PAROLENE SAGES-FEMMES

Numéro 31 · Hiver 2019-2020

FXISTF-T-II UN MOYEN IDÉAL POUR VAINCRE

LA BARRIÈRE **LINGUISTIQUE** À L'HÔPITAL?

CONSEILS DE PROS

CONNAISSEZ-VOUS LA PÉDIATRIE SINO-JAPONAISE?

RENCONTRE

AURÉLIE RACIOPPI.

SAGE-FEMME FT DOCTORANTE EN SOCIOLOGIE

LE MAGAZINE QUI VOUS DONNE LA PAROLE

À LA LOUPE

GRAND PRIX ÉVIAN

RETOUR SUR L'ÉDITION 2019

SUIVI GYNÉCOLOGIQUE **DES FEMMES HOMOSEXUELLES**

QUELS ENJEUX. OUFLLES PERSPECTIVES?

DOSSIER

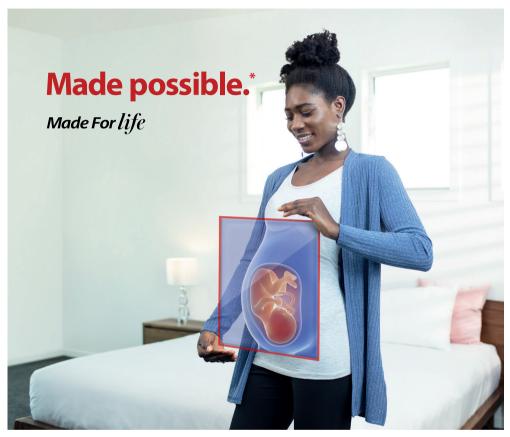
ZOOM SUR LE POST-PARTUM

• LE POST-PARTUM : UN QUATRIÈME TRIMESTRE DE « GROSSESSE » ?

• SEXUALITÉ ET POST-PARTUM

QUAND LES MÈRES ONT LE BLUES





Aplio Women Health Care Edition

La nouvelle gamme d'échographie Aplio dédiée à la santé de la femme.

La qualité image est au cœur de toutes nos préoccupations, car nous sommes convaincus que seules les images peuvent vous donner la confiance nécessaire pour prendre la bonne décision dès le début de grossesse et au-delà.

De notre technologie SMI unique qui révèle l'architecture microvasculaire jamais vu auparavant, à des applications 4D avancées qui ajoutent une valeur clinique réelle à votre diagnostic, nous vous fournissons les meilleurs outils pour vous aider au quotidien.



Les échographes Aplio a (CUS-A) Aplio a550 (CUS-AA550/WE) et Aplio i700 (CUS-AI700/WA) est un dispositif médical d'imagerie diagnostique ultrasonore de classe lla destiné à être utilisé par un professionnel de santé qualifié. Evaluation de la conformité CE par l'organisme de certification TUV Rheinland (0197). Fabriqué par CANON MEDICAL SYSTEMS. Pour un usage correct du dispositif médical, nous vous invitons à lire attentivement les instructions fournies dans les manuels d'utilisation. Pour la situation au regard du remboursement par les organismes d'assurance maladie, consultez les modalités sur www. ameli.fr – 05/12/2019



EDITO

Ne délaissons pas le post-partum!

« Désormais ma vie ne m'appartenait plus. Je n'étais plus qu'un creux, un vide, un néant. Désormais, i'étais mère ». (Eliette Abécassis). « L'heureux évènement » que les sages-femmes accompagnent au quotidien n'est pas toujours un long fleuve tranquille. Des femmes ignorent ce qu'il adviendra de leur corps et de leur psychisme, une fois rentrées à la maison avec leur nourrisson.

Solitude, fatique, manque de sommeil pour certaines, crevasses, périnée douloureux pour d'autres, il va falloir affronter cette nouvelle vie, cette transformation de femme en mère et prendre ses marques avec ce petit être. Des femmes y parviennent facilement, d'autres auront besoin d'aide. Quelles aides? Qu'ont-elles à leur disposition? La PMI, les professionnels libéraux, etc, mais au plus mal, font-elles vraiment la démarche d'aller à leur rencontre?

Le post-partum ou quatrième trimestre de la grossesse, comme le nomme la sage-femme Ingrid Bayot, est une période dont la physiologie est souvent méconnue. Nous avons choisi d'aborder cette période, ce parent pauvre de l'obstétrique, dans ce numéro pour que les sages-femmes soient sensibilisée-s au mal être que peut envahir les jeunes mères.

Dernièrement un article titrait « Je me suis dit c'est ma fille ou moi par la fenêtre*», inquiétant. Mais rappelons-le, comme le confirme des études le suicide est le premier risque de mortalité dans l'année qui suit l'accouchement. Alors ne l'oublions pas!

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

^{*}neomag.fr

^{*}Écrivez-nous à sonia.zibi@mayanegroup.com

PAROLEDE SAGES-FEMMES

Numéro 31

Édito Ne délaissons pas le post-partum!

ACTUS

- 5 Actus France Vers l'obligation de l'entretien prénatal précoce La fin des violences obstétricales ? Des changements sur l'arrêt de travail prescrit par les sages-femmes ? Test HPV : Recommandé pour suivre l'évolution des lésions précancéreuses La contraception pour les moins de 15 ans sera gratuite en 2020 L'IVG en chiffres Le syndrome du bébé secoué : Des chiffres glaçants
- 8 Actus Monde Japon: Un centre de santé spécial post-partum Suède: Cette étude sur le dépassement de terme est-elle éthique? Angleterre: Un test pour dépister précocement le cancer du sein Pays de Galles: Gérer la douleur des contractions avec la réalité virtuelle Chine: Le record de la maternité Royaume-Uni: Famille très nombreuse États-Unis: L'exposition maternelle au plomb serait associée au surpoids chez l'enfant Danemark: Troubles psychiatriques chez l'enfant: Une infection pendant la grossesse pourrait les causer
- 10 À la loupe Grand Prix Évian : Retour sur l'édition 2019

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

- 14 Suivi gynécologique des femmes homosexuelles : Quels enjeux, quelles perspectives ? Avec Cécilia Giles
- 17 S'installer en libéral : « J'aime le fait être multitâche et apporter un panel varié de mes compétences au service des femmes » Avec Johana Callis

GROSSESSE & ACCOUCHEMENT

- 18 Rencontre avec Aurélie Racioppi, lauréate de la Bourse Maïeutique du Prix de la Fondation Mustela
- 22 Testez vos connaissances sur le dépistage de la trisomie 21 par l'ADN libre circulant!

DOSSIER: ZOOM SUR LE POST-PARTUM

- 23 Le post-partum Un quatrième trimestre de « grossesse » ? Avec Ingrid Bayot
- 28 Sexualité et post-partum avec Delphine Chene
- 31 Quand les mères ont le blues avec l'association Maman Blues

ÉTUDE

36 Existe-t-il un moyen idéal pour vaincre la barrière linguistique à l'hôpital ? Avec Caroline Dupuy

CONSEILS DE PROS

40 Connaissez-vous la pédiatrie sino-japonaise ? Avec Delphine Grosso

PROFESSION SAGE-FEMME

- 43 International Italie : 4 questions à Paola Menga
- 44 Dans ma bibliothèque de pro
- 45 Détente Les phrases et questions insolites
- 46 À noter dans vos agendas

PAROLEDE SAGES-FEMMES

Rédaction

Directrice de la publication Leslie Sawicka

Rédactrice en chef Géraldine Dahan Tarrasona

Journalistes

Candice Satara-Bartko Elise Poiret

Réalisation

Direction artistiqueMatthieu Boz

Maquette Nilay Cosquer

PhotographiesFotolia, Shutterstock, Wikipedia

Directrice du pôle vidéo Céline Gerbier

Directrice du Pôle Experts

Sonia Zibi

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

Remerciements:

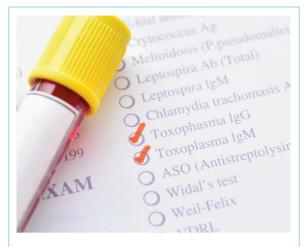
Aurélie Racioppi, Cécilia Giles, Johana Callis, Ingrid Bayot, Delphine Chene, Fabienne Lacoude, Caroline Dupuy, Delphine Grosso, Paola Menga, Barbara Duret-Aubert, Marion Volle, Elora Aubert, Amandine Macias, Blandine Fauroux

Mayane|group

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







Toxoplasmose et grossesse : Le programme de prévention français est-il efficace?

Une étude médico-économique, publiée dans la revue scientifique Plos One, menée par une équipe de parasitoloques des Hospices civils de Lyon (HCL), d'épidémiologistes de Dijon et d'économistes de la santé français et américains, a évalué la pertinence de maintenir le dépistage de la toxoplasmose. Un dépistage unique au monde.

Depuis 25 ans la France a mis en place le dépistage de la toxoplasmose chez les femmes enceintes. Une sérologie est réalisée dès le début de la grossesse puis mensuellement chez les femmes non immunisées. Le dépistage s'accompagne aussi de précautions à prendre pour ne pas contracter l'infection parasitaire.

L'étude a montré que si ce dépistage est couteux, du fait de l'augmentation du nombre de femmes non immunisées contre la toxoplasmose, seules 800 femmes attrapent la maladie sur 767 000 naissances et 150 bébés sont atteints. Christine Binquet, épidémiologiste au CHU de Dijon, rapporte que « grâce à une modélisation prenant en compte les options possibles en termes de prise en charge à chaque étape, et l'utilisation de données provenant en grande partie de la cohorte des femmes enceintes et des enfants pris en charge et suivis sur le long cours à l'hôpital de la Croix Rousse-HCL, il a été possible de prouver que le programme était efficient, que ce soit à court terme, soit un an après la naissance des enfants, ou à plus long terme lorsque la majorité des séquelles de l'infection sont reconnues chez les sujets infectés». Alors que d'autres pays se posent la question pour adopter la meilleure stratégie, ils pourraient suivre l'exemple de la France!

Sources: reseau-chu.org - lanouvellerepublique.fr

L'IVG en chiffres

En 2018, le nombre d'IVG s'élève en France à 224 300, soit 3% de plus qu'en 2017

Si le taux de recours atteint 15 IVG pour 1000 femmes en France métropolitaine, il varie selon certaines régions : dans le Pays de la Loire il est de 10,9 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans il passe à 22 pour 1000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Source: Annick Vilain (DREES), 2019, « 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018 », Études et Résultats, n°1125, Drees, septembre

Le syndrome du bébé secoué: Des chiffres glaçants

Dans un bulletin épidémiologique hebdomadaire, Santé publique France a rapporté des chiffres concernant les enfants âgés de l à 11 mois victimes du syndrome du bébé secoué, aussi appelé traumatisme crânien infligé par secouement (TCIS). Entre 2015 et 2017, on comptabilise 1 215 enfants victimes dont 512 cas probables et 703 cas possibles.

Toutefois, ces chiffres ne sont pas précis puisqu'ils sont issus des données hospitalières du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI-MCO). C'est pourquoi, pour identifier plus précisément les cas de TCIS hospitalisés, les auteurs concluent sur l'importance de la mise en place en code spécifique dans le PMSI-MCO pour le syndrome du bébé secoué, comme cela l'avait été envisagé dans le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019.

Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2019, n°. 26-27, p. 533-540 - Santé publique France

Test HPV: Recommandé pour suivre l'évolution des lésions

L'Inca (Institut national du cancer) préconise le test HPV dans ses dernières RPC pour le suivi des lésions précancéreuses après traitement.

précancéreuses

Pour les lésions malpighiennes intraépithéliales de bas grade, les lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade, les adénocarcinomes in situ avec traitement conservateur avec marges saines, et ceux traités par hystérectomie, l'Inca recommande le test HPV haut risque* 6 mois après le traitement. Si le test est négatif, le suivi sera différent selon le type de lésion traité: retour au dépistage organisé, test HPV 3 ans après ou suivi annuel. En cas de positivité, la conduite à tenir est similaire pour les situations abordées avec la réalisation d'une colposcopie avec examen de la vulve, du vagin et une biopsie si nécessaire. Si celle-ci est négative, un test HPV est préconisé plus tard, dans le cas contraire le traitement sera proposé (recommandations Inca2016).

*Le test HPV haut risque permet de détecter la présence d'un HPV à haut risque soit HPV16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 +/-66 (que le test utilisé donne la possibilité ou non de préciser les génotypes HPV haut risque détectés). Le test HPV haut risque doit être réalisé dans une structure inscrite dans une démarche d'accréditation et avec un milieu de recueil de cellules et un test HPV validés.

Source : Surveillance post-thérapeutique des lésions précancéreuses du col de l'utérus - Inca 2019.

VERS L'OBLIGATION DE L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE

Dans la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, le secrétaire d'État a annoncé de nouvelles mesures en octobre dernier et l'inscription à l'entretien prénatal précoce deviendra obligatoire en 2020. L'Enquête nationale périnatale de 2016 rapportait qu'il ne concernait que 28,5% des femmes. Cette stratégie permettrait d'agir le plus précocement possible afin de répondre aux besoins des enfants et de leurs familles.

