais eu mal. C'est magique !

Pour favoriser la lactation, je pense qu'il est vraiment important d'insister sur le fait de ne pas limiter l'accès au sein, de s'assurer du bon transfert de lait, ne pas espacer les tétées de manière arbitraire.

Il y a un lien entre la capacité de stockage du sein, le taux de vidange et la vitesse de production. Si on a une femme avec une petite capacité de stockage, elle va rapidement se retrouver avec les seins vides, mais elle produira très vite. Dans ce cas, si on décide qu'à 2 mois il faut espacer les tétées et bien on peut mettre l'allaitement en péril. Certains bébés ont besoin de 10 à 12 tétées par 24h, même à 4 mois, c'est vraiment du cas par cas !

La période optimale pour mettre l'allaitement en place s'étale sur les 6 premières semaines, c'est le moment du « calibrage », c'est-à-dire qu'au bout de 6 semaines la mère produira la même quantité de lait tout au long de l'allaitement. Au-delà, de cette période, il sera plus difficile d'augmenter la production. À 6 semaines, une femme produit 1L à 1,2L de lait par 24h, et ce jusqu'à la diversification alimentaire.

Aussi, la tétine ne doit pas être utilisée comme substitut du sein et évidemment la position est essentielle pour favoriser une bonne production de lait

Les secrets d'un allaitement réussi, de Céline Dalla Lana, Editions Frison-Roche

PDSF : **La production de lait est aussi influencée par le stress, la fatigue… Que recommandez-vous ?**

CDL : L'information anténatale basée sur le sommeil du nouveau-né, le rythme des tétées est capital pour reconnaître la physiologie et éviter un stress supplémentaire après l'accouchement. Cela peut éviter qu'elles suivent des conseils pas toujours à propos de la part de l'environnement familial et qu'elles n'allaitent pas comme elles le souhaiteraient pour des troubles du nouveau-né, identifiés à tort comme des pathologies (RGO, coliques…).

J'utilise souvent en phytothérapie, les gélules de fenugrec (1 à 4 gélules de 580mg à 610 mg, 3 à 4 fois par jour) les tisanes de galiga (1cuillère à café de feuilles séchées dans 225 ml d'eau), mais attention à ces deux plantes, car elles sont hypoglycémiantes !

Très souvent avec du repos, des tétées plus fréquentes pour augmenter la vidange et une compression mammaire en fin de tétée (c'est-à-dire que l'on comprime la base du sein pour que le bébé reçoive plus de lait) ou bien l'utilisation du tire-lait permettent d'augmenter la production de lait en 48h s'il n'y a pas de pathologie sous-jacente comme une hypothyroïdie ou une hypoplasie mammaire.

4 QUESTIONS
À PEGGY LIA, SAGE-FEMME LIBÉRALE

Installation, partage d'expériences du libéral... Voilà un nouveau rendez-vous que nous vous proposons dans Parole de Sages-Femmes. Nous inaugurons cette rubrique pour ce trimestre avec Peggy Lia qui a bien voulu se prêter au jeu.

Peggy Lia, sage-femme libérale à Marseille depuis 2011

Parole de Sages-Femmes : **Pourquoi avoir choisi ce mode d'exercice ?**

Peggy Lia : J'ai su dès mes études que je m'orienterais vers le libéral. Je ne m'épanouissais pas en salle de naissance, j'étais plus intéressée par l'accompagnement, la préparation à la naissance et à la parentalité. J'ai tout de même travaillé en hospitalier pendant 5 ans, mais avec en parallèle une activité libérale à laquelle je me consacre entièrement depuis 2016.

PDSF : **Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans le libéral ?**

PL : L'intimité que l'on crée avec les couples, le rôle rassurant , on est vraiment dans un accompagnement, je dirai même proche du spirituel puisqu'il y a la transformation de la femme en mère, de l'homme en père. J'aime aider les parents à prendre leurs marques, leurs repères. Avec le PRADO, la rééducation du périnée, mes formations en santé environnementale, en gymnastique prénatale, la prise en charge est assez globale. En hospitalier, j'étais frustrée de ne pas les suivre avant, pendant et après l'accouchement...

PDSF : **Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées à votre installation ?**

PL : Il est difficile de trouver de l'aide pour savoir quoi faire pour commencer son activité. D'autres points ont été obscurs pour moi, comme le prévisionnel financier avec le montant des charges. Heureusement, j'ai été chanceuse, car j'ai commencé dans un cabinet médical situé dans un arrondissement où j'étais la seule sage-femme alors ma patientèle a décollé rapidement.

QUELS SONT VOS 5 CONSEILS POUR S'INSTALLER ?

- Lancez-vous !
- Anticipez les charges et bien cadrer son administratif. Il faut apprendre à être une bonne gestionnaire.
- Faites votre réseau en rencontrant d'autres sages-femmes, en participant aux réunions de l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé)
- Faites du domicile dans différents quartiers, c'est enrichissant pour rencontrer différents profils de patientes
- Formez-vous toujours et encore ...
- Ayez confiance ! En 1 an, on peut dire que l'on est rodé.

DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS À LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

RENCONTRE AVEC L'ASSOCIATION AGAPA

MARIE-PIERRE GAZIELLO EST SAGE-FEMME ET COORDINATRICE DE L'ASSOCIATION AGAPA. ELLE ACCOMPAGNE LES PARENTS FACE À L'IVG ET AU DEUIL PÉRINATAL ET PROPOSE DES FORMATIONS SPÉCIFIQUES AUX SAGES-FEMMES AUTOUR DE CE SUJET DOULOUREUX.

Avec Marie-Pierre Graziello, sage-femme et coordinatrice de l'association AGAPA, Paris

Crée par des bénévoles, l'association AGAPA existe depuis 25 ans. Tout a commencé lorsque médecins et sages-femmes ont constaté en maternité la difficulté d'attachement, du développement du lien mère-enfant dans les situations de deuil. Certaines mères n'avaient jamais pu évoquer un vécu antérieur, notamment des IVG. Pour les aider à reprendre confiance en leur capacité maternelle, à intégrer cet événement dans leur chemin de vie, AGAPA propose une écoute, un accompagnement, un soutien pour qu'elles puissent l'intégrer dans leur chemin de vie et repartir apaisées. Au fur et à mesure des demandes, l'association a rapidement évolué vers l'accompagnement des personnes ayant vécu un deuil périnatal, une grossesse interrompue, qu'elle qu'en soit la cause : IVG, IMG, fausse-couche, mort in utero, réduction embryonnaire, grossesse extra-utérine...

AGAPA est présente dans 24 départements français

Grâce au support de 80 bénévoles accompagnant.e.s. Plusieurs types d'aides sont possibles :

- **Parcours individuels en face à face ou par téléphone.**
- **Groupes de parole fermés, regroupant une douzaine de parents ayant vécu la même situation, animés par deux accompagnantes de l'association.**
- **Cafés-rencontre ponctuels autour d'une thématique.**

Chaque personne est toujours accueillie en totale confidentialité, dans un profond respect de son histoire. Ce sont plus de 400 personnes qui ont été accompagnées en 2018 par AGAPA.

