

S'INSTALLER
EN LIBÉRAL :
**QUELLES
ASSURANCES
SOUSCRIRE ?**

**QUAND
UNE PROCÉDURE
MET EN CAUSE
SA PRATIQUE
MÉDICALE**

ACTUS

**LE MONDE EN CRISE
SANITAIRE À CAUSE
DU COVID19**

INTERNATIONALE

AUX USA, SEULEMENT
8 À 10% DES
NAISSANCES SONT
ACCOMPAGNÉES PAR
DES SAGES-FEMMES »

ETUDE

**VIOLENCES
OBSTÉTRICALES :**
COMMENT ONT-ELLES
ÉTÉ PERÇUES PAR
LES SAGES-FEMMES
ET GYNÉCOLOGUES-
OBSTÉTRICIENS ?

CONSEILS DE PROS

« PENDANT 9 MOIS,
IL A ÉTÉ "INTIMEMENT"
PORTÉ ET IL EN A
ENCORE BESOIN »

DOSSIER

LES DERNIÈRES RECOS SUR LA CONTRACEPTION

- AMÉLIORER L'OBSERVANCE ET LA SATISFACTION DES FEMMES SOUS CONTRACEPTION : OUI, C'EST POSSIBLE !
- CONTRACEPTION D'URGENCE : QUE FAUT-IL SAVOIR ?
- APRÈS 40 ANS, QUELLE CONTRACEPTION PROPOSER ?



VOTRE EXPERT FRANÇAIS DU LAIT INFANTILE BIO

NOUVELLES FORMULES

RAPPORT ÉQUILIBRÉ

DHA⁽¹⁾/ARA

(OMÉGA 3) (OMÉGA 6)



LAIT DE VACHE
FRANÇAIS

PRÉBIOTIQUES
FOS / GOS

PROBIOTIQUES
BIFIDOBACTERIUM
-LACTIS*

JUSTE DOSE DE
PROTÉINES

SANS
HUILE DE PALME,
NI DE COPRAH



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



Plus d'informations : babybioexpert@vitagermine.com

DOCUMENT STRICTEMENT RÉSERVÉ AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

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

*La formule Optima est légèrement acidifiée par du bifidus (1) Conformément à la réglementation applicable en 2020



ÉDITO

L'après COVID-19 : Le monde sera-t-il vraiment différent ?

Qui aurait pensé que la France traverserait une crise sanitaire de cette envergure en 2020 ? Ces derniers mois ont été si particuliers. D'un côté, un monde en arrêt et de l'autre, celui qui s'active pour soigner la population et leur permettre d'accéder aux achats de première nécessité. Elle a touché la profession de sage-femme de près ou de loin, selon les régions. Source d'épuisement et de stress, la crise a aussi ouvert la réflexion pour travailler autrement, pour inventer ou se réinventer.

À ce moment précis, l'épidémie de coronavirus semble se calmer, mais passera-t-elle vraiment aux oubliettes dans quelques mois ? Les familles, les amis endeuillés n'oublierons pas, l'économie du pays traînera les stigmates encore longtemps. Les soignants, eux, ont ce goût amer. En toute conscience professionnelle, ils se sont mobilisés pendant cette épidémie coûte que coûte, au détriment de leur famille, de leur santé physique et mentale. Un taux élevé de dépression, de stress, d'anxiété et même de stress post-traumatique a été rapporté quelques jours avant le pic épidémique par des chercheurs italiens*.

Ils étaient célébrés, il y a quelques semaines, ces « héros en blouse blanche ». Depuis la fin du confinement, les applaudissements ont pris fin et que sont devenus ces soignants dans la conscience collective ?

Ce monde d'après sera-t-il vraiment différent de ce monde d'avant ? Le manque de moyens, auquel sont confrontés les hôpitaux français, dénoncé par les soignants avant la crise sera-t-il enfin pris en considération ou bien un merci, une prime suffiront-ils à tarir cette hémorragie ?

En annonçant le Ségur de la santé, Olivier Veran, ministre des Solidarités et de la Santé a promis « que rien ne serait » plus jamais comme « avant » pour les soignants. Revalorisation des professionnels, nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins et bien d'autres axes qui on l'espère sauvera les hôpitaux français tout comme leurs soignants...

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

**Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. JAMA Network Open. 2020;3(5):e2010185*

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 33

3 Édito L'après COVID-19 : Le monde sera-t-il vraiment différent ?

ACTUS

5 Actus France • Ségur de la santé : Y aura-t-il des avancées pour les sages-femmes ?

- Cholestase gravidique : Plus de risques de détresse respiratoire néonatale
- Les étudiants qui s'inscriront pour des études de santé en 2020-2021 auront-ils plus de chances d'être admis en 2e année ?
- Grossesse et tabac : Quelques chiffres
- Le test HPV enfin remboursé !
- Pourquoi pas la radiofréquence pour traiter la douleur périnéale du post-partum ?
- Stimulation ovarienne : Des sextuplés sont nés à Strasbourg
- Coronavirus : 700 000 tests par semaine pour maîtriser l'épidémie

8 Actus Monde • Inde : En pleine épidémie de coronavirus, ils donnent des prénoms incroyables à leurs jumeaux • États-Unis : Sexualité : Les parents jouent un rôle essentiel pour responsabiliser les ados • Québec : Plus de parfum dans les établissements de santé • Scandinavie : La contraception d'urgence concerne un tiers des scandinaves

- Rwanda : Libération de 50 rwandaises emprisonnées pour avortement
- Italie : Quelques chiffres : Le poids du COVID-19 sur la santé mentale des soignants

10 À la loupe Sage-femme : entre méconnaissance et manque de reconnaissance

12 Rencontre Rencontre avec Hélène Goninet, pionnière dans l'AAD

S'INSTALLER EN LIBÉRAL

14 Quelles assurances souscrire pour se lancer en libéral ?

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

16 Anémies corrigées par carboxymaltose ferrique et culots globulaires sanguins durant la grossesse : est-il possible de les prévenir ?

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

20 Quand une procédure met en cause sa pratique médicale :
« Les impacts sur la vie professionnelle sont multiples »

DOSSIER : LES DERNIÈRES RECOS SUR LA CONTRACEPTION

24 Améliorer l'observance et la satisfaction des femmes sous contraception :
Oui, c'est possible !

26 Contraception d'urgence : Que faut-il savoir ?

28 Après 40 ans, quelle contraception proposer ?

ÉTUDE

32 Violences obstétricales : Comment ont-elles été perçues par les sages-femmes et gynécologues-obstétriciens ?

CONSEILS DE PROS

34 « Pendant 9 mois, il a été "intimement" porté et il en a encore besoin »
par Sylvie Guilbert

PROFESSION SAGE-FEMME

38 International « Aux USA, seulement 8 à 10% des naissances sont accompagnées par des sages-femmes ». Avec Laure Sinnhuber-Giles, sage-femme en maison de naissance, New York

43 Détente ça m'énerve !

44 Dans ma bibliothèque de pro

46 À noter dans vos agendas

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Rédaction

Directrice de la publication
Leslie Sawicka

Rédactrice en chef
Géraldine Dahan Tarrasona

Journalistes
Nathalie Barengi
Elise Poiret

Réalisation

Nilay Cosquer
Cécile Morel
Philippe Fernandes

Photographies

Fotolia, Shutterstock, Wikipedia

Directrice du Pôle Experts

Sonia Zibi
sonia.zibi@unifygroup.com
paroledesagesfemmes.com
06 60 50 73 77

Remerciements :

Alissone Richard,
Hélène Goninet,
Fanja Randriamanjato,
Victoria Battesti,
Clémence Nielly,
Amandine Macias,
Sylvie Guilbert,
Sinnhuber-Giles

Mayane|group

Parole de sages-femmes est éditée par la SARL

Mayane Communication
au capital de 7 700 €

Siège social :

8 rue Saint-Fiacre 75002 Paris
RCS 75017 Paris B 479454829

Dépôt légal : 2020

ISBN : 978-2-9527526-2-6





Les étudiants qui s'inscriront pour des études de santé en 2020-2021 auront-ils plus de chances d'être admis en 2^e année ?

Le Journal Officiel a publié le 14 mai 2020 le numerus clausus pour 2020-2021 et l'augmentation est plutôt modeste. En effet, pour la rentrée 2020, il y aura 14 997 places pour les 4 filières, toutes voies d'accès confondues, soit 69 places en plus par rapport à 2019. L'augmentation est minime et elle est en faveur des étudiants en médecine qui pourront bénéficier de 47 places supplémentaires. Quant aux autres filières, on note 4 places en plus en pharmacie, 6 en maïeutique et 12 en dentaire.

Comme prévu par la loi Buzyn (juillet 2019), 2020 marque la fin de la Paces et du numerus clausus. Le parcours d'accès spécifique santé (PASS) et les licences avec accès santé (LAS) qui les remplaceront ne supprimeront pas la notion de quota, mais offriront plus de perspectives d'orientations aux étudiants.

Source : legifrance.gouv.fr

Pourquoi pas la radiofréquence pour traiter la douleur périnéale du post-partum ?

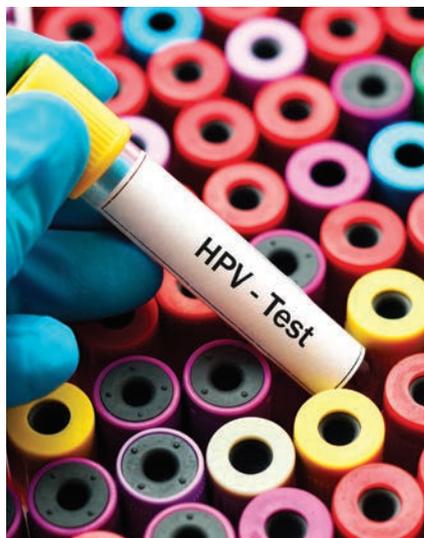
Dans un essai contrôlé randomisé en double aveugle publié dans le Plos One, une équipe du CHU de Marseille s'est intéressée pour la première fois à la thérapie par radiofréquence pour soulager la douleur périnéale du post-partum. Cette thérapie non invasive, plus connue en médecine du sport, en urologie et en traumatologie, transfère l'énergie électromagnétique dans le tissu ciblé pour accélérer son processus de guérison de manière indolore.

Dans cette études, des femmes primipares ou multipares avec au moins une déchirure de degré 2 ou une épisiotomie, avec un accouchement voie basse ou bien instrumenté ont été incluses. Les auteurs ont évalué le pourcentage de femme avec une EVA > 4 sur une échelle analogique de la douleur le 2^e jour du post-partum après traitement de 15 minutes par radiofréquence les jours 1 et 2 du post-partum. Le recours aux analgésiques a été mesuré, ceux-ci peuvent inclure jusqu'à 3 g / jour de paracétamol, jusqu'à 300 mg / jour de kétoprofène ou d'opioïdes si nécessaire. Les femmes peuvent avoir aussi bénéficié d'une infiltration périnéale avec de la ropivacaine 10 ml avant la suture périnéale.

Le groupe avec traitement par radiofréquence incluait 29 femmes et le groupe contrôle 31. L'analyse a montré qu'il n'y avait pas de différence significative concernant la douleur au repos dans le groupe traité comparativement au groupe contrôle. Par contre, les femmes ayant bénéficié de la radiofréquence présentaient moins d'inconfort périnéal à la marche (rapport de cotes ajusté [aOR], 0,24; IC à 95% 0,07-0,90, p = 0,03) et consommaient moins de paracétamol (différence ajustée = -642,0, IC à 95% -20,7-1304,7, p = 0,05).

Même si cette étude pilote ne permet pas de généraliser la thérapie par radiofréquence pour les douleurs périnéales du post-partum, elle met toutefois en évidence l'intérêt de poursuivre des recherches de plus grande envergure.

Source : *Capacitive-resistive radiofrequency therapy to treat postpartum perineal pain: A randomized study - PLoS One. 2020 Apr 27;15(4):e0231869. doi: 10.1371/journal.pone.0231869. eCollection 2020. journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231869*



Le test HPV enfin remboursé !

La détection des papillomavirus humains (HPV) oncogènes est depuis le 1er avril 2020 remboursée par l'Assurance maladie. Le test est pris en charge pour les femmes de 30 ans et plus. Celui-ci est recommandé en 1re intention chez les femmes dès 30 ans par la Haute Autorité de Santé depuis 2019. En effet, cette méthode moléculaire de détection des acides nucléiques des génotypes d'HPV à haut risque lui confère une meilleure sensibilité pour déceler les lésions pré-cancéreuses (CIN 2+ et CIN 3+). Il est aussi plus efficace pour réduire l'incidence des lésions précancéreuses (CIN 3+) et cancers invasifs du col de l'utérus chez les femmes à partir de 30 ans.

Le remboursement s'applique également dans les situations de doute diagnostique après un frottis anormal et pour la surveillance des femmes traitées pour une lésion précancéreuse.

Avec 1100 décès chaque année en France, le remboursement de ce test plus performant est une bonne nouvelle pour faire bénéficier à toutes les femmes d'un dépistage optimal.

Sources : Lequotidiendumedecin.fr - Décision du 4 mars 2020 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie - JORF n° 0073 du 25 mars 2020 texte n°11.

Séjour de la santé :

Y aura-t-il des avancées pour les sages-femmes ?

Le « Séjour de la santé », annoncé par le gouvernement le 25 mai dernier, a ouvert 1 mois de concertation avec les acteurs du système de santé. Les 4 axes de discussion reposent sur la transformation des métiers et la revalorisation de ceux qui soignent, la définition d'une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins, la simplification des organisations et du quotidien des équipes et sur la coalition des acteurs de santé dans les territoires au service des usagers.