Source : Communiqués et dossier de presse - Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 - 14/10/2019

La contraception pour les moins de 15 ans sera gratuite en 2020

L'avant-projet de loi de financement de la sécurité sociale envisage pour 2020 la prise en charge à 100% des frais liés à la contraception pour les jeunes filles de moins de 15 ans. Si les jeunes filles de 15 à 17 ans bénéficiaient déjà de la contraception gratuite prescrite par un médecin ou une/un sage-femme, le gouvernement projette d'inclure les moins de 15 ans. La prescription sera réalisée, si elles le souhaitent, en toute confidentialité. Source: LCI

LA FIN DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES?

Les témoignages des femmes sur les violences obstétricales ont remis en cause les pratiques obstétricales. Présenté en octobre dernier par le Collège des Gynécologues Obstétriciens Français, les maternités ont désormais la possibilité d'obtenir un label qualité, Maternys, où la bienveillance est au cœur des soins. Les maternités devront aussi faire preuve de transparence (taux d'épisiotomie, de césarienne, d'extraction instrumentale) et respecter 12 critères pour l'obtenir, dont la possibilité pour les patientes de vivre un accouchement démédicalisé en l'absence de facteur de risque. Ce sont les patientes, elles-mêmes qui évalueront le respect de ces critères avec des questionnaires à remplir à 3 semaines puis à 3 mois de l'accouchement. Mais cette initiative divise car comme le souligne le CIANE (Collectif inter associatif autour de la naissance), « la bientraitance n'est pas une option à laquelle des maternités volontaires pourraient adhérer [...] les associations d'usagers n'ont jamais cautionné ce label ni participé à son élaboration ».

Sources : Maternys, Le Monde.



Le déficit en MCAD, nouvelle maladie dépistée à la naissance

Au premier trimestre 2020, le déficit en acyl-coenzymeA- déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne (MCAD) sera la 6e maladie à intégrer le test de Guthrie. Il s'agit d'une maladie autosomique récessive qui se traduit par une incapacité de l'organisme à utiliser les acides gras comme source d'énergie. Grave, elle se manifeste par des malaises hypoglycémiques et hypocétosiques qui peuvent conduire à un risque de mort subite ou à de graves séquelles neurologiques. Sa prise en charge consiste à mettre en place un traitement préventif par des règles diététiques. Selon des données étrangères, le dépistage néonatal diviserait par 4 la mortalité due à déficit en MCAD.

Sources : Ouest-France.fr Recommandations pour l'extension du dépistage néonatal au déficit en MCAD - HAS -2011 Orpha.net

Bientôt du nouveau sur l'arrêt de travail prescrit par les sages-femmes?

Des changements pourront permettre aux sages-femmes de renouveler l'arrêt de travail des femmes enceintes et de l'étendre à plus de 14 jours. C'est en tout cas ce que propose Marie-Pierre Rixain, députée de la République en Marche, dans le cadre du projet de loi de financement. Selon elle « les femmes enceintes suivies par une sagefemme doivent pouvoir bénéficier d'un arrêt comme celui établi par un médecin ». On croise les doigts pour que cette proposition aboutisse!

Sources : capital.fr, compte Twitter de Marie-Pierre Rixain

Pays de Galles

Gérer la douleur des contractions avec la réalité virtuelle

Une alternative pour gérer la douleur des contractions, voilà ce que propose la société Rescape Innovation avec ses casques de réalité virtuelle. Des chercheurs de l'hôpital universitaire du Pays de Galles effectuent actuellement des essais pour tester leur efficacité sur des femmes en travail

Avec des paysages idylliques, le casque mise sur la détente et la relaxation pour aider les femmes à accoucher. Des participantes l'ont utilisé et ont été enchantées par cette innovation. Une étude de l'American Journal of Obstetrics and Gynecology avait déjà mis en avant les bénéfices de l'innovation : 77% des patientes utilisant ce type de technologie ont déclaré ressentir moins de douleurs pendant le travail et qu'elles seraient prêtent à la réutiliser pour un accouchement ultérieur. Si rien ne remplace un professionnel, le casque de réalité virtuelle offre une alternatives supplémentaire aux femmes. D'ailleurs si les résultats de l'essai sont concluants, toute la région bénéficiera de cette innovation technologique.

Sources : bbc.com, rescape.me, 806: Virtual reality may decrease pain during labor - AJOG January 2019 Volume 220, Issue 1, Supplement, Pages S527-S528



L'exposition maternelle au plomb serait associée au surpoids chez l'enfant

L'école de santé publique Bloomberg de Johns Hopkins (Maryland) révèle que les femmes dont le taux sanguin en plomb est élevé sont plus susceptibles de donner naissance à des enfants en surpoids ou obèses. Ils ont mis en évidence que le risque serait multiplié par 4 chez les enfants à l'âge de 8 ans. Mais dans leur analyse, les chercheurs ont aussi constaté qu'un taux satisfaisant d'acide folique (les recommandations actuelles étant une prise journalière de 400 µg jusqu'à 12 semaines de gestation) chez les mères présentant un taux de plombémie élevé réduisait les risques de surpoids et d'obésité chez l'enfant.

Source : JAMA Network Open 2019;2(10):e1912343



Suede Cette étude sur le dépassement de terme vire au drame

Déclencher ou attendre en cas de dépassement de terme? Pour le moment il n'existe pas de consensus international. Selon les pays, les pratiques sont différentes.

Pour essayer de déterminer des critères significatifs pour déclencher, une étude suédoise incluant 10 000 femmes a répartie aléatoirement une pratique d'un déclenchement à 42 ou 43 semaines d'aménorrhées. Malheureusement, cette étude a déploré 6 décès néonatals dans le groupe des femmes ayant poursuivi leur grossesse jusqu'à 43 semaines. Dangereuse, elle a pris fin.

Suite à ce drame, une association en soutien des familles demande à changer en urgence les politiques hospitalières du pays.

Sources: The gardian

ACTUS MONDE



Danemark Troubles psychiatriques chez l'enfant : Une infection pendant la grossesse pourrait les causer

Une étude réalisée par des chercheurs de la faculté des sciences de la santé et des sciences médicales de l'université de Copenhague a établi un lien entre une infection développée pendant la grossesse et des troubles psychiatriques chez l'enfant. La recherche, publiée dans la revue Molecular Psychiatry, rapporte que l'infection chez la femme enceinte pourrait causer une réduction de la croissance des cellules souches et nerveuses, responsable de troubles psychiatriques chez la progéniture. En effet, les essais menés sur les souris montrent que l'inflammation maternelle altère le développement des interneurones corticaux GABAergic. Les atteintes sont immédiates et multiples depuis la naissance des neurones jusqu'à leur maturité mais variables selon le moment de survenue de l'infection par rapport au stade de développement du cerveau. Ces résultats intéressants méritent davantage d'explorations pour mieux comprendre les causes des troubles neuro-développementaux.

Sources: Maternal inflammation has a profound effect on cortical interneuron development in a stage and subtype-specific manner- Psychiatrie Mol. 8 octobre 2019: 10.1038 / s41380-019-0539-5

Le record de la maternité

Soixante-sept, c'est l'âge auquel cette chinoise de l'est du Shadong a donné naissance en octobre dernier. Si la petite fille est née par césarienne, la maman affirme que sa conception est naturelle. Si tel est le cas, elle doublera de loin la place dans le Guiness book de la britannique de 59 ans.

Source: daily.co.uk

Japon Un centre de santé spécial post-partum

Le centre post-partum de Setagaya, à Tokyo, accueille les femmes pour les soutenir jusqu'à 4 mois après leur accouchement. Entourées de sages-femmes et de thérapeutes, elles reçoivent de l'aide pour allaiter ou bien des conseils pour aborder la maternité le plus sereinement possible. Si elles le souhaitent, elles ont la possibilité d'y rester la nuit. Cette initiative fait suite à un constat, celui que le suicide est la principale cause de décès chez les femmes pendant la grossesse et après l'accouchement en 2015 et 2016.

Source: The Economist

GRAND PRIX ÉVIAN RETOUR SUR L'ÉDITION 2019

C'EST AVEC DYNAMISME ET ENTHOUSIASME QUE LES LAURÉATES ONT PRÉSENTÉ LEUR MÉMOIRE MALGRÉ UNE DIFFICULTÉ SUPPLÉMENTAIRE : UNE PRÉSENTATION EN 180 SECONDES CHRONO.

ngagé depuis bientôt 30 ans, Le Grand Prix evian promeut les mémoires de sages-femmes. Comme chaque année, cette 28e édition qui s'est déroulée le 26 septembre dernier a récompensé six d'entre elles, Barbara Duret-Robert, Blandine Fauroux, Marion Volle, Amandine Macias, Caroline Dupuy et Elora Aubert, dans un cadre exceptionnel, à Evian-les-Bains Parole de Sages-Femmes a assisté aux présentations de ces professionnelles fraichement diplômées. Nous avons été conquis aussi bien par le choix des sujets toujours plus innovants et au cœur de l'actualité, que par leur talent d'oratrice

Cette fois, le challenge « mon mémoire en 180 secondes » leur a été imposé. Ce n'est pas une mince affaire de réaliser un tel travail de synthèse, pourtant on peut dire qu'elles ont





©Pierre C - Martine Chauvière, Isabelle Vaast, Marie-Sophie Chauet, Isabelle Derringer, Anne Chantry, Caroline Dupuy, Marion Volle, Amandine Macias, Blandine Fauroux, Elora Aubert et Barbara Duret-Robert.

réussi haut la main. L'auditoire, tout comme le jury, présidé par Mme Isabelle Derringer, directrice de l'école de sage-femme de Nantes, étaient un brin déstabilisés mais surtout captivés. On les félicite!

Le Grand prix evian est fier de s'engager auprès des sages-femmes pour leur donner l'opportunité de faire connaître leurs travaux à travers des publications scientifiques, des articles dans des revues de sages-femmes et par des participations aux congrès médicaux.

DANS LA CATÉGORIE PRIX SCIENTIFIQUE 1er Prix : Barbara Duret-Aubert.

de l'Ecole de Sage-Femme de Baudelocque, avec son mémoire intitulé « Comment les nouvelles recommandations pour la pratique clinique sur l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané s'inscrivent-elles dans la pratique des sages-femmes et des coordinatrices sagesfemmes d'Ile-de-France?»

2º Prix, ex-aequo : Marion Volle, de l'École de Sage-Femme de Bourg-Bresse avec « Le circulaire du cordon pendant le travail et ARCF : Cohorte de 436 patientes du Centre Hospitalier en 2018 ».

Blandine Fauroux de la faculté de médecine et de maïeutique de Lille avec « *Jeunes parents et futurs parents : Connaissances, questionnements et représentations des étudiants en matière de santé environnementale et santé reproductive ».*



@ Pierre C

CONCERNANT LE PRIX SPÉCIAL

1er Prix: Elora Aubert,

de l'École de Sage-Femme du CHU de Nice avec « Vaccinations contre la coqueluche et contre la grippe en périnatalité : Evaluation des stratégies et des couvertures vaccinales, de l'information donnée aux femmes, de l'intention et des freins à ces vaccinations »

2º Prix, ex-aequo: Amandine Macias,

de l'École de Baudelocque avec le travail portant sur la « Perception du débat sur les violences obstétricales par les professionnels, sagesfemmes et gynécologues-obstétriciens ». Caroline Dupuy de la faculté de médecine et

Caroline Dupuy de la faculté de médecine et de maïeutique de Lyon avec son mémoire sur « Vaincre la barrière linguistique aux urgences : revue systématique de la littérature scientifique »,

LE GRAND PRIX ÉVIAN ET LES SAGES-FEMMES : LE SAVIEZ-VOUS ?

C'est en 1992 quand le mémoire de fin d'études devient obligatoire pour les sages-femmes que le nouveau Grand Prix évian des écoles de sagesfemmes a vu le jour. Évian a été la première grande société à mettre en place un Grand Prix destiné aux sages-femmes, visant à valoriser la profession et les travaux de recherche des nouveaux diplômés. Depuis plus de 20 ans, évian en collaborant avec le CNEMa, la presse professionnelle incite les sagesfemmes à s'initier à la recherche en maïeutique. Chaque année, les 35 écoles de sages-femmes choisissent un mémoire parmi la promotion pour concourir au Grand Prix évian des écoles de sagesfemmes. Les mémoires les plus pertinents sont sélectionnés par un jury pluridisciplinaire (sagefemme directrice, enseignante, cadre, libérale ou territoriale gynécoloque et pédiatre) dont la présidence est assurée par une sage-femme depuis 2011 et non plus par un médecin. C'est Monique Lavaud, une directrice d'école de sage-femme à Toulouse, qui inaugure cette présidence pour les



20 ans du Grand Prix évian. Les sages-femmes deviennent donc de plus en plus reconnu(e)s pour apporter leur expertise professionnelle sur la qualité des mémoires de ces jeunes diplômés. Quant aux travaux sélectionnés pour la catégorie scientifique et prix du jury, ils sont généralement en lien avec l'alimentation, l'hydratation de la mère et de l'enfant, mais aussi sur la précarité, l'alcool, le tabac, les violences, l'obésité, etc. Une exception, pour les 20 ans du Grand Prix, où évian a sélectionné en plus le mémoire historique d'Elisabeth Lyonnais sur le rôle des sages-femmes de 1870 à 1914.



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







S.A.E.ME, Evian-les-Bains RCS 797 080 850 Thonon.

SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES FEMMES HOMOSEXUELLES

QUELS ENJEUX, QUELLES PERSPECTIVES?