Avec l'aide de psychologues et de médecins, un parcours individuel a été développé, permettant aux hommes et aux femmes accueillis de se sentir soutenus ,reconnus dans leur souffrance et dans leur peine.

Outre cette mission d'écoute et d'accompagnement auprès des parents, la formation à l'accompagnement du deuil périnatal pour les professionnels s'est développée de manière évidente depuis 2011.Les professionnels de santé, premiers interlocuteurs des personnes touchées par un deuil périnatal, ont eux-mêmes sollicité AGAPA pour bénéficier de cette expérience sur ce sujet particulier. L'association propose ainsi la formation « Accueillir et écouter les personnes touchées par un deuil anté ou périnatal ». Elle a pour objectifs de mieux discerner ce type de détresse, mieux comprendre sa complexité et donner des clefs pour l'accompagnement. Cette formation, très concrète, associe échanges d'expérience, témoignages, mises en situation, recherches individuelles, en groupe et des apports plus théoriques. Elle est conçue et animée par des accompagnantes AGAPA, également professionnelles de santé (sages-femmes) et/ou formatrices de métier, en collaboration avec une psychologue-conseil. Chaque session de formation rassemble une douzaine de personnes pendant 2 jours. Il y a généralement 2 à 3 sessions de formation chaque année (dont la prochaine à Paris les 7 et 8 novembre 2019).

La formation est également possible en intra dans les locaux des établissements qui le souhaitent. Elle s'adapte alors aux attentes spécifiques de l'établissement et permet alors d'harmoniser la prise en charge du deuil périnatal dans les structures...

Depuis que cette formation existe, l'association a fait bénéficier plus de 250 professionnels en demande d'approfondissement sur ces sujets : professionnels de santé (sage-femme, aide-soignant, puéricultrice, médecin, infirmier, etc) ou professionnels de l'écoute (psychologue, conseillère conjugale, aumônier d'hôpitaux, etc) et également des personnels de PMI ou de Caisses d'Allocations Familiales. De nombreuses maternités ont ainsi fait confiance à l'association pour sensibiliser, de manière récurrente, toutes leurs équipes à l'accompagnement du deuil périnatal, notamment à Poissy, Saint Denis, Rouen, Clermont-Ferrand, Montélimar et les CHU d'Angers et Cholet.

Pour plus d'informations sur les formations, ou des renseignements sur l'association, contacter AGAPA contact@agapa.fr ou par téléphone au 01 40 45 06 36. www.association-agapa.fr

ACCOMPAGNER LA MORT LORSQU'ON EST SAGE-FEMME

Chloé Grégoire, actuellement sage-femme libérale, a aussi exercé dans un centre de diagnostic anténatal. Elle accompagnait alors les couples dans cette douloureuse épreuve qu'est la perte d'un enfant.

Chloé Grégoire, sage-femme échographiste en libéral, à Sartrouville Maurepas et Versailles

Parole de Sages-Femmes : **Vous êtes membre de l'association Soins Palliatifs et Accompagnement en Maternité (SPAMA), pourquoi s'intéresser particulièrement à ce sujet ?**

Chloé Grégoire : Je me suis impliquée au sein de l'association SPAMA avant même d'exercer au centre de diagnostic anténatal, quand la maternité, dans laquelle j'exerçais, est devenue un niveau 3. On était alors confronté à la naissance de fœtus aux limites de la viabilité et au deuil périnatal.
Mais à vrai dire, j'étais déjà sensibilisée à cette thématique lorsque j'étais étudiante. Je me souviens de ces grands prématurés que l'on mettait sur des plateaux en métal recouverts d'un drap. On les posait dans un sombre coin de la salle de naissance et régulièrement on surveillait, si sous ce drap, il persistait ou non des signes d'activité cardiaque ou respiratoire. C'était la pire expérience de toutes mes études. Comment est-on capable de tant d'indignité ?
Une fois, j'avais demandé à la sage-femme de rester auprès d'un fœtus, pour lui tenir la main et l'accompagner jusqu'à son dernier souffle. Cela peut sembler ridicule, mais pour moi c'était inconcevable de le laisser seul.
Ce fœtus est un enfant, même avant 22 semaines de grossesse. Cela ne correspond pas à la définition de l'OMS, néanmoins, c'est un projet de couple et pour moi, il s'agit d'un bébé en devenir.
À partir de là, je me suis dit que lorsque je serai une professionnelle, je ne revivrais plus ce genre de situation. J'ai alors effectué quelques recherches sur l'accompagnement, la dignité, la fin de vie chez les tout-petits. J'ai rencontré la présidente de l'association SPAMA et depuis, je reste engagée. J'ai d'ailleurs participé à la rédaction du livre sur le deuil périnatal.

PDSF : **L'accompagnement des parents pendant la grossesse alors que l'enfant est voué à mourir, pourquoi font-ils ce choix ?**

CG : La demande d'un accompagnement pour ces parents est en forte augmentation. Dans la plupart des cas, c'est pour des raisons religieuses. Mais je me souviens de cette femme qui avait avancé cet argument et comme je la suivais aussi pour sa

« Quand le diagnostic est « uraiment » posé, il ne faut pas hésiter à revoir plusieurs fois les parents pour les informer car leurs interrogations évolueront au fil des mois. »

grossesse, elle m'avait confiée « *je peux vous le dire maintenant que l'on se connaît, j'ai avancé un argument religieux, mais je veux juste qu'on me foute la paix, je n'ai pas envie de passer ma vie à expliquer que cet enfant, je l'aime quelle que soit la pathologie qu'il porte* ».

Il y a donc cet argument mis en avant et tous les non-dits, et comme je l'ai déjà entendu « *c'est un choix de ma part parce que c'est mon enfant, et même s'il est voué à mourir, de toute façon, on est tous voué à mourir un jour, et même si c'est une très courte période, je préfère le rencontrer !* »

Certaines femmes annoncent vouloir poursuivre la grossesse, mais lorsqu'on les voit plusieurs fois, elles finissent par expliquer qu'elles veulent décider du moment où doit s'arrêter la vie de l'enfant « *je veux une IMG, tel jour à telle heure, on injectera un produit dans le cordon* ». Et c'est généralement dans les pathologies où il existe une probabilité non nulle de MFIU, elles comptent sur cette éventualité. Généralement, ces femmes sont assez culpabilisées, elles expriment que c'est un non-choix, que c'est pour se protéger, « *je me sens plus confortable comme cela* ».

J'ai suivi une femme qui derrière sa demande de garder cet enfant se cachaient des peurs. Le bruit dans la salle d'opération pendant une intervention dans l'enfance l'avait traumatisée, c'est pourquoi elle refusait une aspiration. Je lui ai proposé d'amener son lecteur de musique et elle a alors accepté de mettre fin à cette grossesse. Prendre le temps de discuter, de comprendre est essentiel !