Pour déterminer les attentes des sages-femmes, le conseil national de l'Ordre des sages-femmes a lancé une grande enquête en ligne pour faire le bilan de la crise COVID-19. Les contributions portant sur la revalorisation de la profession, sur la gouvernance du système de santé, ainsi que sur la politique relative à la santé génésique seront transmises aux pouvoirs publics. Les conclusions du Séjour sont attendues mi-juillet. Affaire à suivre...

Source : ordre-sages-femmes.fr

Quelques chiffres

Grossesse et tabac

Selon une étude publiée dans les Archives de pédiatrie :

- 43,3% des femmes ont fumé pendant la grossesse environ 8,9 cigarettes par jour
- 89,6% ont réduit leur consommation à 4 cigarettes par jour
- 68,8% ont utilisé des substituts nicotiques
- A la sortie de la maternité, 47,7% des femmes tabagiques allaitaient (contre 70,1% dans le groupe non-fumeuses)
- 25,6% des nouveau-nés exposés au tabac souffraient de coliques (définition ROME III) contre 12,3% chez les non-exposés
- 63,6% des bébés de femmes tabagiques souffraient de régurgitations contre 56,5%
- Ils étaient aussi plus susceptibles de manifester une bronchiolite 6% (contre 3%)

Source : *Negative influence of maternal smoking during pregnancy on infant outcomes - Archives de Pédiatrie - Volume 27, Issue 4 May 2020, Pages 189-195*

Cholestase gravidique : **Plus de risques de détresse respiratoire néonatale**

Une étude cas-témoins menée sur 8 ans par une équipe de Tours a montré que les nouveau-nés, dont la mère présentait une cholestase gravidique, avaient un risque plus élevé de manifester une détresse respiratoire.

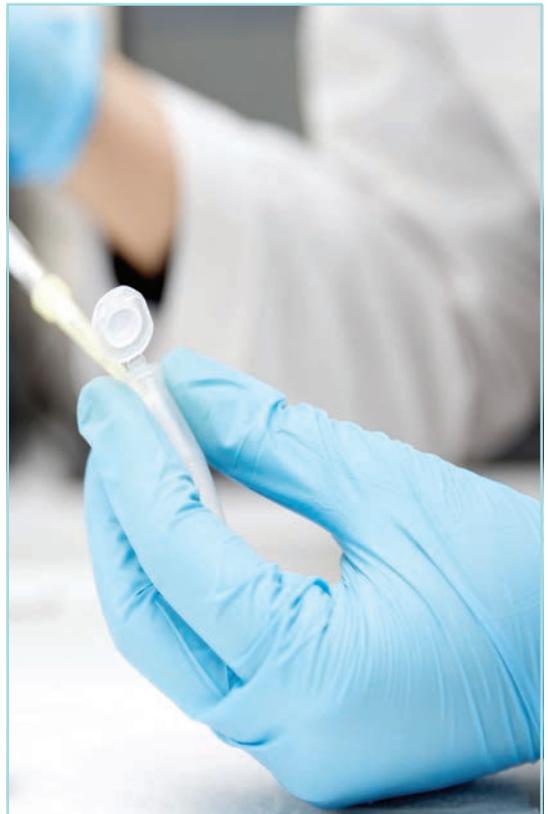
La cholestase gravidique est une grossesse à risque pour la mère et le nouveau-né. Elle se caractérise par un prurit et une élévation des acides biliaires et transaminases le plus souvent au 2^e et 3^e trimestre. Traitée par l'acide ursodesoxycholique, elle nécessite une surveillance hebdomadaire et la plupart des équipes en France, comme c'est le cas au CHU de Tours, procèdent à une induction du travail avant ou à 38 semaines de gestation. Si sur les 140 cas de cholestase intra-hépatique gravidique et les 560 femmes avec une grossesse physiologique, aucune mortinaissance n'a été enregistrée, les auteurs ont mis en évidence une morbidité néonatale plus importante dont un taux 2 à 4 fois supérieur de syndrome de détresse respiratoire comparativement au groupe témoin, et ce quel que soit le terme. Un risque auquel les équipes peuvent se préparer à l'accouchement...

Source : Perinatal outcomes of intrahepatic cholestasis during pregnancy: An 8-year case-control study - PLoS One. 2020; 15(2): e0228213.

Stimulation ovarienne : **Des sextuplés sont nés à Strasbourg**

Une femme a mis au monde 5 filles et 1 garçon, le 16 mai 2020, à la maternité de Strasbourg-Hautepierre. Cette femme, déjà mère de 2 enfants, ayant bénéficié d'une stimulation ovarienne a vu sa famille s'agrandir de façon exceptionnelle. Les sextuplés sont nés par césarienne à 24 semaines et 6 jours d'aménorrhées pesant entre 630g et 730g, leur arrivée a nécessité pas moins de 30 professionnels de santé. La mère se porte bien, mais comme l'indique la maternité dans le journal Les dernières Nouvelles d'Alsaces, « il faudra attendre plusieurs semaines pour être rassuré sur leur état de santé ». Événement rarissime, les derniers sextuplés français sont nés en 1988, à la maternité de Port-Royal, à Paris.

Sources : Liberation.fr - dna.fr - Lefigaro.fr



Coronavirus : **700 000 tests par semaine pour maîtriser l'épidémie**

Pour dépister précocement et éviter la contamination, la stratégie nationale de sortie de confinement s'est fixé la possibilité de réaliser 700 000 tests virologiques par semaines.

Depuis le 11 mai, sortie de confinement, toutes les personnes contact ou celles symptomatiques au COVID-19 pourront bénéficier d'un test virologique (RT-PCR) pris en charge à 100% par l'Assurance maladie. En cas de symptômes (fièvre, difficultés respiratoires, asthénie, céphalées, courbatures, maux de gorge, toux, agueusie, anosmie), le test sera réalisé sur prescription médicale. Si la personne a été en contact avec une personne positive au coronavirus, elle sera contactée par l'Assurance maladie pour rester en quatorzaine et pour indiquer quand effectuer le test. Dans ce cas, le test sera réalisé sans ordonnance.

Source : sante.fr



Québec

Plus de parfum dans les établissements de santé

Chimique, dérivés du pétrole, les parfums peuvent provoquer des maux de tête chez l'adulte, des vomissements chez les nourrissons et bien d'autres symptômes... C'est ce que pointe du doigt l'Association pour la santé environnementale du Québec. Dans une pétition, elle demande l'interdiction des parfums dans les établissements de santé. Les cosmétiques sont de plus en plus étudiés et leurs effets néfastes sur la santé sont démontrés. Une étude publiée dans le Air Quality, Atmosphere & Health rapportait en 2016, qu'exposés à des cosmétiques, 34.7% des adultes souffraient de migraines ou de difficultés respiratoires. Une demande qui n'est donc pas si farfelue, à voir si l'association obtiendra gain de cause !

Sources : assnat.qc.ca - egora.fr
Fragranced consumer products: exposures and effects from emissions - Air Quality, Atmosphere & Health volume 9, pages861-866(2016)



États-Unis

Sexualité : Les parents jouent un rôle essentiel pour responsabiliser les ados

Parler sexualité avec un adolescent et le sensibiliser réduit les comportements à risque. C'est ce que confirment des chercheurs de l'université de New York. Une étude randomisée a porté sur 900 familles, mères et des adolescents âgés de 11 à 14 ans, recrutés dans une clinique pédiatrique du Bronx. Ces travaux sont basés sur le programme "Families Talking Together" (FTT), dont l'objectif est de prévenir les comportements sexuels à risque des adolescents d'origine latino et afro-américaine. Il a été demandé aux mères de sensibiliser les adolescents pendant 45 minutes, notamment sur les infections sexuellement transmissibles, le risque de grossesse... Ensuite, les chercheurs ont évalué l'efficacité du programme via des questions posées aux adolescents (utilisation du préservatif, premier rapport sexuel lors des 12 derniers mois). Ils étaient 4% dans le groupe intervention à avoir eu leurs premiers rapports sexuels au cours des 12 derniers mois contre 14% pour ceux n'ayant pas participé à la séance de sensibilisation. Les adolescents sexuellement actifs, sensibilisés, étaient 74% à déclarer l'utilisation de préservatifs pendant leurs derniers rapports alors qu'ils n'étaient que de 49% dans le groupe contrôle. Une sensibilisation qui a su porter ses fruits !

Source : *A Triadic Intervention for Adolescent Sexual Health: A Randomized Clinical Trial - Pediatrics May 2020, 145 (5) e20192808*



Italie

Quelques chiffres : Le poids du COVID-19 sur la santé mentale des soignants

Selon une enquête menée auprès de 1379 professionnels de santé quelques jours avant le pic épidémique en Italie :

- 49,38% présentaient des signes de stress post-traumatique
- 27,73% des signes de dépression
- 19,8% de l'anxiété
- 21,9% un stress élevé
- 8,27% des signes d'insomnie

Le risque d'un de ces troubles était augmenté si le soignant avait eu un collègue atteint par le coronavirus ou s'il en était décédé. Le risque de stress post-traumatique était plus élevé chez les professionnels de 1re ligne. Ces données montrent bien que l'épidémie laisse des traces sur la santé mentale des soignants et qu'il est urgent de s'en préoccuper !

Source : *Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. JAMA Network Open. 2020;3(5):e2010185. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.10185*

La contraception d'urgence concerne un tiers des scandinaves

Un tiers des femmes ont utilisé au moins une fois dans leur vie la contraception d'urgence. C'est ce que révèle une étude parue dans *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. Sur 45 445 femmes âgées de 18 à 45 ans, quasiment 34% d'entre elles ont pris au moins une fois dans leur vie la contraception d'urgence et 50% l'ont utilisée plus d'une fois. Le recours à cette contraception était associé à certains facteurs dont le tabagisme, une activité sexuelle sans préservatif, à de nouveaux partenaires...

Sources : [EurekAlert.org](https://www.eurekalert.org/record/eurekalert-2020-08-11)
Emergency contraceptive pill use among women in Denmark, Norway and Sweden: Population based survey - doi.org/10.1111/aogs.13849



Rwanda

Libération de 50 Rwandaises emprisonnées pour avortement

Condamnées à vie, pour 25 ans, pour 12 mois à 20 ans, voilà les peines d'emprisonnement que devaient purger une cinquantaine de Rwandaises pour avoir avorté. Elles ont pu bénéficier, en mai dernier, de la grâce de Paul Kagame, président du pays, et retrouver leur liberté. Les organisations des droits humains se félicitent de cette avancée. Malheureusement, beaucoup de progrès restent à faire en matière de droit des femmes et d'avortement. En effet, si avorter était interdit, il est possible depuis 2018 que pour les mineures, en cas de viol, d'inceste, de mariage forcé ou de grossesse présentant un risque pour la santé.

Source : [Courrierinternational.com](https://www.courrierinternational.com)



Inde

En pleine épidémie de coronavirus, ils donnent des prénoms incroyables à leurs jumeaux

Preeti Verma, une mère de Chhattisgarh, (centre-est de l'Inde) a rencontré de nombreuses difficultés pour accoucher à l'hôpital, en raison du confinement strict, mis en place dans le pays à cause de l'épidémie de coronavirus. « Nous avons eu tellement de mal à accoucher ici » raconte Preeti Verma au journal *The Hindu*, qu'il fallait « nous souvenir de cette journée mémorable ». Le couple a alors décidé d'appeler leurs jumeaux Corona pour la fille et Covid pour le garçon. Pour le couple rien de négatif dans ces prénoms, ils se réservent toutefois le droit de les changer plus tard...

Source : [lunion.fr](https://www.lunion.fr)

SAGE-FEMME : ENTRE MÉCONNAISSANCE ET MANQUE DE RECONNAISSANCE

EN CONSTANTE MUTATION, LA PROFESSION DE SAGE-FEMME CONNAÎT DES COMPÉTENCES GRANDISSANTES DEPUIS CES DERNIÈRES ANNÉES. POURTANT DES FEMMES IGNORENT ENCORE LES MOTIFS POUR LESQUELS ELLES PEUVENT CONSULTER CES PROFESSIONNELS DE LA PÉRINATALITÉ



Avec **Alissone Richard**,
sage-femme libérale, à Yvetot

Parole de Sages-Femmes :

Selon vous, aujourd'hui, qu'est-ce qu'être sage-femme ?

Alissone Richard : Pour moi, être sage-femme, c'est accompagner la femme dans les différents moments de sa vie. C'est suivre le choix des femmes. C'est la soutenir en toutes circonstances. Une sage-femme est présente dans les moments de parentalité, mais elle est aussi présente pour le suivi gynécologique. Une sage-femme dépiste également les situations à risque et oriente les femmes en situation de vulnérabilité. Elle a un rôle d'écoute et de prévention.

PDSF : Vous avez mené une enquête* auprès des femmes pour savoir si elles connaissaient les compétences des sages-femmes, qu'avez-vous conclu ?

AR : J'ai conclu qu'il y avait une méconnaissance du métier. Pour beaucoup de femmes, être sage-femme c'est : suivre la grossesse et pratiquer l'accouchement. Une majorité d'entre elles ignorent qu'une sage-femme peut suivre une femme avant, mais aussi après la grossesse. Elles ne savent pas non plus qu'une femme peut être suivie par une sage-femme en dehors de la grossesse.

« ...Quant aux femmes qui se font suivre pour leur grossesse, beaucoup sont suivies en milieu hospitalier. Et la plupart ont du mal à identifier le professionnel qui assure le soin. Ce qui entraîne des confusions sur nos pratiques et notre champ de compétences. »

PDSF : La méconnaissance du grand public colle à la profession, quelles sont les explications ?