Très peu d'études ont été publiées en France en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive des femmes homosexuelles, pourtant, les recherches internationales révèlent que le fait d'être une femme ayant des rapports homosexuels, que l'on soit identifiée comme telle ou supposée hétérosexuelle, est associé à des disparités en termes de suivi gynécologique.

À TRAVERS SON MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES, CÉCILIA GILES, SAGE-FEMME, A SOUHAITÉ COMPRENDRE L'EXPÉRIENCE DU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES FEMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES FEMMES ET LA FAÇON DONT ELLES NÉGOCIENT LA NORMATIVITÉ ASSOCIÉE À LA CONSULTATION.



Par Cécilia Giles, sage-femme à la maternité Port-Royal

LES DIFFICULTÉS D'UN « BON » SUIVI GYNÉCOLOGIQUE

L'analyse des parcours gynécologiques des enquêtées a permis d'identifier des facteurs de risque de discontinuité voire de rupture du parcours gynécologique ainsi que des facteurs protecteurs.

Parmi les facteurs de risque, on retrouve une absence de « modèle social à consulter » chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Elles échangent peu sur ce sujet avec leurs partenaires et leurs amies qui elles-mêmes ne consultent pas ou peu. Les mauvaises expériences en consultation, telles que de l'incompréhension, le jugement de la part du/de la professionnel le de santé suite au dévoilement de l'orientation sexuelle sont également à risque. Pourtant, les femmes considèrent généralement pertinent de dire leur

orientation sexuelle au/ à la professionnel-le pour être correctement prises en charge. Le changement d'orientation sexuelle est un événement susceptible d'impacter négativement la régularité du suivi gynécologique. La majorité des enquêtées dont le parcours sexuel est progressif ont rapporté une discontinuité voire une rupture dans leur suivi. Certaines sont convaincues qu'il n'y a plus d'intérêt à consulter tandis que d'autres s'interrogent sur la nécessité de continuer à consulter ou non, et à quelle fréquence. Enfin, la moindre estime de soi ou les troubles dépressifs rapportés par plusieurs femmes peuvent influer sur la démarche de soin et de prévention.

La sensibilisation par la famille, lorsqu'il y a par exemple des cas de cancer du sein dans la famille, est apparue comme un facteur protecteur de la régularité du suivi, y compris lorsqu'il y avait eu des



mauvaises expériences de consultation. Par ailleurs, le fait de trouver « le/la bon.ne praticien.ne » a semblé déterminant dans la continuité du parcours gynécologique de plusieurs enquêtées. Les femmes ont décrit un phénomène de recommandation de praticiens « safe », dans le milieu lesbien ou par le biais de listes de soignants référencés par les patientes elles-mêmes.

LES PARTICULARITÉS DU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE

Mon analyse montre que ce sont des expériences individuelles telles que l'hétérosexualité, l'apparition d'une symptomatologie gynécologique ou encore la maternité, qui déterminent l'initiation et la précocité du suivi gynécologique.

L'hétérosexualité influence souvent la précocité de la première consultation. C'est une expérience largement partagée, comme le montre la prédominance des parcours sexuels simultanés et progressifs parmi les enquêtées. Elle est souvent reliée au poids des normes familiales et sociétales. La maternité est apparue comme un événement fondateur pour plusieurs femmes qui n'avaient jamais ou quasiment jamais consulté (parcours sexuels exclusifs). Ce fut l'occasion pour elles de créer un lien avec le milieu médical et un effet « collatéral » sur la compagne a été rapporté. Les enquêtées ont exprimé un « apaisement » voire un soulagement dans leur rapport au suivi gynécologique.Les plaintes somatiques, essentiellement les dysménorrhées et les mycoses,

sont apparues comme un élément déterminant de la démarche de consultation, notamment chez les femmes ayant un parcours sexuel exclusif. Le médecin généraliste a été cité à plusieurs reprises comme un interlocuteur privilégié sur ces sujets. J'ai également relevé des problématiques spécifiques dans le rapport au corps et à la consultation gynécologique. Des enquêtées ont ainsi exprimé leur difficulté à appréhender des parties du corps symboliques de la féminité, telles que les seins, ou la pénibilité d'un examen gynécologique vécu comme une mise en scène sexualisée du corps.

DES PISTES POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DE CES FEMMES

Plusieurs études internationales sur l'interaction soignant.e/soignée pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ont montré que lorsque le médecin est informé de l'orientation sexuelle de sa patiente, cela peut avoir des impacts positifs sur le recours aux soins. Une étude canadienne a ainsi montré que le fait d'interroger l'orientation sexuelle de la patiente et d'adopter une attitude positive visà-vis de celle-ci est associé à un coming out plus important. Le dévoilement de l'orientation sexuelle est lui-même associé à une utilisation plus fréquente des services de santé.

Il n'est pas question de préconiser une approche particulière pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes, mais plutôt une approche centrée sur la personne prenant en compte les différences individuelles. Les enieux sont avant tout d'offrir un environnement accueillant et sécurisant et d'aborder sans a priori et sans jugement les questions de sexualité, d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Le dialogue permet d'adapter les conseils de prévention, les dépistages et les éventuels traitements aux pratiques réelles, puisque celles-ci ne coïncident pas nécessairement avec l'orientation sexuelle déclarée ou supposée. Le fait de prendre conscience de ses propres préjugés et de la manière dont les spécificités des patientes peuvent conduire à des inégalités de santé me paraît essentiel. Il est important de proposer l'examen gynécologique (à adapter à chacune), les dépistages des cancers du col de l'utérus et du sein et la prescription de la pilule à d'autres fins que la contraception (notamment pour améliorer des dysménorrhées).

Le sujet des violences doit être abordé, car il n'est pas exempt des relations entre femmes. Des études ont montré l'incidence élevée des violences chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes en raison de leur parcours biographique marqué par une entrée plus précoce dans la sexualité et un plus grand nombre de partenaires, y compris masculins.

Les sages-femmes sont directement concernées par le sujet. Leurs compétences en matière de suivi gynécologique de prévention en font des praticien-ne-s de premiers recours pour la majorité des femmes. Il y aussi la grossesse, les couples de femmes ne renoncent pas à leur projet de fonder une famille. L'expérience de la maternité s'est révélée structurante pour les femmes que nous avons interrogées et représente une occasion privilégiée pour les professionnel.le.s de créer du lien, autant avec la patiente qu'avec sa partenaire.

Références : Genon C, Chartrain C, Delebarre C. Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions. Genre Sex Société [Internet]. Juin 2009 [consulté le 12 mai 2018].(1). Disponible sur: journals. openedition.org/gss/951

Saurel-Cubizolles M-J, Lhomond B. Les femmes qui ont des relations homosexuelles: leur biographie sexuelle, leur santé reproductive et leur expérience des violences. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2005;Vol. 33(10):776-82.

INCa. Module de formation e-learning sur la détection précoce du cancer du col de l'utérus [Internet]. [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/ formations-demographie/outils-de-formation « Le dialogue permet d'adapter les conseils de prévention, les dépistages et les éventuels traitements aux pratiques réelles...»

QUELQUES CHIFFRES

- Dans l'Enquête Presse Gays et Lesbiennes (EPGL) réalisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 2011, les femmes n'ayant eu des rapports qu'avec des femmes dans les 12 derniers mois étaient 50% à avoir eu un frottis de dépistage dans les trois dernières années.
- Dans l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF), les femmes déclarant des pratiques homosexuelles étaient 12% versus 3% pour les femmes hétérosexuelles à rapporter avoir eu une infection sexuellement transmissible dans les cinq dernières années.
- Une étude a ainsi montré la présence de HPV chez 6% de femmes qui n'avaient eu que des partenaires féminines. D'autres auteurs ont également montré la présence de lésions pré-cancéreuses du col de l'utérus dans cette population.

Références: "Velter A, Bouyssou A, Saboni L, Bernillon P, Sommen C, Methy N. Enquête Presse Gays et Lesbiennes (EPGL) 2011. InVS, ANRS; 2011.

Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. La Découverte. Paris; 2008. 612 p. (Hors Collection Social).

Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. Am J Public Health. Juin 2001;91(6):947-52.

Bailey JV, Kavanagh J, Owen C, McLean KA, Skinner CJ. Lesbians and cervical screening. Br J Gen Pr. Juin 2000:50(455):481-2

Massad LS, Xie X, Minkoff H, Darragh TM, D'Souza G, Sanchez-Keeland L, et al. Abnormal Pap tests and human papillomavirus infections among HIV infected and uninfected women who have sex with women. J Low Genit Tract Dis. Janu 2014;18(1):50-6."

Diamant AL, Schuster MA, McGuigan K, Lever J. Lesbians' Sexual History With Men: Implications for Taking a Sexual History. Arch Intern Med. Déc 1999;159(22):2730-6.

Fethers K, Marks C, Mindel A, Estcourt C. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. Sex Transm Infect. Oct 2000;76(5):345-9.

Bauer GR, Welles SL. Beyond Assumptions of Negligible Risk: Sexually Transmitted Diseases and Women Who Have Sex With Women. Am J Public Health. Août 2001;91(8):1282-6.

Steele LS, Tinmouth JM, Lu A. Regular health care use by lesbians: a path analysis of predictive factors. Fam Pract. Déc 2006;23(6):631-6.

« J'AIME LE FAIT ÊTRE MULTITÂCHE ET APPORTER UN PANEL VARIÉ DE MES COMPÉTENCES AU SERVICE DES FEMMES »

VOUS ÊTES DE PLUS EN PLUS NOMBREUX À SAUTER LE PAS POUR EXERCER EN LIBÉRAL. UN CHOIX QUI DEMANDE ORGANISATION ET CONNAISSANCE DES ROUAGES DE CE MODE D'EXERCICE. JOHANA CALLIS. SAGE-FEMME LIBÉRALE PARTAGE AVEC NOUS SON EXPÉRIFNCE.



Johana Callis, sage-femme libérale à Port-de-Bouc

Parole de Sages-Femmes : Pourquoi ce choix du libéral?

Johana Callis: Après 5 ans d'activité salariale au sein d'une clinique, de nouvelles perspectives professionnelles m'ont séduite. En effet le libéral était la partie de mon métier que j'avais le moins exploré. Je voulais accompagner de manière globale les patientes.

Je me suis mise en collaboration avec une sagefemme qui m'a appris tous les rouages de ce côté de la profession. Au début j'effectuais des visites à domicile, des cours de préparation à la naissance et à la parentalité et de la rééducation périnéale.

J'y suis restée l an et demi avant de racheter un cabinet dans une autre région et de voler de mes propres ailes.

PDSF: Aujourd'hui, quelles sont vos activités?

IC: Désormais en place depuis 3 ans dans mon propre cabinet, je me suis formée à la gynécologie de prévention et consultation en contraception, je propose l'IVG médicamenteuse au sein du cabinet. Pour les années à venir, je me suis inscrite au diplôme universitaire d'acupuncture et celui d'échographie.

PDSF: Ce que vous préférez dans ce type d'activité?

1: Le côté libéral de la profession est d'autant plus intéressant qu'il permet d'explorer une multitude de compétences que possède le métier de sage-femme. On ne fait jamais la même chose avec les consultations de gynécologie, le suivi de grossesse, la rééducation du périnée, des cours de préparation...

J'aime le fait être « multitâche » et apporter un panel varié de mes compétences au service des femmes, des nouveau-nés et des familles..

PDSF: Quels sont les inconvénients?

IC: Les inconvénients sont plutôt rares mais importants surtout d'un point de vue gestion, évolution du cabinet (comptabilité, gestion du matériel, etc.). Une fois les rendez-vous de la journée achevés notre activité n'est pas terminée avec les tâches administratives qui sont très chronophages. Les remplacements pour les vacances sont très difficiles à trouver car peu de sages-femmes libérales cherchent ce genre de missions ponctuelles. Puis un dernier inconvénient, c'est qu'il faut savoir gérer relativement seule, savoir orienter les patientes en temps et en heure si pathologie et trouver des référents adéquats pour les prendre en charge.

POUR BIEN DÉMARRER DANS **CETTE ACTIVITÉ, QUELS CONSEILS DONNERIEZ-VOUS?**

- Avoir une expérience au sein d'une structure
- Avoir un réseau de professionnels est indispensable
- Se former régulièrement
- Se tenir informé des dernières recommandations
- Bien établir un plan prévisionnel de son activité à l'aide si possible d'un comptable car les charges sont énormes après les deux premières années d'activité libérale

Rencontre avec

AURÉLIE RACIOPPI,

LAURÉATE DE LA BOURSE DE RECHERCHE DE LA FONDATION MUSTELA



Aurélie Racioppi, sage-femme PMI, à Ivry-sur-Seine et doctorante en sociologie

Parole de Sages-Femmes : Quel est votre parcours professionnel jusqu'à ce jour ?

Aurélie Racioppi: Je suis diplômée à l'Ecole de Saint Antoine, à Paris, depuis 2006. J'ai exercé 5 ans en salle de naissance à l'Hôpital Intercommunal du Raincy Montfermeil, puis 8 ans en salle de naissance et suites de couches à l'Hôpital Necker Enfants Malades. Depuis octobre 2019, j'exerce en PMI, dans le Val-de-Marne, à Ivry-sur-Seine.