PDSF : **Y a-t-il des pathologies particulières où l'on assiste à ce genre d'accompagnement ? Comment les parents, les soignants vivent-ils cette situation ?**

CG : L'accompagnement peut se voir dans toutes les pathologies. Le plus difficile pour les équipes c'est pour les fœtus porteur d'exencéphalie, c'est très lourd, très stressant, de l'accouchement à l'accueil de l'enfant. Pour la présentation du bébé, ce n'est pas évident, car on ne cache rien. J'en avais parlé avec la présidente de l'association SPAMA , elle disait que « *tout enfant aux yeux d'une mère est beau* ». Personnellement, je pense que tout enfant est beau dans certaines mesures. Il y a des pathologies où la rencontre peut être un choc, avec le processus de l'enfant idéal. Même si les parents se sont préparés à cette rencontre, lorsqu' on le voit, c'est différent...

À l'issue de cette rencontre, des parents sont réconfortés dans ce choix d'accompagnement, « *cette pathologie est tellement visible, que la nature a bien fait les choses* », d'autres le sont beaucoup moins, et n'en feront part qu'à distance de la naissance. Mais lorsque le bébé ne présente pas de signes physiques, c'est plus dur, « *il est comme les autres, alors pourquoi ?* ».
Faire ce deuil, c'est compliqué, parce qu'à la question « *pourquoi cela nous arrive-t-il ?* », nous n'avons pas de réponse…

PDSF : Quand le diagnostic tombe, quelles sont les difficultés, les réflexions sur la consultation anténatale ?

CG : Tous les mots ont une portée monstrueuse. Des parents se présentent à la consultation en expliquant la pathologie de leur bébé, la description clinique associée. Mais en fait, après plus d'investigations, il arrive que la maladie ne porte plus le même nom. Le diagnostic a changé, et c'est très déstabilisant. Alors si on ne sait pas, mieux vaut ne pas trop s'avancer dans les explications…
Quand le diagnostic est « vraiment » posé, il ne faut pas hésiter à revoir plusieurs fois les parents pour les informer car leurs interrogations évolueront au fil des mois.
Savoir anticiper, aborder les évènements possibles, survenant pendant la grossesse, l'accouchement, la naissance, est très important. Malgré tout, il est nécessaire de leur expliquer qu'il persistera toujours une part d'incertitude.
C'est un projet de naissance qui est réajusté à chaque nouvel évènement, rediscuté avec les parents et toute l'équipe (obstétricien, pédiatre, sage-femme…).
Quoi qu'ils souhaitent, ils doivent cheminer à leur rythme et non à celui des soignants. Je pense à une patiente, 4e pare, enceinte de son nouveau conjoint, à l'échographie du 1er trimestre, on découvre un fœtus porteur d'anencéphalie. Elle est passée du refus de procéder à une aspiration parce que « *c'est notre projet, je veux le garder et peut-être accoucher vers 20-22 sa pour prendre des empreintes des pieds…* », au souhait de mettre fin à cette grossesse « *comment le présenter à la fratrie, comment leur expliquer?…* » en une semaine. Elle et son conjoint ont fait ce choix en conscience, c'est un choix éclairé.
Si on leur avait proposé une aspiration une semaine plus tôt, son cheminement aurait été différent et le vécu aussi…Mieux les couples sont accompagnés, mieux ils pourront se reconstruire et faire leur deuil.

« Les équipes devraient bénéficier d'un soutien psychologique pour ce type d'accompagnement. C'est aussi important de les préparer à accompagner la fin de vie des nouveau-nés et les former. »

PDSF : Une histoire qui vous a marquée ?

CG : Des parents de professions médicales attendaient un bébé atteint d'un RCIU sévère. Ils ont souhaité poursuivre la grossesse.
Puisque cet enfant était voué à naître et mourir, ils ne demandaient pas de césarienne pour sauvetage fœtal ni de monitoring. Le dossier a été staffé à plusieurs reprises, toute l'équipe était au courant. Le jour où la patiente est rentrée en travail, le mari, stressé, a demandé que l'on pose un monitoring, puis des modifications du rythme cardiaque fœtal sont survenues, ils ont demandé une césarienne… Tout se déroulait à l'inverse de leurs souhaits initiaux. Par la suite, l'enfant ne respirait pas, ils ont demandé une réanimation. Une histoire compliquée, une lutte avec cet enfant et un acharnement thérapeutique … Puis ils ne venaient plus voir leur enfant hospitalisé et les pédiatres ont dû faire appel au juge.
Généralement après plusieurs échanges avec les soignants, il est rare d'arriver à ce genre d'excès.

PDSF : Les soignants, dans tout cela ?

CG : Les équipes devraient bénéficier d'un soutien psychologique pour ce type d'accompagnement. C'est aussi important de les préparer à accompagner la fin de vie des nouveau-nés et les former. L'association SPAMA fait intervenir des parents pour expliquer leur vécu après une perte si importante. C'est aussi une façon de mieux comprendre leur cheminement et leurs demandes.

Les professionnels et les parents pourront trouver des ressources sur spama.asso.fr

LES SAGES-FEMMES FACE AUX SOINS PALLIATIFS NÉONATALS

Entre difficultés émotionnelles et prise en charge optimale, accompagner un nouveau-né en soins palliatifs est une lourde épreuve pour bon nombre de sages-femmes. Quels facteurs pourraient influencer sur le sentiment d'être en capacité d'agir avec compétence ? Voilà une question que Camille Audren, sage-femme, a traité dans son mémoire* de fin d'études.

Camille Audren, sage-femme au centre hospitalier Sud Francilien de Corbeil-Essonnes.

Parole de Sages-Femmes : **Pouvez-vous nous rappeler ce que sont les soins palliatifs en néonatologie (et les types de situation), et le cadre législatif ?**

Camille Audren : Selon le Code de Santé Publique, les soins palliatifs sont des « *soins actifs et continus pratiqués par une équipe pluridisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage* ».
Mais la définition comme l'encadrement législatif ne suffisent pas à eux seuls à répondre à toutes les questions, on l'a vu avec diverses polémiques sur le sujet…

L'entrée des soins palliatifs en néonatologie est assez récente puisque le nouveau-né n'est concerné par cette législation que depuis la loi Léonetti de 2005 qui inclut les « personnes hors d'état d'exprimer leur volonté ». Les évolutions législatives se poursuivent même jusqu'à récemment, puisqu'en février 2016 a eu lieu la promulgation de la loi Claeys-Léonetti apportant des modifications à la loi de 2005. Cette nouvelle loi constitue une avancée vers plus d'humanité pour les patients en fin de vie. Concernant le nouveau-né, elle apporte davantage de précisions entre autres sur la possibilité de mettre en œuvre une sédation profonde pour éviter toute souffrance. Une pathologie fœtale diagnostiquée en période prénatale autorisant une interruption médicale de grossesse, mais non souhaitée par les parents, une naissance aux limites de la viabilité, une réanimation néonatale à la suite de laquelle des complications secondaires sont apparues ou des contextes inopinés (asphyxie périnatale, nouveau-né porteur de malformations non dépistées) sont autant de situations qui justifient la mise en place de soins palliatifs.