AR : Les sages-femmes sont peu nombreuses en France comparativement aux autres professionnels de santé (22 812 en 2018). Ce qui engendre peu de communication sur notre métier. La population, en général, a tendance à consulter un professionnel lorsque ça ne va pas. Or, la sage-femme assure le déroulement physiologique de la grossesse et assure la bonne santé de la femme. Il y a pourtant différentes occasions pour rencontrer une sage-femme. Mais encore trop



peu de femmes se font suivre régulièrement ; dans mon étude, 85% des femmes interrogées ont déclaré avoir déjà eu un suivi gynécologique. Or, toutes les femmes doivent être suivies.

Quant aux femmes qui se font suivre pour leur grossesse, beaucoup sont suivies en milieu hospitalier. Et la plupart ont du mal à identifier le professionnel qui assure le soin. Ce qui entraîne des confusions sur nos pratiques et notre champ de compétences.

PDSF : Comment voyez-vous évoluer la profession ? Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer la connaissance et la reconnaissance des sages-femmes ?

AR : Les études ont montré qu'il y avait une meilleure connaissance aujourd'hui de la part des femmes. L'élargissement de nos compétences est encore récent. Certaines de nos compétences (notamment la pratique de l'IVG) datent seulement de 2016. La communication va se faire petit à petit. Nous avons un métier en constante mutation. C'est compliqué pour la population, et pour les femmes, de suivre ces changements.

Ce qui pourrait aider à la connaissance et la reconnaissance de notre métier c'est la communication de la part des autres professionnels de santé et des médias. Les sages-femmes sont encore trop souvent oubliées...

**étude prospective observationnelle et multicentrique portant sur 173 questionnaires*

Sage-femme : une profession méconnue, mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme promotion 2019, Alissone Richard, UNIROUEN UFR Santé - UNIROUEN - UFR Santé.

Quelques chiffres

- La profession de sage-femme est médicale pour 83% des femmes interrogées et pour 11% il s'agit d'une profession paramédicale
- Parmi les 85% qui bénéficient d'un suivi gynécologique, seulement 33% sont suivies par une sage-femme
- Seulement 36% des femmes interrogées savent qu'une sage-femme peut dépister le cancer du sein par palpation et elles sont 57% des femmes à savoir qu'une sage-femme peut dépister le cancer du col de l'utérus par frottis cervico-vaginal
- Près de 26% des femmes interrogées sont au courant qu'elles peuvent consulter une sage-femme pour une IVG médicamenteuse
- Environ 40% des femmes savent que la vaccination fait partie du champ de compétences des sages-femmes

Rencontre avec HÉLÈNE GONINET, PIONNIÈRE DANS L'AAD



Hélène Goninet, sage-femme sexologue, Aubenas

DIPLÔMÉE DE L'ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE LYON EN 1992, HÉLÈNE GONINET SAVAIT DÈS LE DÉPART QU'ELLE N'ALLAIT PAS VOUER TOUTE SA CARRIÈRE À L'HÔPITAL. AYANT EXPÉRIMENTÉ L'ACCOUCHEMENT CHEZ ELLE AVANT MÊME D'ÊTRE SAGE-FEMME, SA VISION DE LA MISE AU MONDE ÉTAIT BIEN DIFFÉRENTE DE LA RÉALITÉ HOSPITALIÈRE... GRÂCE À UNE RENCONTRE, ELLE A SAUTÉ LE PAS POUR ACCOMPAGNER LA NAISSANCE À DOMICILE ET CE PENDANT PRÈS DE 20 ANS AUPRÈS D'ENVIRON 700 COUPLES.

Propos recueillis par G. Dahan-Tarrasona

Parole de Sages-Femmes : **Pouvez-vous nous parler de vos débuts en tant que sage-femme ?**

Hélène Goninet : Lorsque j'ai commencé à accompagner les naissances à l'hôpital, j'étais complètement décalée. Je me rappelle la première fois que je suis rentrée dans une salle de naissance, c'était dans un vieux bâtiment, un lieu sordide. Moi qui m'imaginai quelque chose de doux, ce fut la douche froide ! J'ai entrepris les études de sage-femme, parce que souhaitais accompagner les femmes de façon globale avec l'accouchement à domicile (AAD). Mais il y avait ce discours très normatif et alarmiste sur les risques, sur la folie de l'accouchement à la maison, si bien qu'à mes débuts j'étais un peu perdue. Heureusement, j'ai eu la chance de rencontrer, en novembre

1992, Jacqueline Lavillonnière. C'est une sage-femme qui pratiquait l'accouchement à domicile en Ardèche depuis plusieurs années, avant de devenir une militante reconnue par ses pairs. À l'époque, elle cherchait une remplaçante, je lui ai dit que je n'avais pas d'expérience pour cette activité. Mais face aux gardes à l'hôpital qui me plongeaient dans un climat de peur permanente, j'étais en difficulté et je ne me sentais pas adaptée, j'ai donc choisi de travailler avec Jacqueline. Elle m'a épaulée dans cette pratique. Au début, j'ai certainement dû transférer plus de femmes que nécessaire parce que j'avais aussi l'idée qu'un accouchement ne devait pas durer trop longtemps. On peut dire que j'ai réappris mon métier, en me basant sur ma relation avec les femmes, sur ce que chaque femme était et non plus sur des normes...

PDSF : Selon vous, quelle est la plus grande difficulté pour les sages-femmes d'accompagner les couples pour une naissance à domicile ?

HG : Je dirai la disponibilité. Il faut savoir se rendre disponible à tout moment. Mais le bonheur d'accompagner une naissance en pleine liberté est tellement riche que j'ai bien vécu cette contrainte.

PDSF : Et concernant les assurances des sages-femmes ?

HG : Depuis 2000, il n'y a plus de compagnie d'assurance qui propose un contrat couvrant les risques pour les sages-femmes pratiquant les AAD. Des assurances refusent même d'assurer les sages-femmes pour tous leurs actes à partir du moment où elles réalisent des accouchements à domicile. Une assurance professionnelle a été proposée à des prix prohibitifs que les sages-femmes ne sont pas en mesure de payer. Des sages-femmes essayent de chercher un fond de solidarité, de trouver des solutions pour obtenir une assurance à un prix correspondant à leurs capacités. Des démarches ont été entreprises par Jacqueline Lavillonnière, soutenue par l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales, mais elles n'ont pas abouti à ce jour. Le tarif de 25 000€ euros par an reste prohibitif. L'affaire est portée en conseil d'État. C'est un véritable problème, car les sages-femmes se retrouvent entre la légalité d'accompagner l'accouchement à domicile et l'illégalité de pratiquer sans assurance.

PDSF : Quelles sont vos réflexions sur les points positifs de l'accouchement à domicile ?

HG : Plus que l'accouchement à domicile, ce qu'il faut mettre en avant c'est l'accompagnement global. Les sages-femmes connaissent les femmes dès le début de la grossesse, elles les accompagnent, elles apprennent à se connaître mutuellement, à se faire confiance, à sentir fragilité et force. C'est important pour la femme de se sentir en confiance et c'est important pour la sage-femme, surtout dans une pratique qui n'est pas encouragée par la

majorité des personnes. Les bénéfiques c'est de vivre un rite d'initiation à son rythme, en pleine liberté. Pendant un accouchement à domicile, la sage-femme ne fait rien, nous sommes dans la présence, il y a bien sûr une vigilance à ce qui pourrait être pathologique, mais nous nous adaptons à ce nouveau lieu, ce nouveau couple, cette nouvelle famille, cette nouvelle situation ... C'est riche, c'est toujours une aventure.

Quand j'étais hospitalière, je me suis rendu compte que les femmes étaient habituées à être « dirigées ». Quand je leur demandais ce qu'elles souhaitaient pour la naissance de leur enfant, j'ai senti plusieurs fois leur insécurité. Depuis des siècles, nous sommes dans une société où les femmes ont pris l'habitude que l'on décide pour elles. Celles qui souhaitent accoucher à la maison veulent vivre les choses, choisir, découvrir leur force, leur puissance. Peut-être que la majorité des femmes qui optent pour l'hôpital souhaitent être « prises en charge ». C'est différent, tout le monde ne peut pas accoucher à la maison et tout le monde ne veut pas, beaucoup de femmes veulent la péridurale, la technique. C'est peut-être aussi un formatage, la culture. Dans l'avenir, le vent tournera, mais cela prendra du temps...

PDSF : Avez-vous un accouchement marquant à nous relater ?

HG : Je l'ai relaté dans le roman que j'ai écrit en 2018, « Moi, j'accouche », je me suis inspirée de cette histoire. Lors d'un accouchement, une femme a senti des présences invisibles qui venaient l'aider pour accoucher. Son mari, algérien berbère, nous a rapporté après qu'il avait appelé les ancêtres de son village pour venir aider sa femme. C'était incroyable parce que sa femme a vraiment ressenti de l'aide et à un moment donné, elle a même dit « ils sont partis ». Cet accouchement m'a vraiment marquée. C'est quelque chose qu'on peut difficilement vivre à l'hôpital parce qu'il y a trop de coupures, d'impersonnalités. Cette histoire m'a beaucoup touchée.

"Moi j'accouche"
de Hélène Goninet



QUELLES ASSURANCES SOUSCRIRE POUR SE LANCER EN LIBÉRAL ?

QUAND ON S'INSTALLE EN LIBÉRAL, LES FORMALITÉS ADMINISTRATIVES NE MANQUENT PAS ET LA QUESTION SUR LES ASSURANCES À SOUSCRIRE SE POSE. POUR EN SAVOIR PLUS À CE SUJET, NOUS AVONS POSÉ 4 QUESTIONS À FANJA RANDRIAMANJATO, SAGE-FEMME LIBÉRALE.



Fanja Randriamanjato,
sage-femme libérale, Marseille

Quelles sont les assurances obligatoires auxquelles il faut souscrire quand on est sage-femme libérale ?

Fanja Randriamanjato :

Il y a 3 types d'assurances obligatoires :

- La responsabilité civile professionnelle (RCP), valable quel que soit le statut libéral
- L'Assurance maladie que l'on souscrit en choisissant d'être conventionnée. Elle est réglée par l'intermédiaire de l'URSSAF.
- Les assurances multirisques professionnelles et habitation, lorsqu'on possède un cabinet.

Que prend exactement en charge la RCP et comment bien la choisir ?

Fanja Randriamanjato : La RCP couvre les dommages causés à un tiers, accidents ou faute professionnelle dans le cadre de notre pratique. Elle est une protection juridique.

Les sages-femmes doivent bien informer l'assureur des actes pratiqués car les tarifs varient. Par exemple, proposer des accouchements en plateau technique augmente le coût. Il faut savoir aussi, qu'aucun assureur n'accepte de couvrir l'accouchement à domicile même si celui-ci est légal France !

En tout cas, pour faire son choix, mieux vaut se tourner vers une assurance proposant une assistance pour faciliter les démarches.

Parmi les assurances non obligatoires, certaines sont vivement recommandées, lesquelles et pourquoi ?

Fanja Randriamanjato : Parmi les assurances non obligatoires :

- La mutuelle santé qui couvre les frais de santé et d'hospitalisation
- L'assurance prévoyance, nécessaire en cas d'arrêt maladie ou d'invalidité. Il y en a 2 types. La 1^{re} permet de recevoir des indemnités journalières en remplacement d'un salaire en cas d'arrêt maladie ou d'hospitalisation. La caisse de retraite verse des indemnités journalières après 90 jours d'arrêt maladie. Le premier jour donnant droit à l'indemnisation étant le 91^e jour. Mais avant et pendant les 90 jours, si la sage-femme n'a pas souscrit à une assurance prévoyance, elle ne recevra aucune indemnité. La 2^e, permet de couvrir les frais professionnels dont les charges fonctionnelles et cotisations sociales du cabinet qui courent même pendant l'arrêt maladie.
- Il y a l'assurance maladie professionnelle, en cas d'accident en cours d'exercice. Elle couvre tous les frais médicaux.

Lorsqu'on débute son activité libérale, il est difficile de se projeter pour souscrire à ces assurances non obligatoires, surtout que leurs tarifs sont excessifs. La priorité est de payer ses frais pour pouvoir exercer et se rémunérer. Le plus souvent, on débute avec le minimum obligatoire, puis les besoins évoluent en fonction de sa situation familiale, son âge, mais aussi ses peurs et son niveau de prudence... C'est une construction globale.

S'installer en libéral, c'est penser à ce budget assurance. À combien s'élève-t-il annuellement ?

Fanja Randriamanjato : Le coût des assurances complémentaires est fixé de façon proportionnelle au chiffre d'affaire. Pour une activité à temps plein, dans un secteur dynamique, les frais peuvent grimper à plus de 3000€ (en comptant la RCP). Un budget à prévoir, quand on s'installe !

PAROLE ^{DE} SAGES-FEMMES.com

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



EN ACCÈS GRATUIT EN UN **CLIC!**

Découvrez le MOOC

L'ÉCHOGRAPHIE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

avec Dr Gilles Grangé, Gynécologue-obstétricien

Comment réaliser une coupe sagittale ?

Comment réaliser une coupe axiale ?

Comment réaliser une coupe coronale ?

WWW.PAROLEDESAGESFEMMES.COM

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

ANÉMIES

corrigées par carboxymaltose ferrique et culots globulaires sanguins durant la grossesse : EST-IL POSSIBLE DE LES PRÉVENIR ?

L'ANÉMIE EST UNE PATHOLOGIE FRÉQUENTE ET TOUCHERAIT PRÈS DE CINQ CENTES MILLIONS DE FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER. PENDANT LA GROSSESSE, C'EST L'ANÉMIE PAR CARENCE MARTIALE QUI EST LA PLUS RÉPANDUE. DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS, LE TAUX DE FEMMES ENCEINTES CARENCÉES EST ESTIMÉ À 20% ET IL PEUT ATTEINDRE JUSQU'À 50% CHEZ LES FEMMES MIGRANTES.