LE 28 NOVEMBRE DERNIER S'EST DÉROULÉ AUX SALONS HOCHE, À PARIS, LA REMISE DES BOURSES DE RECHERCHE DE LA FONDATION MUSTELA. AURÉLIE RACIOPPI, EST L'UNE DES DEUX LAURÉATES DE LA CATÉGORIE MAÏEUTIQUE. NOUS L'AVONS RENCONTRÉE.

« Mon mémoire de master portait sur la catégorisation des femmes « migrantes » en maternité et montrait que les processus de catégorisation élaborés par les soignants de maternité à l'égard des femmes identifiées comme telles, ne sont pas neutres et façonnent la relation de soin (Racioppi, 2013). »

PDSF: Vous travaillez actuellement sur une thèse de sociologie. Pourquoi vous êtes-vous orientée vers ce domaine?

#R: En parallèle de ma carrière de sage-femme, j'ai poursuivi un cursus universitaire, d'abord par un Diplôme Universitaire (DU) puis par un Master et un Doctorat en sociologie, qui est



né d'interrogations à la fois professionnelles et intellectuelles. En effet, déjà pendant mes études, j'ai rapidement été interpellée par certaines situations d'incompréhension avec des parturientes qualifiées tour à tour de « migrantes » ou « d'étrangères » et par les discours souvent stéréotypés produits autour de ces situations. J'ai d'ailleurs réfléchi à ce sujet à travers mon mémoire de fin d'études, il portait sur « L'accueil des femmes immigrées dans les maternités publiques franciliennes ».

Mais, mes questionnements persistaient sur ce qui relevait réellement de la « culture » dans ces situations jugées difficiles. En 2010, j'ai alors effectué un Diplôme Universitaire à l'Université Paris Descartes intitulé « Santé, Maladie, Soins et Culture ». Puis pour aller plus loin, j'ai cherché comment poursuivre une formation qui me permette de me saisir d'un cadre théorique dépassant les analyses éloignant sans cesse cet « Autre » en insistant sur ses différences. En effet. il me semblait que les femmes en question n'étaient ni réduites ni assimilables à leur « culture ». C'est ainsi que i'ai poursuivi avec un Master de Recherche. à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), dans la mention « Santé, Populations et Politiques sociales ». La sociologie s'est avérée indispensable pour traiter cette question de la relation de soin en situation d'altérité

PDSF: Sur quoi portait votre travail de master?

AR: Mon mémoire de master portait sur la catégorisation des femmes « migrantes » en maternité et montrait que les processus de catégorisation élaborés par les soignants de maternité à l'égard des femmes identifiées comme telles, ne sont pas neutres et façonnent la relation de soin (Racioppi, 2013). En particulier, cette recherche montrait que la catégorisation des femmes « migrantes » par les soignants contribue à induire les comportements d'inobservance relevés par les soignants. Les femmes enceintes ainsi catégorisées, c'est-à-dire ethnicisées ou racisées, conscientes de leur stigmate, s'autocensurent face à des soignants volontiers plus paternalistes avec elles. Cette double logique d'autocensure et d'autorité aboutit à un potentiel de négociations réduit s'exprimant soit par la docilité soit, a contrario, par la fuite ou l'inobservance.

PDSF: Depuis ce mémoire quels sont vos champs d'investigation?

M: Depuis mon master, je m'intéresse à la relation de soin en maternité en situation d'altérité. Pour mon doctorat, j'ai élargi les catégories à explorer, dans une perspective intersectionnelle. C'est-àdire que j'aborde de manière totalement intriquée, différentes catégorisations à l'œuvre, que ce soit

selon l'ethnicité, le genre, la classe sociale, l'âge, le poids etc. et leur impact en termes d'inégalités de santé. Pour cela, j'ai choisi de me centrer sur la pathologie du diabète de grossesse et en particulier sur la question de l'observance dans le suivi de la maladie.

En effet, non seulement cette pathologie est associée, dans les discours des professionnels, à certains groupes sociaux, perçus comme plus susceptibles d'être touchés mais également comme plus à risque de ne pas bien se faire suivre; non seulement c'est une pathologie complexe qui nécessite un dispositif de prise en charge relativement lourd, que ce soit pour les femmes, leurs proches, ou les soignants.

Ainsi, l'objectif de ma recherche est de comprendre en quoi l'objectif d'observance réactualise des rapports de pouvoir dans la relation de soin et produit des inégalités de santé.

PDST: Vous avez obtenu une bourse pour votre projet de recherche, de quoi s'agit-il?

(III): J'ai d'abord obtenu, en début de thèse, 3 ans de financement par la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP). Puis, en fin de thèse, une bourse de la Fondation Mustela, grâce au Prix de Recherche en Maïeutique. Ces deux bourses ont été déterminantes dans cette seconde orientation professionnelle, je ne me serais jamais lancée dans un doctorat sans la première, et la seconde va me permettre non seulement de terminer ma recherche plus sereinement mais également de diffuser mon travail en participant à des congrès et des publications.

PDST: Quels sont les enjeux? Qu'espérezvous faire avancer à travers ce travail?

M: Mon travail s'inscrit dans un vaste champ de recherche qui porte sur les inégalités de santé. Une série de travaux s'intéresse plus précisément aux inégalités dans le domaine de la périnatalité. Nous trouvons d'un côté des recherches en épidémiologie. L'enquête nationale périnatale de 2010 expose ainsi que les femmes enceintes étrangères bénéficient moins souvent des sept consultations prénatales minimales prévues pour le suivi d'une grossesse classique (Saurel-Cubizolles,

« Ma recherche doctorale poursuit l'objectif de montrer en quoi la relation de soin, centrée sur la question de l'observance, peut produire des soins différenciés, selon les groupes sociaux, dans le suivi du diabète gestationnel. »

2012) et une revue systématique de la littérature sur le sujet atteste également que les femmes immigrées sont plus susceptibles d'avoir un suivi prénatal sous-optimal (Heaman et al., 2013).

D'un autre côté, des recherches en sciences sociales, plus rares, abordent cette question sous l'angle des soins différenciés ou des discriminations dans la distribution des soins, notamment en maternité, dans le suivi de l'hypertension gravidique par exemple (Sauvregrain, 2017). Or, à notre connaissance, aucune étude ne concerne la qualité des soins dans le cadre du diabète gestationnel. De sorte que ma recherche doctorale s'inscrit dans ce courant et poursuit l'objectif de montrer en quoi la relation de soin, centrée sur la question de l'observance, peut produire des soins différenciés, selon les groupes sociaux, dans le suivi du diabète gestationnel.

In fine, l'analyse de ces mécanismes de production d'inégalités doit permettre de proposer des outils institutionnels et de réflexivité pour les professionnels, afin de lutter contre lesdits mécanismes.

Références.

On parle d'ethnicisation lorsque « l'imputation ou la revendication d'appartenance ethnique (...) deviennent (...) des référents déterminants (...) exclusifs de l'action » (Vocabulaire historique et critique des relations interethniques, Cahier 1: 42). On parlera de racisation lorsque l'imputation d'un groupe à un autre porte sur des caractéristiques et des différences perçues comme raciales, permettant de les distinguer et lorsque ces désignations impliquent le classement des individus.

Une autre Enquête Nationale Périnatale a été réalisée en 2016, cependant, à notre connaissance, la base de données n'a pas été exploitée pour examiner les différences entre santé des femmes nées en France et celles nées à l'étranger.

La Fondation Mustela lance **ACCOUCHE**

son premier podcast qui raconte l'intimité de la naissance

Chaque épisode est un échange entre une sagefemme, lauréate de Bourse de Recherche en Maïeutique de la fondation, et un autre expert de la périnatalité. Ensemble, ils partagent leur savoir dans le but d'enrichir les pratiques et accompagner les jeunes et futurs parents.

Un podcast coanimé par nos lauréates

À travers ce podcast, nous avons souhaité mettre en lumière le travail de recherche des sages-femmes lauréates de la Bourse de Maïeutique, Depuis 2012, ce sont 15 proiets de recherche qui ont été soutenus par la fondation.

Rendez-vous le 3 février pour l'ouverture des appels à projets 2020!

Découvrez et partagez les 5 premiers épisodes d'Accouche sur www.fondationmustela.com

ÉPISODE 1 Accouchement physiologique : une demande croissante

Accouche plonge dans l'univers de l'accouchement physiologique, un accouchement « normal » moins médicalisé. Echange entre Chloé Barasinski, sage-femme lauréate en 2013 et Hélène de Gunzbourg, philosophe et sage-femme à la retraite.



sages-femmes veulent que ca se passe

bien à l'accouchement et donc ont une envie de physiologie. »



« La mission d'une sage-femme,

c'est respecter la physiologie au maximum. Quel que soit l'accouchement, il est physiologique. »

ÉPISODE 2 Postures maternelles : rendre les femmes plus actrices de leur accouchement

Accouche s'intéresse à la mécanique obstétricale et aux différentes positions pour accoucher. Echange entre Géraldine Meunier, sage-femme lauréate en 2017 et Jean-Paul Renner, gynécologue obstétricien et médecin accoucheur.



« En 14 ans de pratique, les choses évoluent. On remet la pour l'accouchement. »

« C'est pendant la grossesse qu'il faut faire prendre conscience à la femme des possibilités femme à sa place, en avant, qu'elle a, car ce sont des éléments préparateurs de l'accouchement. »



ÉPISODE 3 Gestion de la douleur pendant l'accouchement : les différentes méthodes

Accouche se penche sur le thème incontournable de la douleur et sur ses alternatives analgésiques, médicamenteuses ou non. Echange entre Jade Merrer, lauréate en 2018 et Estelle Morau, médecin anesthésiste réanimateur.



« Les femmes vont ètre confrontées à la douleur lors de leur accouchement. Mais l'accompagnement, que ce soit par des méthodes médicamenteuses ou non, existe. »



« Le mérite, c'est d'être fière de soi après un accouchement et d'être satisfaite après la naissance de son héhé. »

ÉPISODE 4 Accouchement à domicile : un projet « hors normes »

Accouche aborde la question de l'accouchement à domicile, un acte engageant tant pour les parents que pour les sagesfemmes. Echange entre Céline Puill, lauréate en 2014 et Bernard Maria, gynécologue obstétricien.



« En France, on considère que la

grossesse et l'accouchement sont 'à risque' et tous les soins sont organisés selon cet adage. Le soutien de la Fondation Mustela m'a permis de me donner du temps, pour me rendre compte qu'autre chose existait. »



« S'il y a un désir d'accouchement à

domicile et s'il n'y a pas de contre indications, il faut une convention entre la sage-femme, le couple, et la structure hospitalière. C'est une auestion de respect des patientes et de pragmatisme. »

ÉPISODE 5 Dépression post-partum : oser en parler

Baby blues, dépression, Accouche fait le point sur la vulnérabilité des femmes après la naissance et propose des clés pour mieux la détecter et l'accompagner. Echange entre Marine Pranal, lauréate en 2016 et Diane de Wailly, psychologue clinicienne et ancienne sage-femme.



« Il faut libérer la parole des femmes, ne plus se dire que tout cela est tabou. Cela existe, et il faut en parler!»



« Vivre un épisode de dépression ne signifie pas qu'on n'est pas une bonne mère. »

Contact: fondationmustela@expanscience.com

Testez vos connaissances sur

LE DÉPISTAGE DE LA TRISOMIE 21 PAR L'ADN LIBRE CIRCULANT!

LE TEST DE DÉPISTAGE DE LA TRISOMIE 21 PAR ANALYSE DE L'ADN LIBRE CIRCULANT (COMMUNÉMENT APPELÉ DPNI POUR DÉPISTAGE PRÉNATAL NON INVASIF) S'INSCRIT DANS LES RECOMMANDATIONS FAITES PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ EN MAI 2017. DÉTECTABLE DANS LE SANG MATERNEL DÈS LA 10E SEMAINE D'AMÉNORRHÉE, LA RECHERCHE D'ADN FŒTAL DANS LE SANG MATERNEL EST UNE VÉRITABLE INNOVATION EN TERMES DE DÉPISTAGE. SAVEZ-VOUS TOUT SUR CE TEST ? FAITES LE QUIZ!