PDSF : Quelles sont les difficultés d'un tel accompagnement en salle de naissance pour les soignants ?

CA : Déjà, il faut dire que nous sommes plus préparés à accompagner la vie que la mort. Lorsque nous sommes confrontés aux soins palliatifs, une charge

émotionnelle s'ajoute dans l'accompagnement des parents tout comme dans la prise en charge de la douleur du nouveau-né. Cette prise en charge dépend de la formation que l'on a reçue et de la sensibilisation à ce sujet et ces paramètres peuvent être hétérogènes au sein d'une équipe. Accompagner la mort demande aussi de combiner avec l'incertitude temporelle, avec la charge de travail et une organisation spatiale inadaptée quand, par exemple, les parents entendent les pleurs de bébés des salles de naissance d'à côté....

« Les équipes devraient bénéficier d'un soutien psychologique pour ce type d'accompagnement. C'est aussi important de les préparer à accompagner la fin de vie des nouveau-nés et les former. »

PDSF : Dans votre travail, vous avez cherché à savoir quels étaient les facteurs qui influençaient sur la capacité d'agir avec compétence, mais que veut dire « agir avec compétence » ?

CA : Cette définition n'a pas été simple à proposer. Je me suis basée sur les publications de Guy Le Boterf, docteur en sociologie, auteur de nombreux ouvrages sur le sujet. J'ai alors retenu qu'agir avec compétence, c'est de savoir « *mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente par rapport aux exigences et contraintes particulières de cette situation, tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources* ». Et pour cela, le professionnel doit savoir mobiliser trois notions : le savoir-agir, le pouvoir-agir et le vouloir-agir.

PDSF : Quels sont les points essentiels qui ressortent de votre étude ?

CA : Par cette étude, j'ai cherché à savoir ce qui influence les sages-femmes dans leur capacité à prendre en charge un nouveau-né en soins palliatifs et à accompagner les parents. Les résultats ont permis de mettre en avant toute l'importance que peut avoir les notions de savoir agir (par la formation, l'entraînement, les retours d'expérience), de pouvoir agir (en faisant appel à des ressources organisationnelles et matérielles, à l'interdisciplinarité) et de vouloir agir (propre à la motivation du sujet, à sa compétence émotionnelle). Ces composantes jouent largement sur la compétence des professionnels et donc sur la qualité de la prise en charge du nouveau-né et des parents. Elles sont toutes à prendre en considération si l'on veut réfléchir à une amélioration de l'encadrement de ces soins si particuliers.

PDSF : Aujourd'hui, selon vous, qu'est-ce qui pourrait aider les sages-femmes et les parents à améliorer ce type d'accompagnement ?

CA : À mon sens, cela commencerait par mettre des mots sur les maux. Toutes les situations de soins palliatifs pour le nouveau-né ne sont pas étiquetées forcément comme telles. On peut entendre plutôt les termes « d'accompagnement », par exemple. Parler réellement de soins palliatifs permettrait de faire écho à la législation associée à ces situations, de rappeler les droits qu'ont les nouveau-nés, si petits et immatures soient-ils, de mieux informer les parents et de diriger les prises en charge des professionnels de façon adéquate. Étendre la formation des sages-femmes et des professionnels des maternités me paraît essentiel afin d'uniformiser les pratiques. Travailler de façon collégiale sur des protocoles de service pourrait apporter un support et une aide supplémentaire aux équipes, en réfléchissant notamment sur les dispositions à prendre pour soulager la douleur, mais sans pour autant précipiter le décès de l'enfant ainsi que sur la possibilité d'un lieu d'accompagnement approprié en dehors de la salle de naissance lorsque les parents ne souhaitent pas ou plus prendre part aux soins.

**Les sages-femmes face à une démarche de soins palliatifs pour le nouveau-né en salle de naissance : Quels facteurs influent sur leur sentiment d'être en capacité d'agir avec compétence ?*
Académie de Paris école de sages-femmes – hôpital Saint-Antoine – Université Pierre et Marie Curie - Faculté de médecine Paris VI – Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme- Camille Audren.

GROSSESSE ET LACTATION
ÉTAT DES LIEUX DES PRODUITS COSMÉTIQUES CONTROVERSÉS ET DE LEURS RISQUES

Les rayons de parapharmacies ou de supermarchés regorgent de produits cosmétiques. Même, si certains mentionnent des allégations du type « spécial femmes enceintes » ou bien« spécial peau sensible », sont-ils vraiment fiables pour les populations les plus vulnérables dont les femmes enceintes ? Car s'il y a des risques, ils impactent la santé de la mère, celle de l'enfant à venir, mais aussi celle des générations futures par des mécanismes épigénétiques. Mais quels sont ces produits controversés ? Quels sont leurs risques ? À l'occasion de son mémoire de fin d'études, Nadjma Abdou, sage-femme, a exploré dans la littérature, « l'usage des produits cosmétiques controversés pendant la grossesse et la lactation* ».

Par **Nadjma Abdou**, sage-femme au centre hospitalier de Martigues

Parole de Sages-Femmes : **Pourquoi vous êtes-vous intéressée à ce sujet ?**

Nadjma Abdou : Les cosmétiques sont par définition des produits d'usage quotidien, destinés à une large partie de la population. De nombreuses études mettent en évidence la présence de substances néfastes pour la santé, dont la toxicité est avérée ou encore controversée. Par ce constat, il est essentiel de se rendre compte des dangers qu'ils présentent, notamment pour les populations dites vulnérables. Inévitablement, l'exposition périnatale interroge, puisque parmi les effets toxiques des cosmétiques commercialisés y compris ceux destinés spécifiquement aux femmes enceintes comme aux enfants il a été mis en évidence des interactions avec le système endocrinien. J'ai donc souhaité identifier ces composés et leurs conséquences, à travers une revue bibliographique.

Parole de Sages-Femmes : **Quelles sont les principales substances les plus controversées retrouvées dans votre revue bibliographique ?**

NA : L'étude bibliographique menée avec les critères définis dans la méthodologie a identifié dans la composition des cosmétiques, les substances toxiques suivantes : les parabènes (propyl- et butyl-), le BHA (Butylated Hydroxyanisole), l'ethylmethoxycinnamate (OMC), les benzophenones 1 et 3, le triclosan, les phtalates (DBP, DEHP), le phénoxythanol, les alkylphénols, le dioxyde de titane (TiO2).

Parole de Sages-Femmes : **Quels effets néfastes retrouve-t-on sur la santé de la femme enceinte et sur l'enfant à venir ?**

NA : Actuellement, les risques avérés ou discutés que présentent les ingrédients cosmétiques autorisés par le règlement européen et les instances responsables sont pour la plupart des ingrédients mis en cause. Ils interagissent avec le système endocrinien et perturbent son fonctionnement ce qui est déplorable pour la santé de l'être humain, notamment en période périnatale. Il y a :

➔ **Les parabènes** (conservateurs) qui sont des perturbateurs endocriniens (PE), allergisants, cancérigènes et ont des effets toxiques sur le développement in utéro.