Par **Victoria Battesti**, sage-femme
à la clinique de l'Ospedale (Corse du Sud).

Quelles sont les conséquences maternelles et fœtales ?

L'anémie ferriprive entraîne des conséquences négatives sur la grossesse. Malgré sa forte prévalence, on aurait tendance à la banaliser pourtant elle est source de complications maternelles et/ou périnatales, de gravité variable.

Les conséquences maternelles de l'anémie se caractérisent par de l'asthénie, une dyspnée à l'effort associée à une diminution des performances physiques, une pâleur cutanée et des muqueuses, des céphalées, des vertiges, une augmentation des épisodes dépressifs réduisant la qualité de vie, ainsi qu'une plus grande susceptibilité aux infections bactériennes et d'autant plus en cas de carence ancienne et non traitée. Elle est également considérée comme un facteur de risque de fausse-couche.

Une association forte a été constatée entre une anémie modérée à sévère à 28 semaines de gestation et la gravité de l'hémorragie post-partum, qui entraînerait 23% des décès maternels. Une anémie sévère, c'est-à-dire inférieure à 7g/dl, expose la parturiente à une moins bonne tolérance des pertes sanguines à l'accouchement, d'autant plus si celui-ci se complique d'une hémorragie du post-partum. Le risque de transfusion sanguine est

« Les risques sont d'autant plus élevés si la carence martiale s'est installée dès le premier trimestre de la grossesse. »

alors majoré, comme celui de maladie thromboembolique post-partum, ce qui peut conduire à une hospitalisation plus longue.

L'anémie ferriprive maternelle entraîne également des conséquences fœtales. Elle est liée à un risque plus élevé de faible poids à la naissance, d'accouchement prématuré et parfois de mortalité périnatale.

Les cas sévères d'anémie maternelle, avec un taux d'hémoglobine inférieur à 5-6 g/dL, sont susceptibles de provoquer une hypoxémie fœto-placentaire, puis par la suite une adaptation de l'hémodynamique fœtale ayant pour conséquence un oligoamnios et une défaillance au niveau de la redistribution des flux sanguins fœtaux, et donc un risque important de mortalité périnatale. Les risques sont d'autant plus élevés si la carence martiale s'est installée dès le premier trimestre de la grossesse.

Rappel sur l'évolution de la carence martiale

La carence martiale évolue à travers 2 étapes significatives :

→ Une diminution des réserves en fer sans anomalie sur l'hémogramme qui se diagnostique par un effondrement de la ferritine sérique avec un taux inférieur à 30 µg/l ; carence martiale avant le stade de l'anémie. Les signes cliniques pouvant apparaître à ce stade sont une baisse des performances intellectuelles et de la productivité, une fatigabilité à l'effort, l'augmentation de la susceptibilité aux infections, la perte de cheveux, la fatigue et l'anorexie.

→ La seconde représente l'épuisement des réserves en fer avec un retentissement sur l'hémogramme, avec un taux d'hémoglobine inférieur à 11 g/dL, une hypochromie (TCMH <27 pg et/ou CCMH <320 g/dL), une microcytose (VGM < 80 fL), et parfois une légère thrombocytose.



Quelles sont les dernières recommandations pour traiter l'anémie en première intention ?

La Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) recommande une numération formule sanguine complète à la 1^{re} consultation de grossesse et à 28 semaines avec des informations à toutes les femmes sur l'alimentation afin de maximiser l'absorption du fer.

Une supplémentation en fer systématique pour toutes les femmes enceintes est recommandée, conformément aux politiques de santé des pays, en particulier dans les zones à forte prévalence d'anémie. La posologie minimale doit être de 30 mg de fer par jour.

Les femmes présentant une anémie ferriprive doivent recevoir 100 à 200 mg de fer par jour. Elles devraient être informées de la bonne administration pour optimiser l'absorption.

La référence à des soins secondaires doit être envisagée en cas de symptômes importants et/ou d'anémie sévère (taux d'hémoglobine <7,0 g/dL), de gestation tardive (> 34 semaines) ou en cas d'échec de l'essai clinique de fer par voie orale.

Une fois que l'hémoglobine est dans la plage normale, la supplémentation doit être poursuivie pendant 3 mois et au moins jusqu'à 6 semaines après l'accouchement pour reconstituer les réserves de fer.

Les femmes enceintes anémiques peuvent nécessiter des précautions supplémentaires lors de l'accouchement, notamment en milieu hospitalier, dans la limite des possibilités d'accès par voie intraveineuse, de la gestion active du troisième stade du travail et de la préparation à des saignements excessifs. Les seuils d'hémoglobine suggérés sont inférieurs à 10,0 g/dL pour un accouchement à l'hôpital et à moins de 9,5 g/dL pour un accouchement dans une unité dirigée par un obstétricien. Les femmes dont l'hémoglobine est inférieure à 10,0 g/dL après l'accouchement doivent recevoir 100 à 200 mg de fer élémentaire pendant 3 mois.

Le fer parentéral doit être envisagé à partir du 2^e trimestre et pendant la période postnatale chez les femmes présentant une carence en fer confirmée qui ne répondent pas ou qui ne tolèrent pas le fer par voie orale.

La transfusion sanguine doit être réservée aux personnes présentant un risque de saignement supplémentaire, de troubles cardiaques imminents ou de symptômes nécessitant une attention immédiate.

En France, **les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)** pour le dépistage biologique de l'anémie reposent sur un hémogramme au 6^e mois en l'absence de facteur de risque. En cas de facteurs de risque



de carence en fer, il est recommandé de réaliser un hémogramme lors de la première consultation de suivi de grossesse. En ce qui concerne les recommandations du CNGOF, rien de neuf puisqu'elles datent de 1999.

Les autres alternatives thérapeutiques au traitement per os

Une perfusion de fer (comme le Ferinject®) est indiqué en 2^e intention pour la persistance de l'anémie ferriprive après un traitement oral, souvent en cas de malabsorption digestive, de pertes sanguines non contrôlables, ou d'intolérance au traitement per os. Une évaluation prudente du rapport bénéfice/risque devra être effectuée avant toute utilisation.

D'après l'HAS: « *Le diagnostic de carence martiale doit reposer sur des examens biologiques appropriés, et la ferritine sérique doit être vérifiée basse avant la prescription de fer injectable* ». Il peut également être prescrit en première intention dans les situations cliniques où la correction des paramètres hématologiques doit être rapide en cas d'anémie ferriprive modérée à sévère, c'est à dire avec un taux d'hémoglobine inférieur à 9 g/dL associé à une mauvaise tolérance maternelle.

Après une supplémentation, des examens appropriés doivent être réalisés régulièrement afin de s'assurer que les réserves en fer soient corrigées et maintenues. La seule contre-indication du Ferinject® est une hypersensibilité connue à la carboxymaltose ferrique, la substance active ou à un de ses excipients (sodium hydroxyde, acide chlorhydrique, eau de préparation injectable).

Des pistes pour prévenir l'anémie ...

Il est possible de qualifier le type d'anémie dès le 1^{er} trimestre de grossesse en analysant le taux d'hémoglobine et le VGM, pour instaurer un traitement étiologique précoce et éviter une anémie sévère en fin de grossesse.

Le dosage du taux de ferritine dès le 1^{er} trimestre reflète au mieux l'état des réserves en fer des femmes au début de la grossesse. Il devrait être systématique lors du premier bilan de grossesse, que les femmes soient symptomatiques ou pas, afin de prévenir une anémie sévère. De plus, la présence de facteurs de risque majeur d'anémie tels qu'un intervalle entre 2 grossesses de moins de 2 ans ou d'antécédent de gestité multiple peuvent encourager une supplémentation systématique en début de grossesse.

L'observance du traitement est un élément à prendre en compte à chaque consultation, les effets secondaires étant nombreux, le risque d'une mauvaise tolérance et donc d'échec est important. Les sels de fer des différents traitements par voie orale sont nombreux et à des doses différentes. Ils offrent la possibilité de changer de molécule et de posologie en cas d'effets indésirables.

La mise en place d'un traitement qui augmentera l'absorption du fer pourrait être une alternative si les patientes ont une alimentation équilibrée et riche en fer en cas de carence martiale, sachant que l'absorption du fer est seulement de 10% à 15%, ce traitement pourrait améliorer les réserves en fer (exemple de la lactoferrine qui fait partie de la famille de la transferrine avec un rôle de transport du fer).

En post-partum

Enfin, la gestion de l'anémie en suites de couches est une période cruciale pour permettre de rétablir les réserves en fer des patientes. Le modèle de la SFAR est intéressant à prendre en considération. Dans le but d'optimiser le parcours de soin, la SFAR indique en 2018 qu'« il est important de tout mettre en place pour éviter l'anémie et la carence martiale, autant de facteurs qui majorent la morbi-mortalité péri-opératoire, et le recours à la transfusion ».

L'étude Khalafallah de 2016 a été réalisée chez des patients anémiés (Hb entre 7 et 12 g/dL) avec une carence martiale (ferritine inférieure à 100 microg/L) à J+1 en postopératoire après une chirurgie programmée. Elle évaluait l'efficacité et la tolérance de la perfusion d'Ig de Ferinject® comparativement à une prise en charge standard dans les premières 24 heures après la chirurgie. La perfusion en postopératoire a été associée à une optimisation du taux d'hémoglobine en postopératoire ainsi que du bilan martial à 4 semaines, et à une réduction du taux de transfusion, des infections postopératoires et à la durée de séjour. Aucun effet indésirable n'a été retrouvé dans le groupe de travail.

L'European Society of Anesthesiology recommande la recherche d'une anémie 3 à 8 semaines avant la chirurgie chez les patients à risque de saignement et préférentiellement avec du fer IV. Chez les patients présentant une anémie préopératoire avec une chirurgie programmée, de reporter la chirurgie jusqu'à ce que l'anémie soit corrigée.

L'accouchement est à risque de césarienne, à risque de saignement et donc de transfusion. Il rejoint donc

« Cependant un accouchement ne se programme pas. Il faut donc prévenir l'anémie en fin de grossesse pour réduire la morbi-mortalité materno-fœtale. Pour cela, l'établissement d'un protocole similaire aux recommandations de la SFAR pourrait être envisagé. »

l'algorithme de la SFAR ainsi que les recommandations européennes. Cependant un accouchement ne se programme pas. Il faut donc prévenir l'anémie en fin de grossesse pour réduire la morbi-mortalité materno-fœtale. Pour cela, l'établissement d'un protocole similaire aux recommandations de la SFAR pourrait être envisagé. La transfusion de culots globulaires sanguins permet de sortir de la zone dangereuse, mais pas de restaurer les réserves en fer. Un relais par une perfusion de IV immédiatement après la transfusion sanguine en cas d'anémie sévère serait une option de correction pour ces patientes de grande gestité, non antérieurement corrigées.

Références : Anémies corrigées par Ferinject® et culots globulaires sanguins durant la grossesse : est-il possible de les prévenir ? Victoria Battesti - Mémoire de sage-femme 2019 - UNIVERSITE DE NICE SOPHIA - ANTIPOLIS Faculté de Médecine ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU DE NICE
G. Beucher, E. Grossetti, T. Simonet, M. Leporrier, et M. Dreyfus, « Anémie par carence martiale et grossesse. Prévention et traitement », Rev. Sage-Femme, vol. 10, n o 4, p. 152-167, sept. 2011.
K. Koyuncu, B. Turgay, Y. E. Şükür, B. Yıldırım, C. Ateş, et F. Söylemez, « Third trimester anemia extends the length of hospital stay after delivery », Turk. J. Obstet. Gynecol., vol. 14, n o 3, p. 166-169, sept. 2017.
B. Froessler, T. Gajic, G. Dekker, et N. A. Hodyl, « Treatment of iron deficiency and iron deficiency anemia with intravenous ferric carboxymaltose in pregnancy », Arch. Gynecol. Obstet., vol. 298, n o 1, p. 75-82, juill. 2018.
FIGO Working Group on Good Clinical Practice in Maternal-Fetal Medicine. « Good clinical practice advice: Iron deficiency anemia in pregnancy », Int. J. Gynecol. Obstet., vol. 144, n o 3, p. 322-324, 2019.
J. P. Peña Rosas, L. M. De Regil, M. N. Garcia Casal, et T. Downswell, « Daily oral iron supplementation during pregnancy », Cochrane Database Syst. Rev., n o 7, 2015.
G. Beucher, E. Grossetti, T. Simonet, M. Leporrier, et M.