La sensibilité et la spécificité du test de dépistage de la trisomie 21 par analyse de l'ADN libre circulant sont supérieures à 90% mais inférieurs à 95% :		6/ Le dépistage n'est pas recommandé en cas de clarté nucale ≥ 3,5 mm : ☐ Vrai ☐ Faux
☐ Vrai	Faux	Réponses 1/ Faux - Il ne nécessite qu'une simple prise de sang maternelle et a des résultats très performants avec une sensibilité et spécificité supérieures à 99% 2/ Faux - Il permettrait de diminuer de 90 à 95% le recours aux
2/ Le test permettrait théoriquement de diminuer à 50% le recours aux prélèvements invasifs :		prélèvements invasifs 3/ Vrai - La patiente doit être informée qu'il s'agit d'un test de dépistage et non d'un test diagnostic. Les limites du test : l'existence de faux positifs : mosaïques placentaires, mosaïques maternelles, jumeau évanescent, l'existence de faux négatifs : mosaïques fœtales, triploïdies,
Vrai	Faux	taux trop faible d'ADN placent lieur lieur circulant, il ne recherche ni les anomalies géniques ni les autres syndromes cytogénétiques de type microduplication et/ou microdélétion. 4/ Vrai - Suite à son inscription sur la liste des actes et prestations
3/ Le test a des limites liées principalement aux mosaïques placentaires qui peuvent induire des faux positifs comme des faux négatifs :		prises en charge par l'Assurance maladie (décision publiée au Journal officiel du jeudi 27 décembre 2018), les tests de détection de l'ADN libre circulant dans le sang maternel (ADNIcT21) sont remboursés depuis le 18 janvier 2019. Ces tests ont préalablement été inclus dans le dépistage et le diagnostic prénatal de la trisomie 21 par l'arrêté du 14 décembre
Vrai	Faux	2018 (Journal officiel du 20 décembre). Celui-ci donne la possibilité de proposer à la femme enceinte le dépistage par l'ADN libre circulant quand elle présente un niveau de risque compris entre 1/1000 et 1/51. 5/ Faux- La HAS a émis ses recommandations pour la nouvelle stratégie
4/ Le dépistage est pris en charge si la patiente présente un risque dans le prélèvement des marqueurs sériques du ler trimestre entre 1/51 et 1/1000 :		de dépistage de la trisomie 21 depuis mai 2017. Elles se limitent aux grossesses monofoetales : En première intention : le dépistage des marqueurs sériques combinés du ler trimestre. En deuxième intention : dépistage par analyse de l'ADN libre circulant ou prélèvement invasif : Si le risque est compris entre 1/1000 et 1/250 : proposer le DPNI, pas de geste invasif. Si le risque est compris entre 1/50 et 1/250 : proposer le DPNI en lère intention, la patiente peut choisir un prélèvement invasif
Vrai	Faux	pour caryotype fœtal. Si le risque est ≥ 1/50, proposer en lère intention un prélèvement invasif pour caryotype fœtal, la patiente peut choisir le DPNI 6/ Vrai - ce test de dépistage est contre indiqué en cas de nuque épaisse (>3,5mm) et de signes d'appels échographiques et n'est pas recommandé
5 / Si les résultats sériques du ler trim		pour le dépistage des anomalies de chromosomes sexuels ni pour les syndromes micro-délétionnels.
en 1re intention, il est recommandé de proposé Le test de dépistage de la trisomie 21 par analyse de l'ADN libre circulant :		À voir sur paroledesagesfemmes.com Test de dépistage des trisomies
Vrai	Faux	13.18 et 21 : mieux le comprendre

pour mieux le prescrire



LE POST-PARTUM APPELÉ AUSSI QUATRIÈME TRIMESTRE DE LA GROSSESSE CONNAIT DES MODIFICATIONS CORPORELLES, PSYCHIQUES ET DES PHÉNOMÈNES ADAPTATIFS QU'IL EST IMPORTANT D'ACCOMPAGNER POUR FAVORISER LA TRANSITION VERS CE DEVENIR MÈRE MAIS AUSSI POUR FAVORISER LA RELATION D'ATTACHEMENT DE LA DYADE MÈRE-ENFANT. AINSI CONNAÎTRE LES CHANGEMENTS QUI S'OPÈRENT PERMET DE MIEUX CERNER LES ENJEUX.



Par **Ingrid Bayot,** sage-femme, titulaire du DIU en lactation humaine et allaitement maternel, formatrice en périnatalité, Québec. Tom Bradby (journaliste) : — Comment allez-vous ? Meghan Markle (Duchesse de Sussex) : — Merci d'avoir posé la question. Peu de gens m'ont demandé si j'allais bien.

es mots ne sont pas innocents : « postpartum », « suites de couches »... Ceux qui désignent la période qui suit une naissance, la situe comme un « après », l'évènement important étant l'accouchement, l'arrivée du bébé. L'évènement focalise énormément d'attention et d'investissement, à la fois individuel et collectif. Les futurs parents dépensent beaucoup de temps et d'énergie pour placer des repères et des réassurances : les séances d'informations prénatales sur l'accouchement rencontrent toujours du succès ; celles sur l'accueil et la nutrition du bébé, un peu moins. Le nombre de professions et de personnes qui gravitent autour de la naissance est impressionnant, que de sollicitude, et parfois, que d'envahissement! Mais voyons qui s'implique en post-partum, à court, moyen et long terme... C'est rapidement la solitude pour les nouveaux parents, et en particulier pour la nouvelle mère. Or, il s'en passe des choses dans ce temps particulier de sa vie de femme. Dans son corps, dans sa tête et son cœur. Il y a :

- → La post-gestation du bébé, qui, vu son état d'immaturité peut être considéré comme un « fœtus extra-utérin » ; en effet, les co-dépendances mère enfant persistent via les jeux hormonaux, l'adaptation du sommeil maternel, la sensibilité émotionnelle et la lactation (faire du lait) et l'allaitement (nourrir un bébé).
- → La dégestation, ce néologisme désignant l'involution des structures mises en place durant la grossesse et la progression vers un équilibre physiologique inédit qui n'est ni retour, ni rétablissement. La nouvelle mère est considérée comme « non-enceinte », alors qu'elle l'est encore, mais d'une autre façon. Ce double chantier maternel est encore peu connu et reconnu, tant des femmes elles-

mêmes, que des familles, que de la société et

la culture. Ne dit-on pas que la jeune mère est en « congé » de maternité ? Cet état de fait ne permet pas une juste reconnaissance des besoins de la nouvelle mère. Souvent beaucoup trop seule, une fois rentrée à la maison, elle se sent vaciller sur ses bases, et traverse une période d'adaptations multiples, en croyant parfois qu'il n'y a qu'elle qui vacille ou se sent pas tout à fait compétente...

LA POST-GESTATION

La pensée évolutionniste fonctionne souvent en termes de « survie » du « plus fort » : ce sont les bébés les plus solides qui ont survécu. Ce n'est pas faux, mais réducteur. D'autres penseurs évolutionnistes ont enrichi la réflexion avec l'hypothèse néonatale : nos espèces ont réussi aussi car « les mères et les bébés ont réussi » : pendant des millions d'années, des femmes (sans frigo et sans téléphone) ont été capables de s'accoucher, materner, allaiter, porter, éduquer des enfants, et aussi, de s'allier avec d'autres.

L'immaturité des bébés et la charge maternelle humaine, trop lourde, rendaient obligatoires les alliances féminines et l'élaboration d'une communauté agissante autour et avec les mères et leurs petits-enfants. Ceux-ci étaient soignés et pris en charge par plusieurs personnes (Blaffer-Rdhy 2002, 2016). Ces co-parentalités, ces collaborations éducatives semblent même avoir été une spécificité de notre espèce, ainsi qu'un facteur important de développement des facultés de communication, de langage, d'empathie et de sociabilité. Dans le milieu rude et imprévisible du monde prénéolithique, la survie et le développement, c'est ensemble... ou pas.

L'évolution a donc doté les bébés d'attributs efficaces pour s'attirer l'attention attendrie des adultes et déclencher leurs comportements

protecteurs, en particulier chez leur mère. Les compétences du nouveau-né, « redécouvertes » récemment - attention, attractivité, adaptabilité, comportement d'attachement, dont les pleurs - sont bien caractéristiques du « bébé sapiens ». bébé primate humain, espèce portée et nomade. Les incitatifs maternels aboutissant aux comportements favorables à la perpétuation de l'espèce suivent la logique de la sélection naturelle : obligation de résultats et solide système de gratifications à travers un ballet hormonal bien réglé. Des contraintes et des satisfactions aussi fortes, sur une si longue durée, ont façonné notre biologie et notre physiologie, jusqu'à l'anatomie de nos cerveaux (Holland 2014, Sunderland 2007).

Les comportements maternels individuels observés actuellement offrent une telle diversité que la sédentarité, puis les technologies aient permis de s'éloigner du modèle ancestral de maternage sans hypothéquer (depuis peu et uniquement dans les pays développés) la survie du bébé. Des historiens de ces derniers siècles ont montré que les mères sont parfois si négligentes que l'expression instinct maternel est désormais prohibée... Ceci ne change rien au fait que sans des capacités de maternage suffisantes, entourées de réseaux péri-maternels suffisants, les espèces Homo ne seraient même pas advenues. Au cours des jours et des semaines qui suivent la naissance, toute la physiologie de la nouvelle mère est orientée vers son bébé. Dans cette bulle sensorielle, neuroendocrine et affective, tout est lié: ocytocine et endorphine au contact du bébé et lors des tétées, avec diminution du stress et activation du système récompense (Odent 2001, Martin-Du Pan 2012)

L'ALLAITEMENT A PLUSIEURS EFFETS SUR LE SOMMEIL MATERNEL.

- Le délai d'endormissement est identique, mais les mères allaitantes parviennent plus rapidement au sommeil profond (Blyton et all. 2002).
- Le temps de sommeil léger est raccourci et

«Quand maman accouche, elle n'est plus « enceinte du bébé », mais tout son corps est encore « en gestation » et la progression vers un nouvel équilibre va prendre de six semaines à trois mois.»

il y a jusqu'à 3 fois plus de sommeil profond, donc une meilleure récupération.

- Durant le sommeil profond, il se produit des allers-retours rapides vers le presque éveil, dont les mères ne se souviennent pas, au cours desquels elles touchent et vérifient où se trouve leur bébé. Ceci leur permet d'émerger plus facilement du sommeil profond quand leur bébé appelle; beaucoup d'entre elles disent se réveiller juste avant leur bébé (Mc Kenna et al. 2015).
- Après la tétée, le ré-endormissement est facilité par les hormones délivrées lors de la tétée: ocytocine, prolactine et endorphines (Beaudry 2006, Moberg 2006, Odent 2001).

LA DÉGESTATION

L'autre grand chantier, la dégestation. Elle consiste en la déconstruction des structures mises en place pour porter un bébé jusqu'à terme, et au réajustement des fonctions physiologiques à un état non gravide.

En effet, pendant toute la grossesse, le corps maternel s'est transformé afin d'être capable de porter, nourrir, oxygéner, éliminer les déchets métaboliques et protéger un organisme en croissance ultrarapide : de deux cellules au départ, va naître un bébé formé. C'est inouï quand on y pense ! Toutes les fonctions du corps maternel se sont adaptées : la circulation sanguine, la respiration, le fonctionnement digestif et métabolique, la statique et l'équilibre, etc.

Quand maman accouche, elle n'est plus « enceinte du bébé », mais tout son corps est encore « en gestation » et la progression vers un nouvel équilibre va prendre de six semaines

à trois mois. L'allaitement est d'ailleurs un facilitateur de ces processus, notamment au niveau du sommeil maternel : la prolactine, une des hormones de l'allaitement, augmente le sommeil profond, donc la récupération et la régénération cellulaire.

SORTIR DU DÉNI COLLECTIF

Dans notre culture, ce temps du corps féminin est zappé, individuellement et collectivement. On parle de « retour au corps de jeune fille », on y ajoute l'injonction de rapidité : il faudrait sortir au plus vite de ce corps qui ne correspond à aucun critères des standards de la séduction ou de la publicité!

Ce temps du corps féminin n'a même pas de nom ; c'est pourquoi je propose le néologisme de dégestation et, dans mon livre, je le décris en détail, système par système. Il faut en parler, le désigner, pour permettre sa conceptualisation et sa reconnaissance. Ce corps féminin qui a tant donné, ce corps qui continue de nourrir complètement un bébé, continue de fournir un travail gigantesque pour progresser vers un nouvel équilibre physiologique. Comment l'accueillir avec tendresse, bienveillance, respect et gratitude ?

Autour de la naissance, les professionnels, les familles, les amis se réunissent, se réjouissent. Or, dans les semaines et les mois qui suivent, autour de la longue naissance d'une mère, d'un père, d'une famille, les besoins de soutien concret de sollicitude sont tellement importants. Alors, professionnels de la santé, sages-femmes, infirmières, T.I.S.F., grands-mères, grands-pères, amies, amis, sœurs, frères, collègues et journalistes, ...posez-lui, posez-leur la question : comment allez-vous ? Toi, comment vas-tu ? Et tant qu'à faire... enchaînez avec : De quoi as-tu besoin ? Que puis-je t'apporter, faire pour toi ? Qu'est ce qui te ferait du bien, là, maintenant ?



Scanez pour en savoir plus sur le Quatrième trimestre de la grossesse d'Ingrid Bayot aux Éditions Érès : paroledesagesfemmes.com/ infos-pratiques/bibliotheque/ le-quatrieme-trimestre-de-la-grossesse



UNE DOUBLE EXIGENCE POUR UNE DOUBLE QUALITÉ

Respect rigoureux des exigences réglementaires



infantile + biologique





13 VITAMINES 13 MINÉRAUX

ÉQUILIBRÉ EN **ACIDES GRAS ESSENTIELS**

JUSTE DOSE DE **PROTÉINES**

SANS HUILE DE PALME. NI DE COPRAH

1^{ER} LAIT INFANTILE FRANÇAIS BIO

il y a plus de 20 ans



DOCUMENT STRICTEMENT RÉSERVÉ AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

LE POST-PARTUM. CETTE PÉRIODE QUI PEUT FRAGILISER LA SEXUALITÉ DU COUPLE

LES BOULEVERSEMENTS PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DU POST-PARTUM PEUVENT METTRE À RUDE ÉPREUVE LA SEXUALITÉ DES COUPLES DEVENUS PARENTS. POUR LES AIDER À RETROUVER UNE SEXUALITÉ ÉPANOUIE. FAISONS LE POINT AVEC DELPHINE CHENE.