➔ **Le BHA** (antioxydant), un cancérigène reconnu par le centre international de recherche contre le cancer (CIRC) est un PE avec des effets reprotoxiques.

➔ **L'OMC** (filtre UV, protecteur de formules contre les rayons UV), est un PE. In vivo il a été constaté une perturbation oestrogénique et de la fonction thyroïdienne, des troubles du comportement neurologique chez l'animal. Son accumulation dans le lait maternel a été démontrée.

➔ **Les benzophénones 1 et 3** (filtres UV et protecteurs de formules) sont des PE. Ils sont allergènes, irritants et cancérigènes. Le benzophénone-3 présenterait une faible activité oestrogénique in vitro.

➔ **Le triclosan** (antibactérien) est un PE. Il est irritant, il a été mis en évidence chez l'animal une diminution du périmètre crânien fœtal.

➔ **Les phtalates** (parfums, fragrances) sont des allergènes avec un effet PE. Le DEHP perturberait la spermatogenèse et le DEP l'ADN du sperme. Un potentiel hépatotoxique a été mis en évidence chez l'animal, cependant les effets sont aujourd'hui difficilement extrapolables aux caractéristiques de l'être humain. Une anomalie de la différenciation de l'appareil génital a également été décrite.

➔ **Le phénoxythanol/éther de glycol** (conservateur, antibactérien) est irritant à long terme, neurotoxique, reprotoxique, hépatotoxique, hématotoxique et cancérogène. On retrouve également des effets embryotoxiques, foetotoxiques, tératogènes chez les progénitures de lapin.

➔ **Le dioxyde de titane** (TiO_2) les effets n'ont pas encore été complètement évalués. Il a été mis en évidence un risque cancérigène, une atteinte du cerveau et des poumons, ainsi qu'une persistance dans l'organisme.

➔ Par ailleurs il est à noter que le **résorcinol**, un colorant que l'on retrouve notamment dans les teintures capillaires, est un sensibilisant puissant avec un risque significatif en période périnatale. In vivo un potentiel à perturber le système hormonal a été observé, de même pour les **cyclo-pentasiloxane/tetrasiloxane** qui ont une fonction émolliente.

"Les effets visibles sur l'environnement, la faune et la flore et l'émergence des maladies chroniques, doivent interpeller et de fait questionnent sur la santé de l'être humain. "

Parole de Sages-Femmes : Face à cet état des lieux, quelle est votre conclusion ?

NA : Les effets toxiques des substances identifiées ont été démontrés et pourtant on les retrouve toujours dans les produits cosmétiques finis. Leurs concentrations ont été limitées (dose sans effet indésirable observé) afin de les utiliser sans danger, mais leurs effets sur le système hormonal sont préoccupants. Depuis de nombreuses années, les PE sont reconnus comme un problème de santé majeur par l'OMS et les autorités en charge d'assurer la sécurité des consommateurs. Les effets visibles sur l'environnement, la faune et la flore et l'émergence des maladies chroniques, doivent interpeller et de fait questionnent sur la santé de l'être humain. Ainsi le principe de précaution et la fenêtre d'exposition doivent motiver l'interdiction de ces substances. La commission européenne, compétente dans ce domaine semble ne pas tenir compte de la puissance des PE, de l'effet combiné de chaque substance dans un même produit ni de l'exposition à divers produits (avec ou sans rinçage). De plus, malgré l'identification des effets indésirables, il est difficile d'attribuer les effets pour chaque élément. En effet, le lien de causalité entre effet indésirable et mode d'action reste difficile à établir en raison de la présence de substances ayant des effets similaires dans un même produit, de la multiplicité des sources et des voies d'exposition à ces agents. Ainsi la problématique des agents cosmétiques et les actions qu'elles requièrent rejoignent celles de l'alimentation ou de la pollution atmosphérique.

Parole de Sages-Femmes : Que proposeriez-vous aux femmes enceintes et aux professionnels ?

NA : Pour sensibiliser les femmes enceintes, il serait intéressant que les professionnels diffusent des outils d'informations et des repères, tels que des synthèses explicatives sous forme de plaquettes, comme celles proposées par l'association UFC-Que-Choisir. Elles ont ainsi le choix de consommer en ayant une information éclairée, mais aussi connaissance des alternatives disponibles.
Aujourd'hui, intégrer ce sujet dans la pratique professionnelle aussi bien au cours d'une consultation pré-conceptionnelle, de suivi de grossesse, lors de séances de PNP, d'un entretien prénatal, etc , est essentiel. La santé environnementale est depuis quelques années au cœur de l'actualité et de plus en plus initiatives sont mises à disposition des sages-femmes telles que des formations et des colloques. Il ne faut pas hésiter à y participer, l'enjeu sur la santé est trop important !

** L'usage des produits cosmétiques controversés pendant la grossesse et la lactation : revue de la bibliographie Nadjma Abdou - AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée - pour l'obtention du Diplôme d' État de Sage-Femme Année universitaire 2015 / 2016*

PAROLE DE SAGES-FEMMES

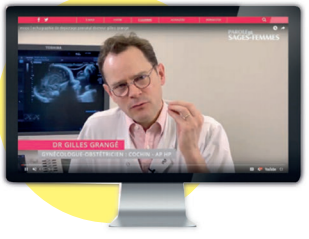
LE SITE QUI VOUS DONNE LA PAROLE

WWW.PAROLEDESAGESFEMMES.COM

EN ACCÈS GRATUIT EN UN **CLIC !**

PAROLE DE SAGES-FEMMES **LE MAG**

PAROLE DE SAGES-FEMMES **LE LAB**



PAROLE DE SAGES-FEMMES **LE MOOC**

Recevez votre **newsletter**

CMV : QUELLE PRISE EN CHARGE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ ?

ACTUELLEMENT, SEULES LES MESURES D'HYGIÈNE PEUVENT PRÉVENIR L'INFECTION À CMV CHEZ LES FEMMES ENCEINTES. POURTANT, CE VIRUS, POUR LEQUEL IL N'EXISTE PAS DE VACCIN, PEUT CAUSER DES MALFORMATIONS GRAVES CHEZ LE FŒTUS ET PLUS TARD, DES SÉQUELLES CHEZ L'ENFANT.

Dans la majorité des cas (87%), les nouveau-nés infectés ne présenteront pas de séquelles. Néanmoins, 10% d'entre eux seront susceptibles de manifester une surdité qui sera détectée jusqu'à l'âge des premiers apprentissages, c'est-à-dire vers 4, 5 ans. Savoir poser le diagnostic d'une infection à CMV dans les premiers jours de vie l'enfant est tout l'enjeu de la prise en charge. Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a récemment émis des recommandations sur la prévention de l'infection à CMV chez le nouveau-né. En voici les grandes lignes.