Dreyfus, « Anémie par carence martiale et grossesse. Prévention et traitement », Rev. Sage-Femme, vol. 10, n o 4, p. 152-167, sept. 2011.
K. Koyuncu, B. Turgay, Y. E. Şükür, B. Yıldırım, C. Ateş, et F. Söylemez, « Third trimester anemia extends the length of hospital stay after delivery », Turk. J. Obstet. Gynecol., vol. 14, n o 3, p. 166-169, sept. 2017.
N. A. Alwan, J. E. Cade, H. J. McArdle, D. C. Greenwood, H. E. Hayes, et N. A. B. Simpson, « Maternal iron status in early pregnancy and birth outcomes: insights from the Baby's Vascular health and Iron in Pregnancy study », Br. J. Nutr., vol. 113, n o 12, p. 1985-1992, juin 2015.
S. Augusta de Sá, E. Willner, T. Aguiar Duraes Pereira, V. Rosse de Souza, G. Teles Boaventura, V. Blondet de Azeredo « Anemia in pregnancy: impact on weight and in the development of anemia in newborn », Nutr Hosp. 2015 Nov 1;32(5):2071-9. doi: 10.3305/nh.2015.32.5.9186.
G. Beucher, E. Grossetti, T. Simonet, M. Leporrier, et M. Dreyfus, « Anémie par carence martiale et grossesse. Prévention et traitement », Rev. Sage-Femme, vol. 10, n o 4, p. 152-167, sept. 2011.
FIGO Working Group on Good Clinical Practice in Maternal-Fetal Medicine. « Good clinical practice advice: Iron deficiency anemia in pregnancy », Int. J. Gynecol. Obstet., vol. 144, n o 3, p. 322-324, 2019

QUAND UNE PROCÉDURE MET EN CAUSE SA PRATIQUE MÉDICALE

« Les impacts sur la vie professionnelle
sont multiples »

LES SAGES-FEMMES NE SONT PAS À L'ABRI D'UNE PLAINTE AU COURS DE LEUR CARRIÈRE. LE RISQUE MÉDICO-LÉGAL FAIT PARTIE INTÉGRANTE DE LA PROFESSION. UN RISQUE QUI RAPPELLE QU'EXIGENCE ET RIGUEUR SONT DE MISE DANS L'EXERCICE DE SA PRATIQUE.



Par **Clémence Nielly**,
sage-femme à l'Hôpital Lariboisière

La parentalité a évolué ces dernières décennies. Depuis la légalisation de la contraception et de l'IVG, les couples sont maîtres de leur fertilité et les grossesses menées à terme sont le plus souvent désirées. Parallèlement, le recul de l'âge de la première grossesse et l'augmentation des troubles de la fertilité rendent certaines grossesses encore plus attendues. Les progrès en matière de diagnostic anténatal et médecine fœtale ont augmenté l'exigence des parents quant à la santé de leur futur enfant. Lorsque le nouveau-né présente des caractéristiques inattendues (malformation non vue à l'échographie par exemple), ou qu'un accident se produit au moment de l'accouchement, une faute est souvent recherchée du côté des soignants. Le temps du paternalisme médical est loin, les patientes sont actrices dans leur prise en charge. Certains auteurs les décrivent même comme des « clientes » de soin, qui attendent un certain résultat. La notion d'aléa est difficile à entendre.

« Lorsque le nouveau-né présente des caractéristiques inattendues (malformation non vue à l'échographie par exemple), ou qu'un accident se produit au moment de l'accouchement, une faute est souvent recherchée du côté des soignants. »

Il n'existe pas de chiffres mis à disposition par les différentes juridictions sur la fréquence des procédures en obstétrique, mais si on consulte les données des compagnies d'assurance, on constate que les sages-femmes et les obstétriciens font partie des dix corps de métier le plus souvent condamnés



et dont les coûts des indemnisations judiciaires sont les plus élevés (en moyenne quatre fois plus).

Les sages-femmes face à diverses responsabilités

Le risque médico-légal fait partie de la profession de sage-femme. Celle-ci a plusieurs responsabilités qui peuvent être engagées simultanément. Une sage-femme peut être impliquée dans une procédure devant les juridictions civiles ou administratives (selon son mode d'exercice). En cas de condamnation, une indemnité devra être versée. D'autre part, la sage-femme peut voir sa responsabilité pénale engagée ce qui l'expose à des sanctions personnelles : peine de prison, amende. Elle est aussi soumise à une responsabilité disciplinaire devant l'Ordre des sages-femmes. En cas de manquement au code de déontologie, les sanctions encourues sont l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire d'exercer, voire la radiation du tableau de l'Ordre.

La sage-femme peut également être impliquée dans une procédure n'engageant pas directement sa responsabilité, mais questionnant sa pratique : médiation au sein d'une Commission des Usagers (CDU), conciliation auprès d'une Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (CCI).

Quels impacts sur sa vie professionnelle après une procédure judiciaire ?

Dans mon travail de fin d'études*, j'ai interrogé des sages-femmes impliquées dans des procédures judiciaires ou ordinales. Cet événement a été perçu comme douloureux. Pour certaines, c'était un véritable « traumatisme ». Leurs compétences ont été remises en question, et ce, aux yeux de leurs pairs.

Les impacts sur leur vie professionnelle sont multiples. Tout d'abord, concernant leur carrière, plusieurs sages-femmes ont arrêté d'exercer totalement, en général à cause d'une sanction

A woman with dark hair, wearing a pink medical uniform, is shown in profile from the chest up. She is looking down at a notebook she is holding with both hands, and she is writing with a black pen. The background is a bright, slightly blurred indoor setting, possibly a clinic or office.

« Pour autant, travailler dans la peur – bien que cela puisse parfois encourager la prudence et la rigueur – est souvent source de stress et de perte de confiance. »

ordinaire. Par ailleurs, pour celles qui exercent encore, l'expérience d'une procédure les a rendues plus rigoureuses et vigilantes dans leur pratique au quotidien : tenue des dossiers médicaux, prescription d'examen complémentaires selon les recommandations, appel plus fréquent du médecin. Enfin, des conséquences relationnelles ont été remarquées telles qu'une meilleure communication avec les patientes ou au contraire des rapports plus méfiants. Les impacts sur la vie personnelle sont nombreux aussi : vie familiale, répercussions financières, altération de la santé psychologique ou même physique.

Respecter les limites de notre champ de compétences

Pour prévenir un litige, quelques points clés, qui semblent évidents, mais qui ne sont pas toujours appliqués : bien respecter les limites de notre champ de compétences, veiller à la traçabilité exhaustive de nos soins, dispenser une information claire aux patientes.

La majorité des sages-femmes ressentent une « pression médico-légale » dans l'exercice de leurs fonctions. Elles sont conscientes qu'elles peuvent être poursuivies en justice, mais ne connaissent pas bien les modalités des procédures ni les sanctions. Une information clarifiée sur la réalité d'une procédure et sur la prévention des litiges semble souhaitable, que ce soit dans les écoles de sages-femmes, en formation continue ou dans les instances ordinaires.

Pour autant, travailler dans la peur – bien que cela puisse parfois encourager la prudence et la rigueur – est souvent source de stress et de perte de confiance. Gardons à l'esprit que l'objectif premier de toute sage-femme n'est pas d'éviter une plainte, mais de pratiquer son art avec un souci d'exigence, et avec une réelle qualité de communication avec les patientes.

**Retentissements sur la vie professionnelle des sages-femmes d'une procédure mettant en cause leur pratique médicale – mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme promotion 2019 – Clémence Nielly - Université Paris-Descartes - Ecole de sage-femme de Baudeloque*

DOSSIER

LES DERNIÈRES RECOS SUR LA CONTRACEPTION

UNE ENQUÊTE MENÉE SUR 1137 FEMMES DE 18 À 49 ANS METTAIT EN ÉVIDENCE QUE LA CONTRACEPTION HORMONALE OU LE DIU PRESCRIT À LA PATIENTE RELEVAIT PLUS D'UNE RECOMMANDATION DU PRESCRIPTEUR QUE DU VÉRITABLE CHOIX DE LA PATIENTE. À PARTIR DE LÀ, COMMENT UNE FEMME PEUT-ELLE ADHÉRER À LA MÉTHODE CONTRACEPTIVE ET LA PRENDRE SUR LE LONG TERME ?

Par G. Dahan-Tarrasona



Améliorer l'observance et la satisfaction des femmes sous contraception :

OUI, C'EST POSSIBLE !

LE COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUX FRANÇAIS (CNGOF)
A ÉMIS DES RPC POUR FAVORISER DES CONDITIONS ADÉQUATES POUR QUE LA
PATIENTE PUISSE CHOISIR EN CONNAISSANCE DE CAUSE SA CONTRACEPTION EN
FONCTION DE SON MODE DE VIE ET DE SES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET FAMILIAUX.

IL EXISTE DIFFÉRENTS TYPES DE CONSULTATION, MAIS ...

Il existerait 4 modèles de consultation :

- Paternaliste « **Je décide pour vous** »
- Informatif « **Je vous dis ce que je sais** »
- Interprétatif « **Je vous aide à définir vos préférences** »
« **Nous sommes d'égal à égal** »
- Délibératif « **Nous choisissons ensemble** »

Évidemment, le type paternaliste est à éviter : une étude a montré que ce modèle sur le choix de l'implant contraceptif entraînait de nombreux abandons, une autre une moindre satisfaction de la part des patientes lorsque le praticien avait choisi la contraception.

POUR LA HAS, LE MODÈLE RECOMMANDÉ EST LA CONSULTATION BERCCER.

Elle est structurée en 5 temps:

- 1 Bienvenue
- 2 Entretien
- 3 Renseignements
- 4 Choix
- 5 Explications et Retours

« La personnalisation étant un paramètre important à prendre en considération, car les attentes des patientes diffèrent de celles imaginées par les praticiens (NP2). Il convient alors d'aborder au cours du temps d'échange l'efficacité, les risques, la durée d'action, les coûts, l'aspect pratique (NP2). »

Ce type de consultation structurée montrait dans une étude prospective qu'elle « permettait de changer l'idée initiale des femmes dans 43,9 % des cas à l'aide d'une information estimée comme utile dans 97,5 % des cas, complète dans 96,4 % des cas et considérée comme juste et impartiale dans 93,1 % des cas ». Ainsi, une consultation sur la base du modèle BERCCER est recommandée (Grade A) et ce type de consultation structurée permet une amélioration du choix contraceptif



(NP2). Associée à la diffusion de meilleures connaissances de la part des professionnels elle permet également une diminution des grossesses non prévues (NPI) comparativement à une consultation classique non personnalisée. La personnalisation étant un paramètre important à prendre en considération, car les attentes des patientes diffèrent de celles imaginées par les praticiens (NP2). Il convient alors d'aborder au cours du temps d'échange l'efficacité, les risques, la durée d'action, les coûts, l'aspect pratique (NP2). Cette personnalisation du counselling est donc recommandée (Accord professionnel), car elle augmenterait l'utilisation ainsi que la satisfaction de la patiente à 2 ans.

SAVOIR COMMUNIQUER

La bienveillance s'impose et prendre en compte les inquiétudes des femmes, expliquer les raisons d'une contre-indication, prendre en compte ses points de vue, expliquer les effets indésirables permettraient une plus grande adhésion à la contraception.

Plusieurs études vont en ce sens, une rétrospective montrait que les femmes informées sur l'insertion du DIU, des effets

indésirables éventuels et de comment les gérer présentaient moins de retrait comparativement à celles qui n'étaient pas informées.

La proposition d'un choix ne tient donc pas qu'au contenu de l'information, mais aussi à la qualité du temps d'échange entre le praticien et la patiente.

Références :

- Linét T. [The contraception consultation: CNGOF Contraception Guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018;46(12):792-798.
- Dehlendorf C, Grumbach K, Schmittdiel JA, Steinauer J. Shared. Decision making in contraceptive counseling. *Contraception* 2017;95:452-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2016.12.010>.
- Kalmuss D, Davidson AR, Cushman LF, Heartwell S, Rulin M. Determinants of early implant discontinuation among low-income women. *Fam Plann Perspect* 1996;28:256-60
- Gemzell-Danielsson K, Thunell L, Lindeberg M, Tyde'n T, Marintcheva-Petrova M, Oddens BJ. Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods: results of the CHOICE program in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90:869-77.
- Garbers S, Haines-Stephan J, Lipton Y, Meserve A, Spieler L, Chiasson MA. Continuation of copper-containing intrauterine devices at 6 months. *Contraception* 2013;87:101-6.
- Kofinas JD, Varrey A, Sapra KJ, Kanj RV, Cheruenak FA, Asfaw T. Adjunctive social media for more effective contraceptive counseling: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2014;123:763-70.
- Jokin de Irala, Alfonso Osorio, Silvia Carlos, Cristina Lopez-del Burgo. Choice of Birth Control Methods Among European Women and the Role of Partners and Providers. *Contraception*. 2011 Dec;84(6):558-64. doi: 10.1016/j.contraception.2011.04.004. Epub 2011 Jun 8.

CONTRACEPTION D'URGENCE : QUE FAUT-IL SAVOIR ?

LE RECOURS À UNE CONTRACEPTION D'URGENCE EST UNE MÉTHODE DE RATTRAPAGE POUR ÉVITER UNE GROSSESSE NON DÉSIRÉE. MAIS QUE FAUT-IL CONNAÎTRE SUR SON EFFICACITÉ, SES EFFETS SECONDAIRES ?

QUELLES SONT LES CONTRACTIONS D'URGENCE DISPONIBLES EN FRANCE ?

On compte en France deux méthodes de contraception d'urgence : la contraception hormonale (avec le lévonorgestrel ou l'ulipristal acétate) et la contraception mécanique (DIU au cuivre). Elles agissent à différentes étapes du cycle reproductif, leurs indications diffèrent, tout comme leur accessibilité, avec la gratuité pour les mineures concernant la contraception au lévonorgestrel.

QUELLE EST LA PLUS EFFICACE ?

Selon la recherche bibliographique réalisée sur la contraception d'urgence par le CNGOF, privilégier une méthode de rattrapage plutôt qu'une autre dépend du délai post rapport non protégé à laquelle on l'utilise. En effet, l'efficacité n'est pas la même selon le moment du cycle.

- Ainsi, le lévonorgestrel doit être administré dans les 72h après un rapport non protégé ou si échec de contraception (NP1). Plus sa prise est proche du rapport à risque plus son efficacité est importante (NP1).
- Quant à l'ulipristal acétate, il retarde mieux l'ovulation que le lévonorgestrel en période folliculaire tardive (NP1). Son efficacité est aussi supérieure avant, après 72h, jusqu'à 120h après rapport non protégé (NP1). C'est pourquoi il est recommandé d'utiliser l'ulipristal acétate entre 72 et 120h (Grade A).