Par **Delphine Chene**, sage-femme sexologue, au Mans

LES DIFFICULTÉS SEXUELLES **DU POST-PARTUM**

Au cours de leur vie. les femmes connaissent d'importantes périodes de bouleversements psychiques et somatiques. Le post-partum fait partie de ces périodes et nombreux sont les facteurs qui peuvent venir fragiliser la sexualité du couple alors devenu parents. Pour près d'un tiers des femmes, le post-partum représente un « passage à vide sexuel » (Waynberg J., 1994). Plusieurs causes peuvent en être à l'origine: les répercussions corporelles gynécoobstétricales, les répercussions esthétiques liées à la maternité et à l'allaitement ainsi que toute la fragilité émotionnelle liée à la déstabilisation psychologique. Dès les suites de l'accouchement la femme est exposée à diverses difficultés: asthénie, lochies, douleurs périnéales, coccygiennes, dorsales, abdominales, hémorroïdaires anales mammaires. Tous ces éléments, toutes ces douleurs vont venir perturber le schéma corporel de la femme dans sa sphère la plus intime.

Les lésions périnéales, fréquentes, peuvent avoir des atteintes plus ou moins profondes allant, pour les plus graves, englober jusqu'à la sphère anale et rectale dans les périnées complets.

Cependant malgré la gravité, toutes ces blessures ne seront pas obligatoirement à l'origine de dysfonctions sexuelles. Des lésions plus minimes ou invisibles ont parfois de fortes répercussions sur la sexualité, tout comme le relâchement périnéal ou la neuropathie d'étirement faisant perdre toute sensation vaginale. Le plaisir sexuel peut être profondément impacté par ce périnée abîmé ou ressenti mutilé, sa mauvaise cicatrisation ou par une suture qui lâche.



D'autres éléments physiologiques liés aux variations hormonales comme la chute d'œstrogène entrainant une sécheresse vaginale et l'hyperprolactinémie dans la mise en place de l'allaitement maternel peuvent créer un désir sexuel hypoactif et là encore, des troubles du plaisir féminin.

Toutes ces conséquences gynéco-obstétricales génèrent bien souvent une angoisse du rapport sexuel, une distorsion perceptive et cognitive de la sphère génitale et l'apparition de dyspareunies.

Le préjudice esthétique de la maternité et ses suites n'est pas à sous-estimer: excès de poids, vergetures, relâchement de la sangle abdominale, varices, seins ptosés, acné, couperose, alopécie, corps « coupé » lors de césarienne, sont autant de facteurs impactant directement l'image de soi et fragilisant la femme dans sa féminité.

Et puis les suites de l'accouchement font parfois émerger chez certaines femmes des troubles anxieux voir un état dépressif: le risque de développer des dyspareunies est alors 4 fois plus élevé (Khander et all, 2011). Les accouchements traumatiques psychologiquement prédisposent à une reprise de la sexualité compliquée: comment se retrouver après avoir subi des violences obstétricales, après avoir accouché d'un enfant mort in-utéro, anormal ou transféré d'urgence en réanimation?

Au final, il n'y a rarement qu'un seul trouble qui émerge mais plusieurs qui sont en lien les uns avec les autres: appréhension (trouble du désir), douleurs (trouble de l'excitation, du plaisir), évitement (trouble du désir).

Il est cependant important de souligner que certains troubles peuvent également apparaître du côté paternel. La gestion de la douleur de sa femme pendant le travail, le mode «Au final, il n'y a rarement qu'un seul trouble qui émerge mais plusieurs qui sont en lien les uns avec les autres : appréhension (trouble du désir), douleurs (trouble de l'excitation, du plaisir), évitement (trouble du désir). »

d'accouchement, les gestes gynécologiques et obstétricaux inattendus et totalement inconnus, la vision du sang, de l'étirement périnéal, etc... sont autant de réalités parfois dures à occulter. On peut voir chez certains hommes l'émergence de fausses croyances, une peur de faire mal, une angoisse de performance ainsi qu'une perte de repères dans les codes d'attraction sexuelle face aux changements corporels de sa partenaire devenu mère (vagin trop « serré » ou au contraire trop « large ») entraînant alors des dysfonctions érectiles, des troubles de l'éjaculation ou des troubles du désir

LE MOMENT DE CONSULTER

Il est primordial de consulter rapidement lorsque des douleurs persistent afin d'éviter qu'elles ne deviennent chroniques ou lorsqu'un sentiment de mal-être s'installe. Plus la prise en charge sera précoce et plus les répercussions sexuelles seront moindres. Il suffit parfois d'un temps d'information, d'échange ou d'une prise en charge spécifique précoce pour que les choses rentrent dans l'ordre rapidement. Pour ce qui est de la reprise des rapports sexuels, elle ne peut se faire dans un temps bien défini. Chaque couple retrouvera son équilibre dans un temps qui lui est propre. La femme peut en effet mettre du temps à se réapproprier son image corporelle, à retrouver une certaine assertivité sexuelle ainsi que ses capacités de séduction envers son homme sans pour autant que cela ne devienne pathologique. Il ne sera nécessaire de consulter que si un malaise commence à se faire sentir dans le couple ou si la situation devenait insupportable pour l'un des deux partenaires.

EVITER QUE LA SITUATION NE S'AGGRAVE

La prise en charge précoce permet d'éviter le risque d'une détérioration de la sexualité. Dès les suites de couches, les sages-femmes doivent délivrer des informations claires et permettre à la patiente de (re)découvrir cette zone génitale après l'accouchement, dans une position neutre, à l'aide du toucher et/ou d'un miroir, en respectant le rythme et le souhait de la patiente, tout cela dans un climat bienveillant. L'utilisation d'antalgiques efficaces aidera à diminuer considérablement l'appréhension. La mise en place d'une contraception pourra également être discutée selon les souhaits du couple, afin d'écarter toute peur d'une nouvelle grossesse ou d'un nouvel accouchement, pouvant impacter le désir sexuel du couple. En relais, la sage-femme libérale reprendra le travail initié par ses collègues. Grâce à une bonne évaluation et à une écoute attentive, elle pourra repérer le(s) problème(s) et apporter des solutions adaptées afin d'éviter que la situation ne s'aggrave.

Durant cette période incertaine, la rééducation périnéale tient un rôle prépondérant. Il s'agit là d'un véritable temps d'échange autour des craintes, des douleurs persistantes, de la sexualité, c'est un moment d'éducation et de prévention périnéale. Puis par le biais d'exercice du plancher pelvien, la rééducation va limiter les adhérences, permettre une meilleure compétence périnéale et augmenter la vascularisation de cette zone génitale pour en améliorer la lubrification. Elle va également stimuler la proprioception du périnée amenant la femme à une réappropriation corporelle. Tout ce travail va favoriser considérablement la qualité de reprise des rapports sexuels.



QUAND LES MÈRES ONT LE BLUES

RENCONTRE AVEC L'ASSOCIATION



Nadège Beauvois-Temple, elle-même confrontée à des difficultés maternelles pour la naissance de son 3^{E} enfant a fondé le site « Maman Blues » en 2006. Le site a connu un tel engouement qu'il a fait naître l'association « Maman Blues ». Elle est 100% bénévole et constituée en immense majorité par des femmes passées par ces tourments de la maternité et ayant fait résilience. Cette association d'aide par les pairs comprend environ 44 référentes en France.



Avec **Fabienne Lacoude**, référente Maman Blues des Bouches-du-Rhône Parole de Sages-Femmes : Comment l'association aide t-elle les femmes?

Fabienne Lacoude: Tout d'abord, l'aide passe par la circulation de la parole au sens large, en offrant des témoignages, des partages d'expérience. On tient vraiment à garder le forum car il est sécurisé, bienveillant, les femmes viennent lire et se reconnaissent dans le témoignage des autres. Il permet aussi d'écrire de poser des mots, de sortir ce qu'il y a l'intérieur de soi, il y a de l'entraide, de l'encouragement. Nous proposons également des groupes de parole organisés tous les mois à Lyon, Paris et Castres. Enfin. nous donnons des contacts aux mères ou aux proches qui en

«On souhaite contribuer à la démocratisation de ce sujet, à donner des chiffres parce que la dépression post-partum concerne environ 15% des femmes. »

font la demande. Depuis 13 ans on alimente un répertoire de professionnels sensibilisés, formés à la difficulté maternelle, il comprend des associations de TISF, des lieux d'accueil enfants-parents, des sages-femmes, des psychomotriciens, les unités mère-bébé...

> Maman Blues est une 1^{re} étape d'aide axée sur la parole, mais nous ne sommes pas des professionnels alors nous passons le relais si ce ler niveau ne suffit pas.

PDSF: Avez-vous des actions pour faire reconnaître les difficultés maternelles auprès du grand public, des professionnels, des politiques?

Fl: Il s'agit là de la 2e partie de notre travail. C'est un peu la partie plaidoyer politique. On prend la parole sous forme de témoignages aussi largement et aussi souvent que possible. On intervient régulièrement sur le plateau TV Les Maternelles, dans la presse... On souhaite contribuer à la démocratisation de ce sujet, à donner des chiffres parce que la dépression postpartum concerne environ 15% des femmes. Un chiffre plus important que la séroconversion de la toxoplasmose pendant la grossesse où la prévention existe. Pourtant la dépression du post-partum est la principale complication après



Ne restez pas seule avec ces sentiments! Parlez-en

le plus tôt possible

Pendant la grossesse, à la maternité et à tout moment dans les mois qui suivent la naissance de votre enfant...

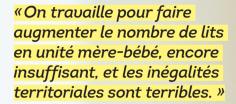
Association Maman Blues



Information - soutien - partage

Site web: www.maman-blues.fr

E-mail: info@maman-blues.fr



l'accouchement. Le suicide est devenu l'une des principales causes de mortalité du post-partum, avec les hémorragies de la délivrance (Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. Br J Psychiatry. 2003;183(4):279–281).

On travaille auprès des professionnels pour faire de l'information, voire de la formation on leur envoie des plaquettes pour leur permettre d'avoir l'information de base, mais on est aussi de plus en plus invités dans les colloques, congrès. On interviendra à la journée Santé Femmes, à Paris, organisée par le CNGOF (29,30,31 janvier 2020). Nous sommes membres du CIANE, de l'alliance francophone pour la santé mentale périnatale qui vise à faire reconnaître les troubles psychiques de la maternité comme un vrai problème de santé publique.





«L'idée c'est de sortir du "c'est normal". Quand les femmes évoquent des difficultés dans le post-partum immédiat on entend souvent "c'est normal", et là, c'est une porte qui se ferme... »

On travaille pour faire augmenter le nombre de lits en unité mère-bébé, encore insuffisant, et les inégalités territoriales sont terribles. Aujourd'hui, le climat est favorable, avec la période des 1000 jours mis en avant par le gouvernement. Cette période est par contre très centrée sur les bébés, nous allons nous battre pour inclure les parents, faire reconnaître les difficultés maternelles comme un enjeu important. C'est facile de leur dire qu'elles créent des dommages irréparables sur leur enfant quand les moyens manquent pour les prendre correctement en charge... On soutient aussi les initiatives, qu'elles soient

journalistiques, filmographiques autour de ces questions. Le dernier film en date est « j'ai mal à ma maternité », un documentaire offrant des témoignages et réalisé par la réalisatrice belge Marie Betbèz. Il nous permet d'organiser des projections débats pour des échanges, et de mettre le sujet sur le devant de la scène, de libérer la parole et de lever petit à petit le tabou.

PDSF: Un mot pour les sages-femmes?

**PI: Je dirai « écouter ». L'idée c'est de sortir du « c'est normal ». Quand les femmes évoquent des difficultés dans le post-partum immédiat on entend souvent « c'est normal », et là, c'est une porte qui se ferme... Si la femme parle de certaines difficultés, c'est que cela l'inquiète et on ne sait pas ce qui se cache derrière cette inquiétude.

Il arrive que la passion de l'action, l'envie de faire des choses pour aider fasse oublier la dimension de l'être. Pourtant écouter avec une oreille bienveillante peut suffire. La maternité est une multitude de remaniements physiques et psychiques, elle ne doit pas être banalisée.

PAROLEDE SAGES-FEMMES

LE SITE QUI VOUS DONNE LA PAROLE



WWW.PAROLEDESAGESFEMMES.COM

EN ACCÈS GRATUIT EN UN **CLIC!**





PAROLEDE SAGES-FEMMES LE LAB



PAROLEDE SAGES-FEMMES LE MOOC



EXISTE-T-IL UN MOYEN IDÉAL

POUR VAINCRE LA BARRIÈRE LINGUISTIQUE À L'HÔPITAL ?

Vous êtes en vacances à l'étranger, vous vous rendez aux urgences. Mais vous ne parlez pas la langue, comment vous sentiriez-vous ? Probablement anxieu-x-se, stressé-e, non ? Voilà, ce que ressentent de nombreuses femmes enceintes non francophones hospitalisées dans nos hôpitaux français. Caroline Dupuy a réalisé une revue de la littérature scientifique afin de connaître les outils existants pour vaincre la barrière linguistique à l'hôpital. Elle nous en dit plus sur son travail, primé au Grand Prix Evian 2019.



Caroline Dupuy, étudiante en 5ème année à l'école de Lyon

Parole de Sages-Femmes : Vaincre la barrière linguistique à l'hôpital : Quels sont les intérêts d'investiquer sur un tel sujet ?