SYMPTOMATIQUE OU NON ?

Déterminer si l'enfant infecté par le CMV est symptomatique ou asymptomatique n'est pas si évident. Les études ne s'accordent pas pour la définition de la symptomatologie de l'infection chez le nouveau-né, une étude (Rawlinson) inclut le RCIU, une microcéphalie, une ventriculomégalie, une choriorétinite, un déficit auditif, une hépatite, une thrombocytopénie et un purpura alors qu'une autre (Lanzieri) écarte le RCIU... Pourtant, c'est la détermination des signes cliniques ou paracliniques qui va orienter la prise en charge et la mise en place ou non d'un traitement, même si celui-ci ne présente qu'une efficacité modeste.

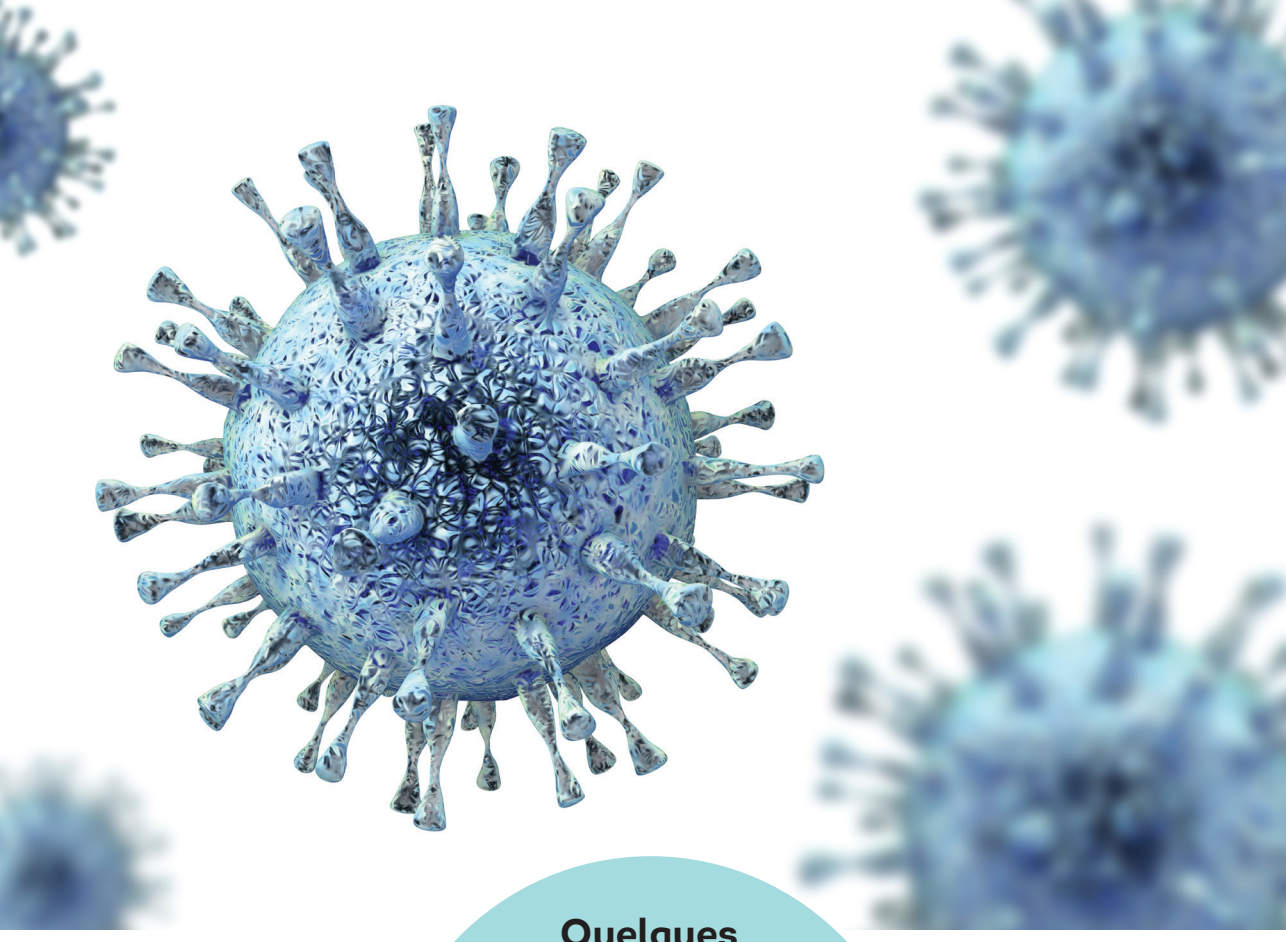
« Les études ne s'accordent pas pour la définition de la symptomatologie de l'infection chez le nouveau-né... Pourtant, c'est la détermination des signes cliniques ou paracliniques qui va orienter la prise en charge et le traitement »

Par ailleurs, les formes graves, même si elles sont sont rares, ne peuvent passer inaperçues du fait de l'atteinte multiviscérale.

DIAGNOSTIQUER L'INFECTION À CMV

Pour améliorer le diagnostic de l'infection à CMV chez les nourrissons, le HCSP préconise la réalisation une PCR urinaire CMV avant la sortie de la maternité :

- → dont les mères ont développé une primo-infection à CMV pendant la grossesse
- → dont la surveillance échographique fœtale a montré des images échographiques suspectes (même chez les mères séropositives en début de grossesse)
- → ayant un signe clinique d'appel (fièvre,



hépatomégalie, ictère, petit poids de naissance et /ou retard de croissance intra-utérin, y compris une hypotrophie, même en présence d'une cause obstétricale)

➔ avec un test de dépistage de la surdité anormal ou seulement douteux en unilatéral (avec PEA ou OEA)

Quelques chiffres

> En France, près de 46% des femmes en âge de procréer ont été contaminées par le CMV

> L'infection congénitale à CMV concerne 3400 nouveau-nés par an

> Pour 50% des nouveau-nés infectés par le CMV, les mères étaient séropositives au CMV avant la grossesse (selon des études françaises et étrangères)

> Parmi les fœtus infectés, 13% sont symptomatiques dont 30 à 40% développeront des séquelles responsables de handicap

QUEL SUIVI ?

Le suivi régulier est organisé en collaboration avec les centres experts. Les enfants atteints d'une infection congénitale à CMV seront suivis jusqu'à l'âge de 6 ans et leur surveillance portera sur :

➔ La croissance cérébrale par la mesure du périmètre crânien et du développement psychomoteur jusqu'à au moins 6 ans.

➔ Le suivi de l'audition par PEA, tous les 4-6 mois la première année, puis tous les 6 mois jusqu'à 3 ans, puis annuellement jusqu'à 6 ans.