Y a-t-il des cas où la contraception d'urgence est moins efficace ?

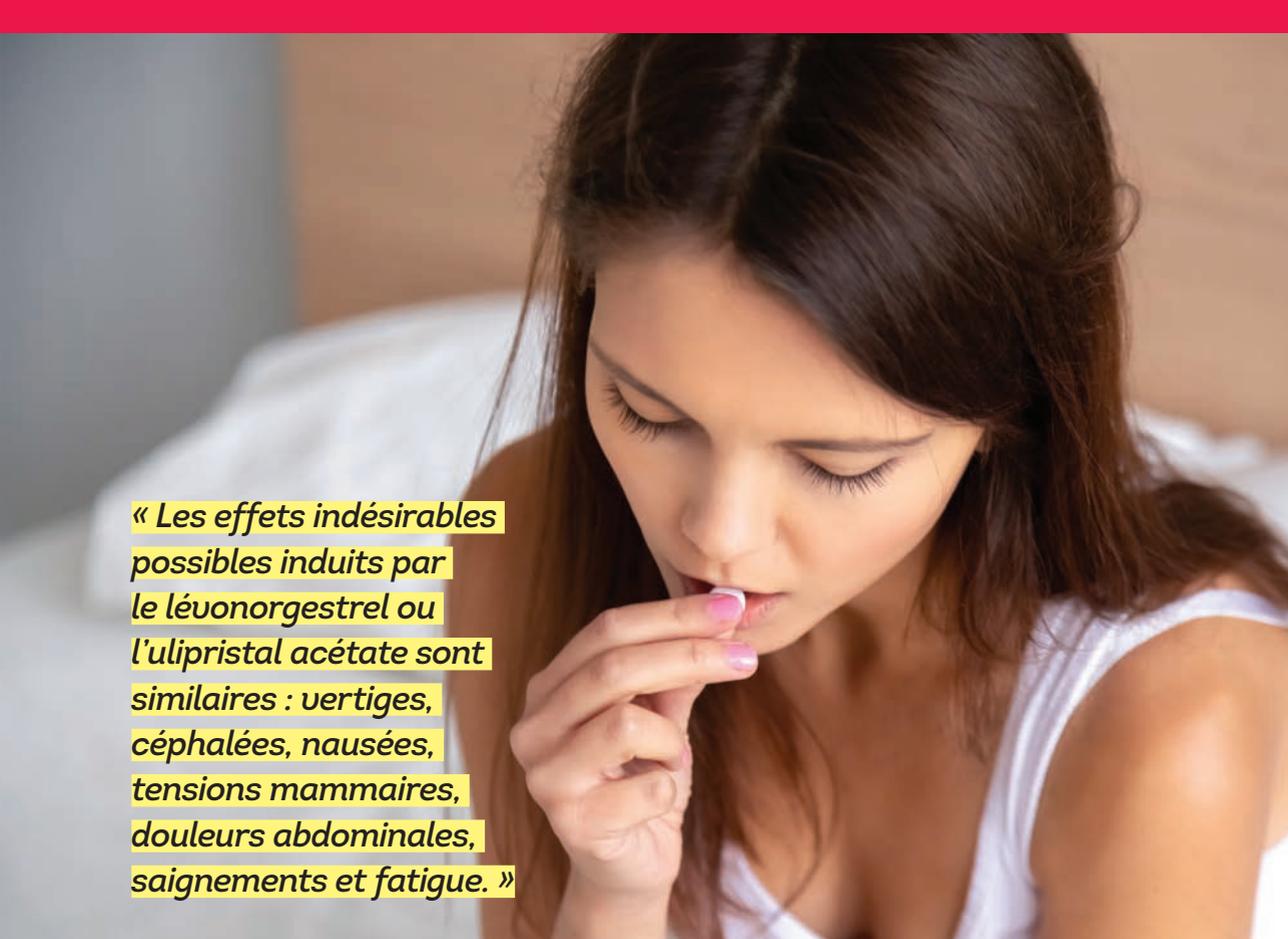
Le risque d'échec des contraceptions d'urgence est plus important en cas d'IMC ≥ 30 . Il serait multiplié par 4,4 avec le lévonorgestrel et par 2,6 avec l'ulipristal acétate mais la contraception d'urgence garde malgré tout une efficacité supérieure à 95% (NP1). Pour ces femmes, le DIU semble être la méthode de contraception d'urgence la plus fiable.

Entre 0 et 72h, selon Accord professionnel, le choix entre le lévonorgestrel ou l'ulipristal acétate doit tenir compte du coût, de la délivrance en pharmacie et des effets.

- Mais quoi qu'il en soit, les méthodes hormonales ne sont pas fiables à 100% et l'efficacité est d'autant plus importante que la prise est proche du rapport à risque (NP1).
- Il n'a pas été retrouvé d'étude comparant la méthode hormonale et mécanique en contraception d'urgence. Néanmoins, le DIU en cuivre est un moyen de contraception d'urgence efficace (NP2). En plus d'être une contraception à plus long terme après son insertion (NP2), il peut être posé dans les 5 jours suivant le rapport à risque (NP2).

QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ET LES CONTRE-INDICATIONS ?

Les méthodes de contraception d'urgence hormonales ne comportent pas de contre-



« Les effets indésirables possibles induits par le lévonorgestrel ou l'ulipristal acétate sont similaires : vertiges, céphalées, nausées, tensions mammaires, douleurs abdominales, saignements et fatigue. »

indication absolue. Les effets indésirables possibles induits par le lévonorgestrel ou l'ulipristal acétate sont similaires : vertiges, céphalées, nausées, tensions mammaires, douleurs abdominales, saignements et fatigue. Pour le DIU en cuivre, les contre-indications restent les mêmes que le DIU (malformation utérine, saignements inexplicables, infection en cours) et les complications possibles sont : la douleur pelvienne, les saignements anormaux, une infection pelvienne, une perforation utérine et l'expulsion.

FAUT-IL PRENDRE DES PRÉCAUTIONS QUAND LA PATIENTE PREND UN AUTRE TRAITEMENT ?

Certains médicaments peuvent compromettre l'efficacité de la contraception d'urgence. Il est donc important de les connaître

pour conseiller plutôt une contraception mécanique. Il s'agit de certains médicaments pour traiter l'épilepsie (barbituriques, phénytoïne, primidone, carbamazépine), pour traiter la tuberculose (rifampicine, rifabutine), pour traiter le VIH (ritonavir), pour traiter les infections fongiques (griséofulvine), certains compléments à base de plantes dont le millepertuis. Aussi, en se liant fortement à la progestérone, l'ulipristal acétate peut interférer avec des médicaments contenant un progestatif. S'il est possible de reprendre une contraception hormonale 5 jours après sa prise associée aux préservatifs pendant 12 jours, il n'est pas recommandé de recourir à cette contraception d'urgence chez les femmes prenant une contraception hormonale au long cours.

Référence : Recommandations du CNGOF concernant la contraception d'urgence. Hamdaoui N & al. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018;46(12):799-805

APRÈS 40 ANS, QUELLE CONTRACEPTION PROPOSER ?

APRÈS 40 ANS, LA PROBABILITÉ D'OBTENIR UNE GROSSESSE SPONTANÉE DANS LES 12 MOIS S'ÉLÈVE À 44%. C'EST POURQUOI LA PRESCRIPTION D'UNE CONTRACEPTION DANS CETTE TRANCHE D'ÂGE RESTE AUSSI D'ACTUALITÉ. NÉANMOINS PLUS COMPLEXE, L'ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE DOIT ÊTRE D'AUTANT PLUS RIGOREUSE POUR RECHERCHER DES MALADIES VASCULAIRES, MÉTABOLIQUES, DES PATHOLOGIES BÉNIGNES UTÉRINES ET MAMMAIRES, TOUT EN TENANT COMPTE DE LA SEXUALITÉ ET DES SOUHAITS DE LA PATIENTE. MAIS, CONTRAIREMENT AUX IDÉES REÇUES, SUR LE SEUL PARAMÈTRE « ÂGE », AUCUNE ÉTUDE NE CONTRE-INDIQUE FORMELLEMENT UN MOYEN DE CONTRACEPTION.

LA CONTRACEPTION OESTROPROGESTATIVE

Même si elle n'est pas la plus utilisée après 40 ans, elle reste envisageable, à condition qu'il n'existe pas de facteurs de risques vasculaires et métaboliques. Elle présenterait même des avantages aux patientes en apportant un cycle régulier, en diminuant les ménorragies et les dysménorrhées, les bouffées vasomotrices, la sécheresse vaginale et en jouant un rôle positif sur la minéralisation osseuse (grade C). Comme pour les autres tranches d'âge, un bilan métabolique est prescrit 3 à 6 mois après la mise en place du contraceptif et la réévaluation de la balance bénéfico-risque de la patiente est conseillée tous les ans.

LA CONTRACEPTION MICROPROGESTATIVE

Ne présentant pas de contre-indication sur les facteurs vasculaires, métaboliques et osseux, la contraception microprogestative représente la contraception de première intention pour

les femmes après 40 ans. Toutefois, elle peut être mal tolérée par certaines femmes qui présenteront des méno-métrorragies, des signes de mastodynie ou/et d'hyperandrogénie. Et contrairement, à la contraception oestroprogestative, la microprogestative ne soulage pas les symptômes de carence oestrogénique.

L'ACÉTATE DEMEDROXYPROGESTERONE (DMPA)

En France, le seul DMPA disponible est sous forme injectable (150 mg). Son avantage est qu'il induit une aménorrhée (de 55 à 60% à 1 an et de 60 à 70% à 2 ans). Par ailleurs, des études montrent que la prise de DMPA serait associée à une augmentation du risque veineux thromboembolique, de survenue de diabète et d'une accélération de perte osseuse. C'est pourquoi ce contraceptif n'est pas à proposer en première intention chez les patientes de plus de 40 ans et il constitue donc une contre-indication pour les patientes présentant des facteurs de risque vasculaires et d'ostéoporose (grade c).

« En fonction du souhait de la patiente et du contexte clinique, le choix s'orientera vers un DIU en cuivre ou hormonal. La majorité des patientes de 40 à 49 ans (30%) utilisent ce moyen de contraception. »

LE DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN

Le DIU est un moyen efficace qui doit être proposé systématiquement aux patientes de plus de 40 ans. En fonction du souhait de la patiente et du contexte clinique, le choix s'orientera vers un DIU en cuivre ou hormonal. La majorité des patientes de 40 à 49 ans (30%) utilisent ce moyen de contraception.

Pour les femmes ne souhaitant pas d'hormone, le DIU en cuivre est une contraception de choix. Par contre, l'existence de pathologies bénignes plus fréquentes chez les plus de 40 ans peut





entraîner une augmentation des douleurs pelviennes et des ménorragies. Si le DIU, quel que soit le modèle, est posé après 40 ans, il est possible de ne pas le changer puisque son efficacité va au-delà de 5 ans : « Une revue de la littérature montre la sûreté de l'utilisation des DIU au cuivre TCu380A jusqu'à 12 ans et du Gynelle1 375 jusqu'à 10 ans (NP3). Il serait sans risque majeur de grossesse (0 grossesse sur 366 années femmes) de conserver ce type de DIU jusqu'à la ménopause s'il est inséré après 35 ans, bien que ce soit hors AMM ».

Le DIU au lévonorgestrel est efficace et bien toléré, il peut être indiqué lorsque la patiente présente des dysménorrhées et/ou des ménorragies et/ou adénomyose. De plus, il n'influence ni le risque vasculaire artériel et veineux ni la densité minérale osseuse. Néanmoins, s'il n'augmente pas le risque de cancer du sein, il reste contre-indiqué en cas d'antécédent personnel. Selon certaines études,

le DIU au lévonorgestrel 52 mg (Miréna) posé après 45 ans pourrait être laissé en place jusqu'à 55 ans. Si cette alternative est autorisée au Royaume-Uni, ce n'est pas le cas en France, c'est pourquoi le dispositif doit être changé tous les 5 ans.

LES MÉTHODES NATURELLES ET BARRIÈRES

La fiabilité des méthodes barrières diminue avec l'âge. Pour autant, les femmes doivent être informées de ces méthodes, car elles peuvent convenir à celles dont la sexualité est ponctuelle. Pour les alternatives naturelles, elles sont peu fiables, car il est possible que la femme présente une ovulation aléatoire et des cycles irréguliers après 40 ans.

Référence : La contraception après 40 ans. RPC Contraception CNGOF - Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. Volume 46, Issue 12, December 2018, Pages 865-872

PAROLE ^{DE} SAGES-FEMMES

LE SITE QUI VOUS DONNE LA PAROLE



WWW.PAROLEDESAGESFEMMES.COM

EN ACCÈS GRATUIT EN UN **CLIC!**



PAROLE ^{DE} SAGES-FEMMES
LE MAG



PAROLE ^{DE} SAGES-FEMMES
LE LAB



PAROLE ^{DE} SAGES-FEMMES
LE MOOC

Recevez votre **newsletter**

VIOLENCES OBSTÉTRICALES :

Comment ont-elles été perçues par les sages-femmes et gynécologues-obstétriciens ?

LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES ONT MARQUÉ L'ÉTÉ 2017 ET ONT FAIT JAILLIR DE VIVES POLÉMIQUES. QUELQUES ANNÉES PLUS TARD, COMMENT LES PROFESSIONNELS ONT-ILS PERÇU LE DÉBAT ? SAGES-FEMMES ET GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS RECONNAISSENT-ILS L'EXISTENCE DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES ? DANS SON MÉMOIRE* DE FIN D'ÉTUDES, AMANDINE MACIAS, SAGE-FEMME, A ABORDÉ CE SUJET. ELLE NOUS EN DIT PLUS SUR SON TRAVAIL, RÉCOMPENSÉ AU GRAND PRIX EVIAN 2019.