Caroline Dupuy: Je suis partie du constat que la France est un pays accueillant un grand nombre d'étrangers. En 2014, selon l'Insee, le nombre d'immigrés en France s'élevait à 5,9 millions. soit 8,9% de la population totale. À ce nombre s'ajoutent les personnes sans-papiers non répertoriées et les 84,5 millions de touristes visitant le pays chaque année. Même si une partie de ces individus maîtrise notre langue, ce n'est pas le cas de tous et un grand nombre de personnes non francophones sont amenés à fréquenter les hôpitaux français y compris les maternités. Par exemple, en 2013, 63 000 naissances, soit 78 % des accouchements en France, concernaient des enfants dont les deux parents étaient étrangers. Parallèlement, j'avais connaissance des nombreux textes officiels Français mais aussi Européens qui recommandaient l'utilisation d'une méthode d'interprétation dans le milieu médical (la Consultation Européenne sur les Droits des Patients et le Conseil de l'Europe, la Haute Autorité de Santé, le Ministère de la santé et des solidarités et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé). Malgré ces nombreuses recommandations, lors de mes stages aux urgences obstétricales des hôpitaux de la région Auvergne-Rhône-Alpes, j'ai constaté que le recours à des interprètes ou outils de traduction était rare. Enfin, à ma connaissance, aucun article scientifique ne traitait de ce sujet précis dans le contexte français et aucun outil d'interprétation à destination des urgences obstétricales n'existait encore

PDST: Face à cet enjeu, vous avez réalisé une revue de la littérature scientifique, quels ont été vos résultats?

CD: J'ai du coup cherché à identifier, par une revue systématique de la littérature scientifique, les outils existant au niveau international "Aux urgences, plusieurs facteurs peuvent influencer la communication entre le thérapeute et le patient, tels que l'état de détresse du patient, son anxiété, le fait que le patient soit vu successivement et rapidement par un grand nombre de personnes, le bruit, ou encore le manque d'intimité."

pour vaincre la barrière linguistique aux urgences non seulement obstétricales. mais aussi générales et pédiatriques. L'interrogation des bases de données a permis d'identifier 138 références. Au total, 13 articles ont été inclus dans notre revue systématique de la littérature scientifique dont 9 essais contrôlés randomisés, 3 études de cohorte, et une étude quasi-expérimentale avant-après. Différents moyens et outils d'interprétation utilisables aux urgences générales pédiatriques ont été mis en évidence et comparés dans ces 13 études interventionnelles comparatives : l'interprétation classique (interprètes ad hoc, interprètes professionnels en personne ou par téléphone), l'interprétation médicale simultanée à distance (RSMI), l'interprétation professionnelle à distance par réseau vidéo, le recours à des vidéos éducatives, l'ajout de dessins aux consignes de soin. l'utilisation d'un livret contenant des représentations graphiques de situations médicales accompagnées d'un texte traduit dans 7 langues (MECbook®), et le fait de faire prendre des cours de termes médicaux en langues étrangères aux professionnels de santé. Selon les études analysées, il n'en ressort pas de résultats unanimes et d'outils de traduction. idéals.



PDST: Au final, vous n'avez pas trouvé dans la littérature des outils spécifiques aux urgences obstétricales et de façon plus générale les études n'ont pas mis en évidence des outils idéals. Qu'est-ceque ce constat vous a inspiré?

CD: En effet, aux urgences générales et pédiatriques, on se heurte à de nombreux obstacles. Aux urgences, plusieurs facteurs peuvent influencer la communication entre le thérapeute et le patient, tels que l'état de détresse du patient, son anxiété, le fait que le patient soit vu successivement et rapidement par un grand nombre de personnes. le bruit, ou encore le manque d'intimité. Mais l'obstacle le plus important est la notion d'urgence et donc la rapidité des prises de décision et des actions qui en découlent. C'est pour cela, qu'aux urgences, le personnel soignant n'a souvent pas le temps de faire appel à un interprète et que seulement 19,7% des patients avant besoin d'un moven de traduction s'en voient réellement attribuer un. De ce constat, j'ai cherché à créer une application mobile, sans texte, ni délai de connexion, pour répondre à cette problématique.

"En tenant compte des points forts et faibles de tous les moyens de traduction et comparés dans mon travail, j'ai imaginé un outil permettant de classer le niveau d'urgence pour faciliter la prise en charge des patientes non francophones, lors de consultations d'urgences obstétricales."

PDST: Pouvez-vous en dire plus sur l'application?

CD: En tenant compte des points forts et faibles de tous les moyens de traduction et comparés dans mon travail, j'ai imaginé un outil permettant de classer le niveau d'urgence pour faciliter la prise en charge des patientes non francophones, lors de consultations

d'urgences obstétricales. Comme le recours à des interprètes professionnels et le fait de proposer aux soignants des cours de langue n'étaient pas forcément adaptés au contexte d'urgence, j'ai choisi un format d'outil regroupant les bénéfices, lors de situations d'urgence, du MECbook[®], des vidéos éducatives et de l'ajout de dessins aux consignes de soins. J'ai alors remarqué que ces trois outils avaient en commun le recours à des images pour permettre aux urgences, une communication entre les patients et les soignants n'ayant pas la même langue maternelle. J'ai alors cherché des images le plus susceptibles d'être comprises de tous, pour construire un outil visuel servant à surmonter les obstacles de la communication verbale. À ce propos, plusieurs études ont mis en avant que les symboles, pictogrammes et icônes étaient les seuls types d'illustrations intégrables et compréhensibles par tous, quel que soit le bagage culturel, et donc le seul moyen de permettre un dialoque interculturel. J'ai donc décidé que mon outil intégrerait des symboles, pictogrammes et icônes. L'application est utilisable sans connexion internet. En effet, ce format nous a paru pratique car il est accessible par tous et partout, à partir du moment où l'on dispose d'un téléphone portable ou d'une tablette. J'ai nommé l'outil « CUOB » pour Classement des Urgences Obstétricales.

PDSF: Comment l'avez-vous développée? Quels sont vos projets à venir?

CD: Pour développer cette application, je me suis procurée le tableau de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Lyon permettant, depuis des années, aux soignants accueillant des patientes aux urgences obstétricales, de classer le niveau d'urgence de chaque situation. J'ai créé un algorithme permettant de rechercher, auprès de la patiente non francophone, chaque symptôme classé dans ce tableau puis d'afficher au soignant, une fois l'interrogatoire fini, le plus haut niveau d'urgence retenu, indiquant ainsi la conduite à tenir adaptée et résumant les symptômes de la patiente. Pour que CUOB soit en corrélation avec les résultats de mon étude et avec le format que

"Sur le long terme, l'idéal serait de pouvoir proposer mon application à des maternités en France mais pourquoi pas aussi ailleurs pour permettre de venir en aide au plus grand nombre de patientes possible."

j'avais choisi, il ne me restait plus qu'à inventer des icônes, pictogrammes, et symboles correspondant à chaque question posée à la patiente lors de l'interrogatoire. Certaines situations ne pouvant pas être représentées par des images figées sont retranscrites par des images animées, ou GIF.

Pour obtenir une première version de l'application sans avancer d'argent, j'ai fait transposer mon algorithme à un étudiant passionné d'informatique désirant s'exercer au codage. Cette première version est téléchargeable uniquement sur des appareils utilisant le système d'exploitation mobile de Google, Android. Elle a été aussi développée et optimisée pour être lue sur une tablette, permettant ainsi aux patientes et aux soignants de bénéficier d'un plus grand confort visuel. Il reste maintenant à la tester sur le terrain. Il s'agira de mesurer, à posteriori, sa sensibilité et sa spécificité sur des patientes non francophones consultant aux urgences obstétricales, afin de vérifier si elle permet véritablement une meilleure prise en charge de ces dernières. Le cas échéant, il sera utile de réfléchir à des améliorations pour tenter de la rendre plus performante. Mais avant, j'aimerais trouver un sponsor pour déposer un brevet et ne pas me faire « voler » mon idée. Ce sponsor, s'il le souhaite pourrait aussi me permettre d'embaucher un professionnel pour optimiser l'application et un autre pour peaufiner mes images. Sur le long terme, l'idéal serait de pouvoir proposer mon application à des maternités en France mais pourquoi pas aussi ailleurs pour permettre de venir en aide au plus grand nombre de patientes possible.

CONNAISSEZ-VOUS LA PÉDIATRIE SINO-JAPONAISE ?

LE MASSAGE SINO-JAPONAIS POUR ENFANT EST UNE TECHNIQUE ÉLABORÉE PAR MARIA RANDO GONZALEZ, FORMATRICE ET PRATICIENNE EN MÉDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE. ELLE A REGROUPÉ LE XIAO ER TUINA ET LE SHONISHIN AFIN D'APPORTER À L'ENFANT UN TRAITEMENT EN CABINET EFFICACE. CES 2 TECHNIQUES AINSI REGROUPÉES VONT OPTIMISER LES RÉSULTATS DES TRAITEMENTS LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS. LA MISE EN ASSOCIATION DE CES DEUX TECHNIQUES EST BASÉE SUR SON EXPÉRIENCE CLINIQUE DE PLUS DE 28 ANS.



Par **Delphine Grosso**, sage-femme ostéopathe, praticienne en médecine chinoise traditionnelle. à Vence

QU'EST-CE QUE LE TUINA?

Le tuina est une pratique appartenant à la médecine traditionnelle chinoise; il s'agit de techniques manuelles appliquées rigoureusement sur certains points énergétiques du corps. Ces techniques de massage sont pratiquées en Chine depuis plusieurs centaines d'années et sont encore actuellement utilisées dans les hôpitaux chinois. Le Xiao er Tuina est une discipline propre à l'enfant. Il se différencie du Tuina pratiqué chez l'adulte par le fait que le système de circulation énergétique chez l'enfant à travers les méridiens est immature, en élaboration, évoluant progressivement vers le modèle adulte. Les points énergétiques utilisés stratégiquement chez l'adulte ne seront donc pas les mêmes chez l'enfant.

Le xiao er tuina est d'autant plus approprié pour les jeunes enfants notamment ceux de moins de cinq ans, le système énergétique évoluant surtout à partir de cinq à sept ans, allant progressivement vers l'âge de douze ans sur le modèle énergétique adulte.

QU'EST-CE QUE LE SHONISHIN?

Le shonishin est une méthode d'acupuncture japonaise, sans puncture (pénétration de la peau), sans agressivité, avec manipulation par effleurement ou de très légers tapotements rythmiques ou grattages. Le terme « shonishin » est une traduction japonaise de l'expression chinoise « erzhen ». Il signifie littéralement « l'aiguille des enfants » ou « acupuncture des enfants ». Le shonishin utilise des instruments inspirés des 9 aiguilles décrites dans le Zhen Jiu Da Chenq.

Il réunit la médecine traditionnelle sino-japonaise avec les toutes dernières connaissances dans les recherches des bébés et il est la base du développement Shonishin. Il tient compte des niveaux de développement moteur, sensoriel, émotionnel et énergétique de l'être humain du point de vue de la physiologie traditionnelle chinoise et de la compréhension occidentale du développement des méridiens.



QUELS INTÉRÊTS POUR LES ENFANTS?

Les massages sino-japonais pour enfant sont une technique fascinante de la médecine orientale, avec une grande expérience clinique et en mesure d'apporter des solutions non agressives à de nombreux problèmes. Ces techniques produisent chez l'enfant un effet stimulant, obtenu par les techniques de shonishin et des techniques manuelles chinoises douces qui réajustent l'état physiologique de l'organisme et assurent une fonction physiologique normale propre à renforcer la résistance du corps et à éliminer le facteur pathogène. C'est pourquoi les méthodes de massages traditionnelles sino-japonaises réunissent ces deux outils.

COMMENT S'APPLIQUE-T-ELLE?

Suivant la médecine chinoise, les caractéristiques physiologiques et pathologiques de l'enfant peuvent être résumées de la façon suivante :

Au niveau physiologique

Les organes et les entrailles de l'enfant sont fragiles et leur aspect et leur qi ne sont pas encore mûrs et remplis ; leur vitalité est prospère et leur croissance est rapide.

Au niveau pathologique

La maladie se forme facilement, se transmet et évolue rapidement; mais comme le qi des organes de l'enfant est léger, pur et actif, le rétablissement est aussi facile

La compréhension de ces caractéristiques est d'une importance absolue pour le maintien de la santé et la prévention et le traitement des maladies des enfants.

Chez l'enfant, la forme et le qi des cinq organes et des six entrailles sont insuffisants, tout spécialement le poumon, la rate et le rein :

- → Le poumon domine le gi de tout le corps ;
- → Le rein est la racine du ciel antérieur ;
- → La rate est la racine du ciel postérieur.

Chez le nouveau-né et le nourrisson, les voies énergétiques se présentent sous formes de petits vaisseaux linéaires visibles à l'œil nu, de zones énergétiques différenciées en Yin et en Yang et de points isolés, encore imparfaits, parsemés au niveau de la face, des mains, des poignets, des pieds et des genoux.

Selon Zhen Jui Da Cheng: « Chez le garçon, l'examen



s'effectue à la main gauche et chez la fille, à la main droite car la main gauche est Yang et répond au garçon et la main droite est Yin et répond à la fille. »

s'effectue à la main gauche et chez la fille, à la main droite car la main gauche est Yang et répond au garçon et la main droite est Yin et répond à la fille. » Chez le nourrisson, la croissance de la rate et de l'estomac n'est pas encore finie et le transport et la transformation ne sont pas encore mûrs, de sorte que la rate est relativement insuffisante. En plus, l'enfant ne sait pas s'adapter lui-même au froid et à la chaleur et régler son alimentation. C'est pourquoi l'on trouve facilement des problèmes de digestion chez les tout-petits.