➔ Les troubles vestibulaires (troubles de la station assise ou de la marche)

➔ La vision et le fond d'œil avec un suivi rapproché chez les enfants symptomatiques

Source:

La prévention de l'infection à cytomégalovirus chez la femme enceinte et chez le nouveau-né – Avis et rapports du Haut Conseil de Santé Publique – décembre 2018

Carolina Gonzalez Hernando

SAGE-FEMME EN ESPAGNE

Depuis 30 ans Carolina Gonzalez Hernando exerce le métier de sage-femme en Espagne. Enseignante et chercheuse, elle est toujours en quête de projets plus innovants pour faciliter l'apprentissage des étudiants.

Parole de Sages-Femmes : **Pourquoi exercez-vous le métier de sage-femme ?**

Carolina Gonzalez Hernando : Être sage-femme, c'est merveilleux parce que cela me permet d'accompagner et de prendre soin de la santé des femmes tout au long de leur vie, y compris pendant la grossesse et l'accouchement, l'un des événements les plus heureux pour les futurs parents.

C'est dommage que cette profession soit mal reconnue malgré son importance pour la société pourtant c'est l'un des métiers les plus anciens. Au cours de l'histoire, les accoucheuses ont toujours existé. Et actuellement, les compétences des sages-femmes vont bien au-delà des accouchements...

PDSF : **Sage-femme en Espagne, pouvez-vous nous en dire plus sur la profession ?**

CGH : En Espagne, il s'agit d'une profession réglementée pour laquelle il faut six ans d'études, puisqu'il est nécessaire de commencer par étudier à l'université le degré de maîtrise en sciences infirmières de quatre ans et une spécialisation ultérieure de deux ans. Si la sage-femme souhaite poursuivre ses études à l'université, elle peut passer une maîtrise et un doctorat, comme dans mon cas, j'ai obtenu mon doctorat en 2012.

Les sages-femmes sont des professionnels de la santé et sont intégrées aux équipes de soins primaires et aux hôpitaux. Sa fonction est de veiller à la santé de la femme sous différents aspects de sa vie : l'accompagnement pendant la grossesse et l'accouchement, à l'adolescence, la climatère ou l'orientation en matière de santé sexuelle et reproductive... En Espagne, nous sommes des professionnels indépendants. Outre les soins habituels à l'accouchement, nous effectuons le dépistage du cancer du col utérin, la surveillance de la grossesse, la rééducation périnéale, l'accompagnement de l'allaitement, nous participons à l'éducation sexuelle dans les écoles, au planning familial, etc.

PDSF : **Dites-nous en plus sur vos fonctions ?**

CGH : Je combine le travail des soins cliniques avec l'enseignement et la recherche. J'exerce au centre de santé "Plaza del Ejército" à Valladolid (Espagne) et j'enseigne à l'université depuis 10 ans.

PDSF : **Enseigner, c'est pour vous...**

CGH : Enseigner, ce n'est pas seulement transmettre, c'est amener les gens à penser, découvrir et résoudre des problèmes, c'est les

" Enseigner, ce n'est pas seulement transmettre, c'est amener les gens à penser, découvrir et résoudre des problèmes, c'est les aider à créer de nouvelles habitudes de pensée et d'action. "

aider à créer de nouvelles habitudes de pensée et d'action. J'aime les défis, c'est pourquoi je m'efforce de présenter des projets d'innovation pédagogiques aux étudiants.

D'ailleurs mes domaines de recherche portent sur l'apprentissage par résolution de problèmes (Problem Based Learning, PBL), une méthodologie d'enseignement dynamique utilisée dans de nombreux pays à la pointe des sciences de la santé comme le Canada, les États-Unis, la Hollande ou la Belgique.

PDSF : **Avez-vous d'autres domaines de recherche ?**

CGH : La santé sexuelle et génésique est un autre domaine de recherche et le Web 2.0, appliqué à l'enseignement supérieur et à l'éducation à la santé, en particulier, les blogs et les réseaux sociaux en tant qu'outils pédagogiques.

Nous travaillons actuellement sur un projet d'innovation pédagogique intitulé « Edublog Enfermeria ».

PDSF : **En quoi consiste ce projet ?**

CGH : C'est un outil numérique pour améliorer la communication avec les étudiants, mais il s'est étendu à un plus grand nombre d'adeptes, sages-femmes, infirmières, autres professionnels de la santé et enseignants s'intéressant aux soins infirmiers. Le projet est coordonné par une équipe de 17 personnes, enseignants et spécialistes d'Espagne et du Mexique. Nous croyons qu'il est essentiel que nous, les professionnels de la santé, transmettions des informations sur la santé avec des preuves scientifiques. Nous espérons que les sages-femmes françaises nous rendent visite, car bien que la langue soit l'espagnol, le blog a un traducteur. Nous sommes sur Facebook, Twitter, Instagram et la nouveauté est une chaîne You Tube.

enfermeriauva.blogspot.com

DANS MA BIBLIOTHÈQUE DE PRO...

Approfondir ses connaissances, se détendre autour de quelques pages ou découvrir des livres à conseiller aux futurs et jeunes parents... Nous vous proposons ici une sélection d'ouvrages récemment publiés abordant de nombreux thèmes liés à la grossesse, à l'accouchement, à la parentalité.

Ouvrages sélectionnés par G.Dahan-Tarrasona

IVG : UN BD MET EN LUMIÈRE LA CULPABILITÉ INFLIGÉE AUX FEMMES

Quand l'auteure, Aude Mermilliod, de « Il fallait que je vous dise » a avorté, elle l'a vécu dans la solitude, la culpabilité. C'est pourquoi elle a décidé de raconter son histoire pour apporter du réconfort à celles qui vivent un avortement. Au-delà de son expérience, la dessinatrice reprend aussi, avec la collaboration du médecin et romancier Martin Winckler, l'historique de la légalisation de l'avortement en France. Si l'IVG est un choix, elle reste pour la femme une épreuve qui peut être traumatisante, mais aussi un deuil incompris par la société. « Il fallait que je vous dise » libère la parole de cet évènement encore tabou.

Il fallait de que je vous dise. Aude Mermilliod. Aux éditions Casterman. 22€

DEUIL PÉRINATAL : DES IDÉES POUR SOUTENIR LES PARENTS

Trouver les mots justes quand les parents traversent le deuil de leur enfant n'est pas une mince affaire. Dans notre culture, parler de la mort est tabou alors que ces parents ont besoin d'un accompagnement et les professionnels sont souvent démunis. C'est face à ce constat, qu'Hélène Guérin, ancienne accompagnante à la naissance, a décidé d'écrire ce livre. L'auteure est alors partie à la rencontre de parents endeuillés, de leur entourage et des professionnels. À partir de nombreux témoignages, « Dans ces moments-là » invite à la réflexion personnelle. Il ne donne pas des solutions toutes faites, mais propose néanmoins 130 idées pratiques pour soutenir les parents, pour savoir quoi dire sans malaise à un moment où ils en ont le plus besoin. Ce livre s'adresse aux acteurs jouant un rôle dans le processus du deuil périnatal, c'est-à-dire aussi bien aux professionnels qu'à l'entourage de la famille.