Propos recueillis par G.Dahan-Tarrasona



Amandine Macias

sage-femme à la maternité Port-Royal, Paris

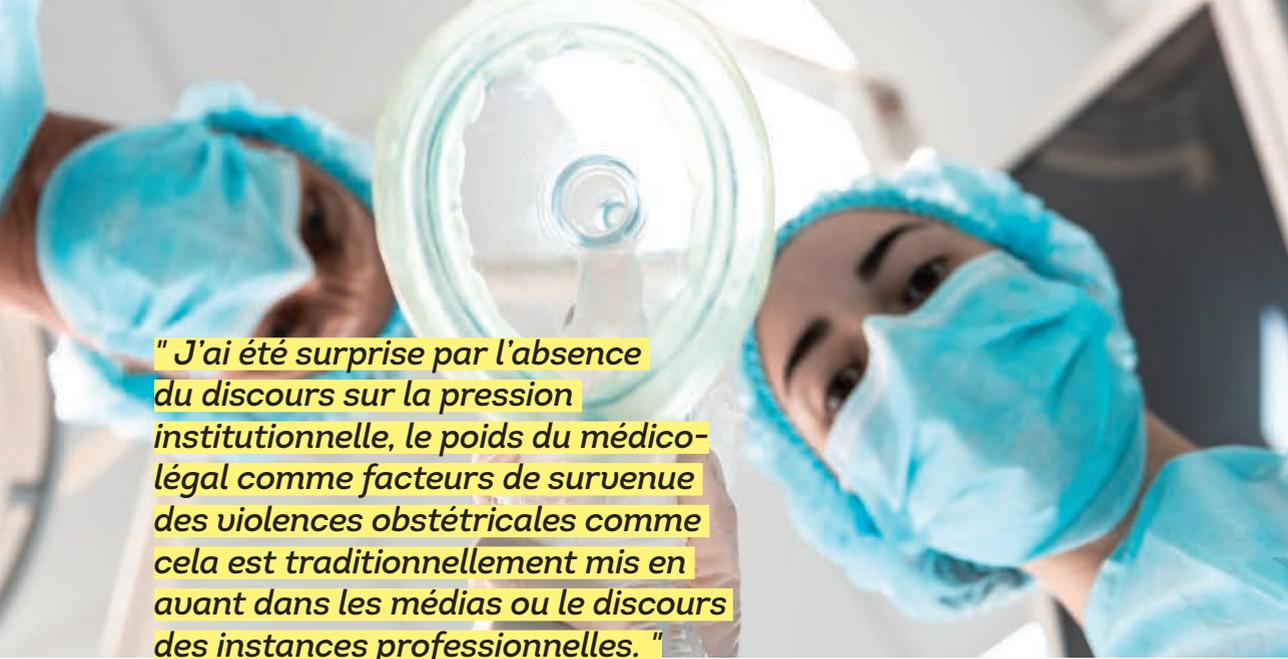
Parole de Sages-Femmes : **Pourquoi avoir traité ce sujet ?**

Amandine Macias : J'ai été interpellée par ce sujet, mais surtout par le sentiment d'accusation qu'il a fait naître chez les professionnels et de par la virulence des débats. Il était certainement plus facile pour moi de ne pas me sentir visée au moment du pic médiatique puisque j'étais encore étudiante. Mais bizarrement je me sentais plus proche des témoignages que de la réaction des professionnels sans pour autant avoir de vécu personnel négatif. D'un point de vue professionnel, ce sujet a modifié mon regard sur certains actes anodins. Je me suis demandé dans quelle mesure l'injection d'ocytocine pour la délivrance dirigée n'allait également pas devenir un sujet, on ne délivre que très peu d'information sur celle-ci et pource qui est du consentement, on en est très loin. Bref, je me suis posé une multitude de questions à l'échelle de ma toute petite expérience sur nos manières d'être en tant que soignant, les phrases et les mots utilisés « on va vous déclencher », « j'ai fait l'accouchement de Mme... ». Et puis surtout je me suis interrogée sur le refus de soin qui apparaît fortement dans les témoignages et qui est un non-sujet dans nos études,

dans nos stages... ou qui est abordé d'un point de vue médico-légal à l'occasion de 2 heures de droit ou d'éthique sur 5 ans de formation. Traiter ce sujet c'était une manière de conserver ce point de vue extérieur que je trouve enrichissant, de réinterroger un systématisme... J'espère que je saurai garder un œil critique sur ma pratique même après plusieurs années d'expérience !

PDSF : **Comment avez-vous procédé pour réaliser l'étude ?**

AM : J'ai réalisé une étude qualitative basée sur 16 entretiens semi-dirigés dans 5 maternités de Paris et sa 1ère couronne entre septembre et décembre 2018. L'équipe pédagogique craignait qu'interroger sages-femmes et gynécologues-obstétriciens ne génère des réactions corporatistes. J'avais l'intuition que les positions des professionnels étaient plus nuancées que celles exprimées dans les médias. Et effectivement, les résultats montrent que l'appartenance à une profession ne détermine pas le point de vue, en tout cas, pas dans mon panel. D'autres facteurs semblent plus déterminants comme le lieu d'exercice, la génération, le positionnement du chef de service... J'ai donc recruté mes candidats par liste de diffusion via



" J'ai été surprise par l'absence du discours sur la pression institutionnelle, le poids du médico-légal comme facteurs de survenue des violences obstétricales comme cela est traditionnellement mis en avant dans les médias ou le discours des instances professionnelles. "

les chefs de service et les cadres sages-femmes, avec plus ou moins de relances, J'ai complété ce corpus de « volontaires » en contactant directement des personnes de mon réseau ou celui de ma directrice de mémoire et en dernier lieu de manière totalement opportune lors de gardes calmes. J'ai exploité les entretiens, en moyenne de 30 minutes, par une analyse thématique et sémantique. La grille d'entretien semi-dirigé et la méthodologie inductive d'analyse ont mis en évidence des sujets que je n'avais pas anticipés, notamment la préparation à la naissance qui est omniprésente dans les discours, le profil de la patiente « idéale » aux yeux des soignants, la critique d'une médecine dite paternaliste, le recours à l'expérience personnelle pour éclairer la problématique des violences obstétricales...

PDSF: Quels sont les résultats principaux ? Avez-vous été surprise ?

AM: Le résultat principal est que les professionnels se sont non seulement remis en question suite au débat mais certains ont même modifié leurs pratiques en faveur d'une plus grande place accordée à l'information, voire au recueil du consentement pour une minorité. Le débat a eu impact plus fort que ce que nous avions pu imaginer au départ.

Le deuxième résultat c'est que même s'il n'existe pas de définition institutionnelle de la violence obstétricale, les professionnels et les milieux militants y mettent la même chose et partagent donc une vision commune. Ce partage conceptuel est important car

il est indispensable aux échanges et à la réflexion. J'ai été surprise par l'absence du discours sur la pression institutionnelle, le poids du médico-légal comme facteurs de survenue des violences obstétricales comme cela est traditionnellement mis en avant dans les médias ou le discours des instances professionnelles.

PDSF: Ces polémiques, ont amené les professionnels à une véritable prise de conscience, aujourd'hui, selon vous, qu'est-ce qui nous manque pour favoriser une meilleure « collaboration » soignants/ soignés ?

AM: Cette « collaboration » ne peut être effective que si l'on considère sincèrement la parole de l'autre comme aussi importante que notre expertise médicale. L'asymétrie de la relation est au cœur de ce débat. En tant que soignant, on se rend indispensable alors que pour moi, nous sommes des accompagnants dont l'objectif est de rendre les femmes et les parents le plus autonomes possible. L'accès aux connaissances scientifiques via internet a bousculé irrémédiablement la relation de soins et la libération de cette parole ne s'est pas faite sans heurts. C'est une opportunité dont les professionnels ont pris conscience à titre individuel sans attendre les prises de position de leurs hautes instances et c'est ce qui m'a le plus frappée au cours de mes recherches.

**Perception du débat sur les violences obstétricales par les professionnels, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Université Paris-Descartes. Amandine Macias. 2019.*



« PENDANT 9 MOIS, IL A ÉTÉ "INTIMEMENT" PORTÉ ET IL EN A ENCORE BESOIN »

NOUS VIVONS DANS UNE SOCIÉTÉ QUI PRÔNE L'ÉLOIGNEMENT, LA DISTANCIATION PHYSIQUE, LA TECHNOLOGIE A ÉVOLUÉ RAPIDEMENT ET A CHANGÉ LES RAPPORTS HUMAINS. LES BÉBÉS NE SONT PAS ÉPARGNÉS. ON A INVENTÉ LA POUSSETTE POUR REMPLACER LES BRAS DONT ON A TANT BESOIN. LE BABY-PHONE NOUS PERMET DE SURVEILLER DE LOIN SA PROGÉNITURE, SANS SE DÉPLACER. ET LE PORTAGE DANS TOUT CELA ?



Par **Sylvie Guilbert**, sage-femme
libérale à Aix-en-Provence

Depuis quelques années, de nombreuses publications nous permettent de mieux comprendre les bébés et leurs besoins. Nous revenons à des valeurs "primaires" essentielles, et même vitales pour eux. Le label IHAB* fleurit dans les maternités. Les ateliers de massages, portage, les réunions sur l'allaitement et les rythmes du bébé sont proposés aux futurs parents. Même s'il est encore critiqué, le "maternage proximal" s'impose enfin.

À la naissance, un bébé est immature au niveau de son cerveau, son dos et ses hanches. Il lui faudrait encore plusieurs mois de gestation pour pouvoir se débrouiller. Au vu de ces quelques mois de grossesse manquants, on se doit de protéger ce nouveau-né, en lui permettant un bon développement "ex utero". C'est le "continuum de la grossesse". In utero, ce bébé est nourri, réchauffé et en

" Au vu de ces quelques mois de grossesse manquants, on se doit de protéger ce nouveau-né, en lui permettant un bon développement "ex utero". C'est le "continuum de la grossesse". "

proximité avec sa mère 24/24H. A la naissance, la mère choisit l'allaitement maternel ou artificiel, achète des layettes bien chaudes mais aimerait que ce bébé dorme sagement dans son berceau. Pourtant, pendant 9 mois, il a été "intimement" porté et il en a encore besoin.

LES BIENFAITS DU PORTAGE

Le portage est riche de bienfaits, en favorisant le développement du bébé, ses compétences, son autonomie ainsi que la relation parents-enfants.

→ Pour le cerveau:

Lors de ce corps à corps, la sécrétion d'ocytocine est augmentée, confortant le lien et l'attachement. Cette proximité permet aux parents d'écouter les besoins, les signaux du bébé et d'y répondre rapidement. Ce dernier est apaisé. On crée un lien sécurisant. Le bébé se développe dans l'environnement qu'on lui donne. Si l'enfant est en confiance, il grandira en s'affirmant. Si ces besoins ne sont pas comblés, l'enfant aura tendance à se replier sur lui-même.

→ Pour le dos et les hanches :

En respectant la position physiologique du nouveau-né (dos arrondi, en position accroupie), on protège son dos et ses hanches. À la naissance, un bébé n'a pas le tronc musclé, les disques intervertébraux sont aqueux, la colonne vertébrale est sensible aux compressions tête/fesses, les hanches sont cartilagineuses. Le soutien postural obtenu grâce à une technique de portage en écharpe, avec un serrage zone par zone, en position suspendu, protège le dos et les hanches. La base du crâne est aussi une zone vulnérable. La nuque est traversée par des nerfs importants: l'hypoglosse, le glossopharyngien et le vague, intervenant dans la déglutition, la succion, la respiration. Il ne faut pas bloquer la tête mais la soutenir, en permettant une certaine liberté de mouvement.

Mais ce n'est pas tout, le portage protège également des coliques, des reflux, favorise une acquisition veille/nuit plus rapidement, stimule le système vestibulaire, stimule le babillage (on parle plus à son bébé quand il est près de soi). Il préserve la tête du bébé (la plagiocéphalie). On a remarqué aussi que les petits Africains traditionnellement portés sont plus précoces que les petits européens.

" En respectant la position physiologique du nouveau-né (dos arrondi, en position accroupie), on protège son dos et ses hanches. À la naissance, un bébé n'a pas le tronc musclé, les disques intervertébraux sont aqueux, la colonne vertébrale est sensible aux compressions tête/fesses, les hanches sont cartilagineuses. "





IL EXISTE DIFFÉRENTS TYPES DE PORTAGES

Il existe différentes manières, différentes techniques, mais la plus simple, la plus économique et la plus naturelle reste le portage aux bras. Bien sûr, nous avons besoin de notre autonomie. Pour nous aider, il existe plusieurs dispositifs.

Attention cependant, tous les modes de portage existants ne sont pas forcément à recommander. Différents modèles sont proposés : l'écharpe, l'écharpe de portage hamac avec anneau, les prêts à porter, d'inspiration asiatique... Il existe des tissages différents: le sergé, le jersey, le jacquard... Certains permettent de créer les tensions, remplaçant les muscles du dos du bébé, d'autres non. La durée du portage peut varier de quelques minutes à plusieurs heures. Pour le confort et le respect du bébé, il faudra adapter les nœuds à cette durée mais aussi à l'âge de l'enfant. On peut porter devant, en kangourou, sur le côté ou dans le dos. Il y en a pour tous les goûts, chacun peut trouver ce qui lui convient. Mais par sécurité et pour choisir en toute connaissance de cause, il vaut mieux participer à des ateliers de portage. La pratique, les règles de sécurité, les bienfaits,

les précautions (position physiologique du dos du bébé, les genoux plus hauts que les fesses, légèrement écartés..) à prendre y sont abordés.