Certains parents, par manque de connaissances, donnent trop d'aliments tonifiants ou ne donnent que les aliments que l'enfant aime ou changent trop brusquement de type d'aliments quand l'allaitement est terminé. Beaucoup de maladies de la rate et de l'estomac sont dues à une alimentation trop riche. Si la rate et l'estomac sont trop déséquilibrés, le shen sera agité et l'enfant aura des troubles du sommeil et de l'hyperactivité.

La rate est souvent insuffisante, le qi du poumon est également faible.

L'insuffisance du poumon est aussi une caractéristique physiologique importante de l'enfant. Quand le poumon est insuffisant, la défense contre l'extérieur n'est pas solide, de sorte que les pervers externes peuvent facilement entrer dans le corps. Qu'ils entrent par le nez et la bouche ou qu'ils envahissent par la peau et les poils, les pervers externes dérèglent la fonction de ventilation et de descente du poumon, ce qui cause des maladies du système du poumon, comme le rhume, la toux, la pneumonie, la dyspnée, l'asthme, etc...

EN CONCLUSION

Le massage sino-japonais pour enfant est pour vous les sages-femmes, si vous avez des bases en médecine traditionnelle chinoise ou bien le DIU d'acupuncture obstétricale.

Une sage-femme peut proposer des séances d'approche corporelle mère-enfant (ACME).

Ces techniques vous permettront de prendre en charge tous les désagréments des nouveau-nés au sein de votre pratique, en relation avec vos compétences.

Si vous souhaitez en savoir plus, le massage sinojaponais pour enfant sera présenté au congrès de l'AFSFA le 13 mars 2020, à Paris.

4 QUESTIONS

à Paola Menga

SAGE-FEMME EN ITALIE

PAOLA MENGA, ÂGÉE DE 48 ANS EST SAGE-FEMME EN ÎTALIE. DIPLÔMÉE DEPUIS 25 ANS, APRÈS UN PARCOURS HOSPITALIER, ELLE TRAVAILLE DEPUIS 2007 DANS UN CENTRE MÉDICAL PUBLIC.



Parole de Sages-Femmes : Pourquoi avezvous choisi cette profession ?

Paola Menga: J'aime ce métier depuis que je suis enfant. Alors que je n'avais que 4 ans, je disais déjà à mes parents que je voulais être sage-femme.

PDSF: Qu'est-ce qui vous attire le plus dans ce métier?

PM: Tout me plaît dans cette profession! Le champ d'exercice est large, prendre soin des femmes sur le plan médical, aborder la prévention, personnaliser leur suivi en tenant compte des facteurs de risque...

PDSF: Comment est reconnue la profession en Italie?

PM: La profession est reconnue comme les médecins. Mais elle fait partie des professions de santé dont le salaire est équivalent à celui des infirmières...

Par ailleurs, les compétences de la profession changent selon les régions. Dans ma région, la profession est très reconnue surtout pour les compétences en psychologie. "Tout me plaît dans cette profession! Le champ d'exercice est large, prendre soin des femmes sur le plan médical, aborder la prévention, personnaliser leur suivi en tenant compte des facteurs de risque..."

PDSF: Pouvez-vous nous en dire plus sur vos missions ?

PM: Depuis 2007, mes connaissances se sont étendues. Actuellement, je pratique du counselling auprès des adolescents au sujet de l'alcool, drogue, MST, contraception... Je suis les femmes enceintes jusqu'à 36 semaines de grossesse, je réalise la préparation à la naissance, j'enseigne aussi aux jeunes mères le massage bébé.

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

LE GUIDE COMPLET DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE



Ce guide pratique traite tout ce que doivent connaître médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes sur l'IVG médicamenteuse.

Le guide complet «Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse» prend en compte, dans cette 3e édition, les modifications législatives et les recommandations récentes des sociétés savantes. Simple et concis, il s'agit d'un ouvrage que le professionnel desanté pourra utiliser pour sa pratique quotidienne. Il aborde les mécanismes d'action des médicaments, les protocoles dans l'avortement

médicamenteux, les contre-indications et la toxicité du médicament, le diagnostic précoce des grossesses normales et pathologiques, les informations des patientes auant une IVG médicamenteuse, les effets secondaires et les complications possibles, le contrôle de l'efficacité d'un avortement médicamenteux, la contraception après un avortement médicamenteux, les modalités de réalisation des IVG médicamenteuses. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse -

Informations - Prise en charge - Législation. De Philippe Faucher, Danielle Hassoun. Éditions Vuibert. 22€

DES CONSEILS POUR UNE GROSSESSE AU NATUREL



Cet ouvrage dirigé par Willy Belhassen, sage-femme, et Catherine Piraud-Rouet, journaliste spécialiste en maternité fait intervenir des sages-femmes, des gynécologues, des psychologues de l'emblématique Groupe Naissances de Paris. Ce Groupe est connu pour privilégier le processus naturel de la grossesse et de l'accouchement dans le respect de la mère et l'enfant et sans surmédicalisation inutile. C'est dans cette approche que les futurs parents trouveront des informations essentielles pour suivre les étapes

de la grossesse, des conseils pour se préparer à la naissance et trouver le lieu qui convient le mieux ainsi que des alternatives thérapeutiques pour combattre les maux de la grossesse (acupuncture, phytothérapie...). Les femmes enceintes trouveront réponses à leurs questions pour mener une grossesse au naturel, mais aussi pour vivre les premières semaines avec bébé en toute sérénité.

*Le guide de ma grossesse au naturel. D*e Willy Belhassen et Catherine Piraud-Rouet. 12.95€. Éditions Nathan

SAGES-FEMMES EN LORRAINE



Sage-femme, est celle, d'après son étymologie latine, qui a la connaissance des femmes. Des femmes sont aux côtés des femmes depuis toujours pour les

aider à accoucher. D'abord matrones, puis sage-femme, cette profession est universellement connue depuis l'Antiquité. Son histoire a été ponctuée de rebondissements, la profession a évolué au fil des siècles, empirique, technique, scientifique... Certaines sages-femmes se sont battues pour faire évoluer la condition féminine, aussi pour faire reconnaître leurs compétences et exercer librement auprès des femmes et des nourrissons. Ce liure retrace l'histoire des sagesfemmes de Lorraine emblématiques. Une des autrices, Christiane Jeanuoine, sage-femme libérale, partage aussi son combat aux côtés des parents pour un accompagnement global de la naissance et la création d'une maison de naissance à Nancy, « Un petit nid pour naître ». Une maison de naissance qui a vu le jour en auril 2016 et en expérimentation pour 5 ans.

Sages-femmes en Lorraine: Au coeur de la santé des femmes et des nouveau-nés. Christiane Jeanvoine Martine Huot-Marchand Marie-Thérèse Arcangeli-Belgy-Martine Poutas-Hicter - Éditions Gérard Louis - 25€

DERNIÈRE ÉDITION DU GUIDE PRATIQUE DU MÉDICAMENT : LE DOROSZ



Le Dorosz est la référence des professionnels de santé pour guider la prescription du médicament et son bon usage d'administration

Auec 7000 sula do médicaments classés par spécialités médicales et familles thérapeutiques, le Dorosz aborde également leur modalité de dispensation en

France ainsi que leur taux de remboursement. Actualisé chaque année, il aborde en fin d'ouvrage les médicaments auant fait l'obiet d'un arrêt de commercialisation, des recommandations pour les patients à risque, des informations sur l'iatrogènie. les valeurs biologiques, les taux plasmatiques des médicaments... En plus de son côté pratique avec son format de poche, il est une véritable mine d'informations indispensable aux prescripteurs! Dorosz quide pratique des médicaments 2020, 39e ed. Le Jeunne C, Vital Durand D - Éditions Maloine - 70€

« TOUT SUR L'ENDOMÉTRIOSE » · UN OUVRAGE SCIENTIFICUE POUR LES PROS ET LE GRAND PUBLIC



Auec la participation de l'Association ENDOmind, une équipe d'experts, spécialiste de la douleur, gynécoloque et radioloque, s'est réunie pour tout expliquer sur l'endométriose dans un seul ouvrage.

Si elle fait parler de plus en plus d'elle ces dernières années. l'endométriose reste encore une pathologie méconnue par le grand public comme par les professionnels. Pourtant, être sensibilisé à l'endométriose c'est mettre un

mot sur des symptômes, connaître cette maladie c'est aussi éviter un retard de diagnostic. Pour que cette pathologie ne présente plus de secret pour les femmes comme pour le corps médical, l'ouvrage scientifique « Tout sur l'endométriose - Soulager la douleur, soigner la maladie » répond à toutes les guestions : Quels sont les signes qui doivent alerter?, Qui consulter?, Comment obtenir un diagnostic fiable?, Quand faut-il se faire opérer?, Quelles sont les meilleures conditions pour avoir un bébé?, Comment soulager? Un ouvrage pour ne plus passer à côté de cette maladie!

Tout sur l'endométriose: Soulager la douleur, soigner la maladie - Delphine Lhuillery, Eric Petit, Eric Sauvanet. Éditions Odile Jacob - 23,90€.

DÉTENTE

LES PHRASES ET QUESTIONS **INSOLITES**

LES QUESTIONS OU LES REMARQUES DES PARENTS SONT PARFOIS SURPRENANTES. FLORTIÈGE DE VOS ANECDOTES...

Pour nettoyer mes biberons, vous me conseillez quel stérilet ? ORLANE

J'ai perdu le bouchon de la mugueuse. MANUELLA

<mark>Je ne po</mark>urrai venir au rendez-vous de cette <mark>se</mark>mai<mark>ne</mark> car je suis internée à l'hôpital pour surveillance de mon diabète.

SABINE

Quand venez-vous me percez les seins pour que le méconium puisse couler ?. LAETITIA

<mark>Si j'ai be</mark>soin de faire peser mon bébé, i'irais au PMU. ANC

Une maman d'un nouveau-né âgé d'un mois et demi que j'ai suivie en accompagnement global m'a dit quelque chose de trop mignon «l'allaitement le premier mois on est bien en all inclusive?». Je lui ai répondu : « all inclusive pour les câlins les bisous l'amour la tendresse pour la vie...».





A noter

Retrouvez tous les événements sur www.paroledesagesfemmes.com

<u>dans vos agendas !</u>





La rétrospective:

L'Efluent 10 a donné rendez-vous le 26 novembre dernier à toutes les mamans de la blogosphère. Le magazine Parole de Sages-Femmes était présent pour répondre à leurs questions. Une journée comme on les aime, dans la joie, la bienveillance et la bonne humeur!

Le 20 & 21 janvier 2020 - Paris

18^{es} Journées du Collège national des sages-femmes de France

→ Inscription et informations : www.cnsf.asso.fr

Le 24 & 25 janvier 2020 - Paris

24es Rencontres de pédiatrie pratique

→ Inscription et informations : pediatrie-pratique.com

Le 30 janvier 2020 - Paris

4^e Journée d'infectiologie périnatale

→ Inscription et informations : infections-grossesse.com

Du 12 au 14 mars 2020 - Marseille

Le choix des armes

→ Inscription et informations : lechoixdesarmes.org

Les 13 & 14 mars 2020 - Paris

Séminaire de l'Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs

→ Inscription et informations : afsfa.fr

Les 26 & 27 mars 2020 - Paris

50 es Journées Nationales de Néonatologie

→ Inscription et informations : info-congres.com

Du 26 au 28 mars 2020 - Marseille

25e Journées de médecine fœtale

→ Inscription et informations : medecine-foetale.com

Le 27 mars 2020 - Reims

Journée nationale de l'allaitement

- « Vivre en allaitant »
- → Inscription et informations : coordination-allaitement.org

25 Journées de Médecine Fætale Diagnostic et prise en charge pré et post-natale des pathologies fætales

Du jeudi 26 mars au samedi 28 mars 2020

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Docteur Laurent BIDAT Professeur Alexandra BENACHI Professeur Guillaume GORINCOUR Professeur Laurent GUIBAUD Docteur Edwin QUARELLO Professeur Damien SANLAVILLE

PRÉSIDENT : Docteur Romain FAVRE

IARSEILLE

www.medecine-foetale.com

RACHIS ET MŒLLE FŒTAUX

LE FOIE FŒTAL

LES ANOMALIES VASCULAIRES FŒTALES

L'ANNONCE : POINT DE VUE CROISÉS

GÉNÉTIQUE : ACPA, EXOME, WHOLE GENOME, LOI DE BIOÉTIQUE

PLACE AUX JEUNES



26, rue du Plateau 92500 Rueil Malmaison Tél : 06 64 76 98 08 • jpcomb@gmail.com programme et inscriptions : |pcomb.com Organisme de formation N° d'agrément : 11780531278











L'alternative chèvrement délicieuse!

Développée à partir des qualités naturelles du lait de chèvre, Capricare® est une formule infantile au goût délicat apprécié des nourrissons.

Composition adaptée au bon développement de bébé

Conforme à la réglementation Européenne

Issue de 30 ans de recherche

Sans huile de palme*





PediAct
Capricare® est distribué en pharmacie
par le Laboratoire PediAct.

Pour plus d'informations, contactez-nous sur **info@pediact.com**, ou sur :