Dans ces moments-là. Hélène Guérin. Aux éditions Bookelis. 18,50€

RECHERCHES SUR L'EMBRYON : UN LIVRE EXPLIQUE SES ENJEUX ET SES ALÉAS

Depuis le début de la fécondation in vitro, en 1968, le domaine de l'embryologie n'a cessé d'évoluer. Du transfert d'embryon congelé en passant par la sélection embryonnaire avant transfert, les embryons sont obtenus en premier lieu pour accéder à la parentalité. Néanmoins, leur conception in vitro suscite bien des débats : que faire des embryons non implantés ? Peuvent-ils servir à la science ? Les questions prennent une dimension aussi bien philosophique, qu'éthique, juridique ou bien scientifique. Ce livre, « Recherches sur l'embryon : dérive ou nécessité ? » s'efforce de répondre à de nombreuses questions épineuses en s'appuyant sur les connaissances actuelles. Les auteurs, Pierre Jouannet (professeur émérite à l'université Paris Descartes, membre de l'Académie nationale de médecine et du Comité d'éthique de l'Inserm), Bernard Baertschi (spécialiste de la philosophie morale et éthique des biotechnologies et membre du Comité d'éthique de l'Inserm) et Jean-François Guérin (professeur de biologie de la reproduction au CHU de Lyon et président du Conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine) font aussi part de leurs propositions pour éclairer les futurs débats en lien avec la réuision de la loi bioéthique.

Les recherches sur l'embryon : dérive ou nécessité ? De Pierre Jouannet, Bernard Baeryschi, Jean-François Guérin. Aux éditions Le Muscadier 9,90 €

CULTIVER L'ATTENTION BIENVEILLANTE

Un environnement défavorable peut nuire à nos capacités d'attention. Pourtant l'attention est essentielle à l'interaction parents-enfants. Des adultes manifestant une attention bienveillante à l'égard du bébé favoriseront le développement de cette fonction psychique pour que lui-même évolue vers un enfant, puis un adulte attentif aux autres comme à lui-même. Michel Dugnat, pédopsychiatre, entouré d'experts, expose l'actualité des connaissances et les pratiques qui amènent à favoriser l'attention au quotidien. Il propose aussi une ouverture vers une réflexion active pour les professionnels afin d'entretenir et développer leurs propres capacités d'attention.

Bébé attentif cherche adulte.s attentionné.s sous la direction de Michel Dugnat. Aux éditions Érès. 28 €

LE GUIDE PRATIQUE DES SOINS AUX NOUVEAU-NÉS

Cet ouvrage qui existe déjà depuis 15 ans a été réactualisé dans cette 3e édition. Il contient 90 référentiels regroupant des recommandations validées par l'expertise des auteurs et par l'Evidence Based Medicine. Avec 16 chapitres, il aborde les points essentiels au travail en salle de naissance (prévention de l'hypothermie, le délai du clampage du cordon, la détresse respiratoire, le peau à peau…), la maternité (le bain, l'analgésie, les conseils de prévention sur la mort inattendue du nourrisson, la plagiocéphalie…), l'alimentation, les situations digestives, métaboliques, infections, virales, bactériennes, cardio-vasculaires, métaboliques, hématologiques, neurologiques, etc. C'est une référence en matière d'ouvrage pédiatrique !

Manuel pédiatrique des soins aux nouveau-nés. Pr Jean-Charles Picaud et Dr Ariane Cavalier. Aux éditions Sauramps Medical. 66€.

À LA QUESTION « QUELLE EST L'ASSOCIATION PRÉNOM/NOM LA PLUS MARQUANTE » VOUS AVEZ RÉPONDU :

LE QUOTIDIEN D'UNE SAGE-FEMME EST AUSSI SEMÉ DE SITUATIONS INSOLITES ET DE MOMENTS DE SOLITUDE…

Mickey Mouche
ALINE

Petit Louis
CATHY

Lara Clette
SYLVIE

Lise Va
HÉLÈNE

Ode Javel
EMILIE

Pierre Ponce
LOUISE

Parisse et Hilton
C'était le frère et la sœur !
LAETITIA

Kent Clark
FANNY

À noter dans vos agendas !

Retrouvez tous les événements sur
www.paroledesagesfemmes.com

Le 6 et 7 septembre 2019 - Marseille
9es Rencontres à 2 mains
➔ *Inscription et informations : ra2m.fr*

Du 19 au 21 septembre 2019 – Marseille
14e colloque international de périnatalité (ARIP)
➔ *Inscription & informations : arip.fr*

20 septembre 2019 – Rennes
7e Colloque de la mort inattendue du nourrisson
➔ *Inscription et informations : centre-congres-rennes.fr*

27 septembre 2019 – Nancy
Journée d'Actualités Lorraine en Néonatologie
➔ *Inscription et informations : infocongres.com*

Le 3 octobre 2019 – Paris
Journée scientifique sur la mortalité maternelle
➔ *Inscription & informations : sfmp.net*

Du 3 au 5 octobre 2019 – Pau
Infogyn
➔ *Inscription & informations : congres-infogyn.com*

Du 16 au 18 octobre 2019 – La Baule
49es Journées nationales de la société française de médecine périnatale
➔ *Inscription & informations : sfmp.net*

Les 21 et 22 novembre 2019 – Poitiers
Congrès national de la sage-femme libérale
➔ *Inscription & informations : profession-sage-femme.com*

Le 23 novembre 2019 – Paris
Les rencontres de Port-Royal
➔ *Inscription & informations : infocongres.com*

Les 6 et 7 décembre 2019 – Paris
GYPSY XIX – « Confiance, défiance, trahison »
➔ *Inscription & Informations : gypsy-colloque.com*

EN ACCÈS GRATUIT

PAROLE DE MAMANS -academy.com

UN NOUVEAU MOOC

"Le lait infantile à base de lait de chèvre"

Le professeur Tounian, chef du service de nutrition et de gastro-entérologie pédiatrique de l'hôpital Trousseau vous explique tout.

- Est-il adapté ?
- Quelles différences avec le lait de vache ?
- Peut on le donner à tous les nourrissons ?
- Quels en sont les bienfaits ?
- Peut-on le conseiller aux mamans ?
- Est-il efficace ?

LA PLATEFORME À CONSEILLER AUX FUTURES ET NOUVELLES MAMANS !

WWW.PAROLEDEMAMANS-ACADEMY.COM

babybio

UNE DOUBLE EXIGENCE POUR UNE DOUBLE QUALITÉ

Respect rigoureux des exigences réglementaires

infantile + biologique

LAIT DE VACHE **FRANÇAIS** · AU **BIFIDUS*** · ÉQUILIBRÉ EN **ACIDES GRAS ESSENTIELS** (1) · JUSTE DOSE DE **PROTÉINES** · **SANS** HUILE DE PALME, NI DE COPRAH

FABRIQUÉ EN FRANCE

AB AGRICULTURE BIOLOGIQUE

Lancement du

1ER LAIT INFANTILE FRANÇAIS BIO

il y a plus de **20 ans**

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*