SES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS...

Le bien-être du porteur n'est pas à négliger. Le bébé doit être serré, le plus proche du centre de gravité du porteur, à hauteur de "bisous". Les bretelles de l'écharpe doivent être assez larges pour la bonne répartition des charges, et surtout on évite les nœuds avec des ceintures abdominales, contre indiquées pour les accouchées et leur périnée.

Le portage ne connaît quasiment pas de contre-indications. Par contre, il convient à tous les bébés: qu'ils soient nés à terme, prématurés, handicapés, jumeaux, autistes, trisomiques, avec des problèmes d'enroulement... le portage apporte réconfort et bien-être. Et pour tous les porteurs, parents, grands parents, frères, sœurs, ils en tireront des bénéfices aussi bien psychologiques que physiques.

**Initiative Hôpital Ami des Bébés*

AUX USA,

SEULEMENT 8 À 10% DES NAISSANCES SONT ACCOMPAGNÉES PAR DES SAGES-FEMMES

L'EXPÉRIENCE DE LA MATERNITÉ A ÉTÉ POUR LAURE COMME UNE RÉVÉLATION.
ELLE A DÉCIDÉ DE S'ORIENTER VERS LE MÉTIER DE SAGE-FEMME ALORS
QU'ELLE ÉTAIT INSTALLÉE À NEW YORK. ELLE NOUS LIVRE SON EXPÉRIENCE.



Avec **Laure Sinnhuber-Giles**,
sage-femme en maison de naissance à New York

Parole de Sages-Femmes : Pouvez-vous décrire brièvement votre parcours professionnel ?

Laure Sinnhuber-Giles : Le métier de sage-femme est un deuxième métier pour moi. Auparavant, je travaillais dans le secteur des médias à Londres. J'ai terminé mon Master de sage-femme à l'université SUNY Downstate Medical Center (Brooklyn, NY) en août 2017. Mon premier poste, c'était en maison de naissance indépendante d'un hôpital. J'étais employée comme "fellow", c'est-à-dire dans le cadre d'un compagnonnage qui m'a permis de travailler en binôme avec une sage-femme plus expérimentée que moi. Petit à petit j'ai gagné en autonomie dans ma pratique.

PDSF : Pourquoi et quand êtes-vous partie aux USA ?

LSG : J'ai quitté Londres à la fin de 2005 pour accompagner mon mari à New York pour un contrat d'un an. Et cela fait maintenant 14 ans que nous vivons ici ! J'étais enceinte en arrivant aux USA et j'ai pu bénéficier d'un congé parental d'un an payé par la maison d'édition britannique pour laquelle je travaillais

à l'époque. C'est l'accompagnement d'une sage-femme indépendante à New York pour mon accouchement à la maison qui m'a ouvert les yeux sur cette profession. J'ai commencé par travailler comme bénévole pour une association qui militait pour l'information et le choix des parents par rapport à la naissance. Il s'en suivait tout naturellement une formation à la pratique en tant que doula, comme préparatrice à l'accouchement et consultante en lactation. Enfin, quand mes enfants ont été un peu plus grands, j'ai fait les études préparatoires pour accéder finalement en 2014 à l'école de sage-femme de l'université SUNY Downstate Medical Center.

PDSF : Quelles difficultés avez-vous rencontrées pour trouver du travail ?

LSG : Alors qu'une sage-femme formée en France bénéficie depuis 2005 de la reconnaissance automatique de son titre de formation dans l'Union Européenne, en Islande, en Norvège, au Lichtenstein et en Suisse, cela n'est pas le cas aux USA. Une sage-femme formée en France qui souhaiterait travailler à l'hôpital dans l'état de



« Une sage-femme formée en France qui souhaiterait travailler à l'hôpital dans l'état de New York avec un champ de pratique similaire à celui de la France doit retourner à l'université pour compléter l'ensemble de la formation sage-femme. »

New York avec un champ de pratique similaire à celui de la France doit retourner de retourner à l'université pour compléter l'ensemble de la formation sage-femme.

Aux USA, seulement 8 à 10% des naissances sont accompagnées par des sages-femmes. C'est une profession qui a été historiquement marginalisée à partir du moment où les hommes ont professionnalisé l'obstétrique au milieu du 19^e siècle. De ce fait, de nos jours encore, il y a assez peu de postes aux USA et trouver du travail en tant que salarié peut prendre du temps. Pour ma part, à New York, j'ai mis environ 6 mois pour trouver mon premier poste à la sortie de ma formation.

PDSF : Sage-femme aux USA, quelles différences avec la France ?

ISG : Il faut se rappeler que les USA sont, comme leur nom l'indique, une Fédération d'Etats. Aux USA, il y a 3 types de diplômes de sage-femme. Selon les États, les lois sont différentes, et un diplôme donne accès à une licence ou non.

1- La plupart des sages-femmes détiennent le diplôme de « Certified Nurse-Midwife » soit CNM. Elles commencent par obtenir la licence d'infirmière avant de continuer avec la formation de sage-femme. Ces sages-femmes travaillent le plus souvent en hôpital. Elles ont le droit de prescription. Elles peuvent travailler dans les 50 États américains. Le champ de leur pratique inclut le suivi gynécologique et la contraception, l'obstétrique et le soin de santé primaire. Ce diplôme équivaut à un niveau universitaire de Master.

2- Une petite minorité de sages-femmes détiennent le diplôme "Certified-Midwife", soit CM. Ce diplôme est reconnu comme identique pour l'ensemble de la formation et de la pratique sage-femme. Des études préparatoires et l'acquisition de compétences de base en santé sont nécessaires avant de continuer avec la formation de sage-femme. Ces sages-femmes travaillent aussi le plus souvent en hôpital. À ce jour, elles n'ont le droit de travailler que dans 5 États, y compris New York. Selon les États,

leur droit de prescription varie. Le champ de leurs pratiques inclut le suivi gynécologique et la contraception, l'obstétrique et le soin de santé primaire. Ce diplôme est également du niveau universitaire d'un Master. L'association professionnelle des CNM et CM est appelée le "American College of Nurse Midwives (ACNM)."

- 3- Un troisième groupe de sages-femmes détient le diplôme de "Certified Professional Midwife" soit CPM. Cette formation est la mieux adaptée pour le soutien des femmes qui accouchent physiologiquement. Ces sages-femmes travaillent dans les maisons de naissance ou au domicile des patientes. Elles ont le droit de pratiquer dans 31 États. Elles n'ont pas accès aux hôpitaux et n'ont pas le droit de prescription. Leur champ d'exercice se limite à l'obstétrique. La formation est accessible après obtention du "High School Diploma" (l'équivalent du baccalauréat en France). L'association professionnelle des CPM s'appelle "National Association of Certified Professional Midwives" (NACPM). Le salaire d'une sage-femme débutant à l'hôpital à New York est d'environ 95,000\$/an et d'environ 50,000\$/an en maison de naissance.

PDSPF : Et vous, quelles sont vos activités ?

ISG : Jusqu'à récemment, j'étais responsable du suivi prénatal, de la naissance et du suivi post-partum des femmes qui préoyaient d'accoucher à la maison de naissance où je travaillais. J'ai également fait du suivi gynécologique. Depuis peu, je propose des groupes de soutien en ligne pour les femmes enceintes et les jeunes mères. J'ai un groupe en français, un autre en anglais. Je propose également des consultations privées en ligne. Les thèmes abordés dépendent des groupes et incluent la lactation, le sommeil, la nutrition, la préparation à la naissance, la rééducation du périnée, la sexualité, la vaccination etc.

PDSPF : Comment la population perçoit la profession de sage-femme? Quelle est la position du gouvernement à son égard ?

ISG : Les USA n'ont pas de système publique de santé centralisé et accessible à tous. Chaque État définit ses lois, et de ce fait, l'attitude change d'un État à l'autre. C'est un système de santé fragmenté, très litigieux et qui dépense plus pour l'obstétrique que tout autre pays, tout en ayant des résultats statistiquement moins bons par rapport à d'autres pays à haut standard de vie, en ce qui concerne la mortalité et la morbidité maternelle et infantile.

« Pour pratiquer aux USA avec un champ d'exercice similaire à celui de la sage-femme en France, il est plus que probable qu'il faille retourner à l'université, ce qui implique un coût financier conséquent. »



Si une/un sage-femme souhaite s'installer aux USA, quels conseils lui donneriez-vous ?

- Maîtriser la langue !
- Prendre en considération le temps que l'on souhaite passer aux USA car se former comme sage-femme prend du temps...
- Ici, il n'y a pas de système de santé publique centralisé et généralisé, de médicalisation du système, il y a peu de place laissée à la sage-femme. Je lui conseillerais de regarder le documentaire "The Business of Being Born (2008)" pour mieux cerner le système.
- Prévoir du budget ! Pour pratiquer aux USA avec un champ d'exercice similaire à celui de la sage-femme en France, il est plus que probable qu'il faille retourner à l'université, ce qui implique un coût financier conséquent. La formation à New York coûte un minimum de 25 000\$ de frais d'inscription universitaire. L'alternative est de s'engager dans la formation du diplôme CPM qui se fait hors université et qui est probablement moins onéreuse. Ce diplôme limite cependant la pratique à l'accompagnement hors milieu hospitalier, mais donne évidemment accès bien plus facilement à la physiologie. Quel que soit le diplôme choisi, il faut toujours vérifier si l'on peut obtenir une licence de travail dans l'État de résidence.
- Une autre alternative : se diversifier ! J'ai rencontré 3 sages-femmes de formation française à New York, elles ont toutes su se réinventer, ce qui demande flexibilité et humilité. Une première a choisi la pratique en tant que doula et offre de la préparation à l'accouchement et la rééducation du périnée. Une autre a repris une formation en ligne en physionutrition à une faculté de médecine d'un CHU, en France. La troisième est assistante qualité et amélioration continue des pratiques professionnelles d'un cabinet vétérinaire. Chacune à sa façon a su retrouver un exercice dans le soin tout en renonçant à la pratique du métier de sage-femme. Un sacrifice à assumer...



« Ils pensent qu'une sage-femme n'accompagne les accouchements qu'à domicile - alors qu'en réalité, la plupart des sages-femmes pratiquent en hôpital. »

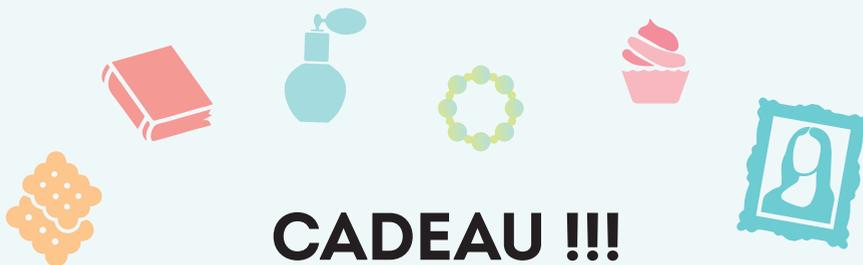
C'est une profession peu connue par les Américains et pratiquement ignorée par le gouvernement. C'est une ressource largement sous-utilisée, quand on sait qu'une sage-femme coûte moins cher qu'un obstétricien. Une étude publiée récemment (février 2020) concernant les lieux de naissance met d'ailleurs en valeur cette sous-utilisation (Birth Settings in America: Outcomes, Quality, Access, and Choice- The National Academy of Sciences, février 2020*). Nombre d'études montrent non seulement une plus grande satisfaction des femmes qui accouchent avec le soutien d'une sage-femme mais aussi un taux d'intervention inférieur (par exemple moins de déclenchements, moins de péridurales, moins de césariennes, moins d'accouchements par ventouse, etc).

Aux USA, les sociétés d'assurance dictent ce qui doit garantir la sécurité pour les malades, sans nécessairement se baser sur les faits. Cela limite considérablement le champ de la pratique, par exemple en ce qui concerne l'accouchement voie basse après césarienne, l'accouchement à domicile ou l'accouchement voie basse avec présentation caudale. Cela encourage aussi la pratique défensive de la médecine, puisqu'on ne va pas perdre un procès pour une intervention en trop, mais on le perdra pour une intervention estimée manquante.

Aux USA, la plupart des parents ne connaissent pas le métier de sage-femme et son champ de pratique. Ils font appel à un obstétricien "pour le cas où" il y aurait une complication. Ils ne sont pas conscients qu'en travaillant avec un praticien formé à la pathologie, ils choisissent le modèle de soin médical : la grossesse et l'accouchement ne sont normaux que dans l'après-coup, lorsque tout s'est bien passé, pas avant. De prime abord, l'accouchement est considéré comme une bombe à retardement. Ce modèle ne valorise pas la physiologie et s'appuie principalement sur la technologie. Il est probable qu'aux USA un obstétricien peut terminer sa formation sans jamais avoir vu un accouchement physiologique, puisque leur internat a lieu bien souvent dans des hôpitaux universitaires sans service de sages-femmes.

Bien des Américains ne connaissent pas la différence entre une sage-femme et une doula. Ils pensent qu'une sage-femme n'accompagne les accouchements qu'à domicile, alors qu'en réalité, la plupart des sages-femmes pratiquent à l'hôpital. Ils pensent que les sages-femmes ne suivent que les accouchements physiologiques et qu'elles ne peuvent pas prescrire la péridurale.

*www.nap.edu/resource/25636/Birth%20Settings.pdf



CADEAU !!!

DES PATIENTES MANIFESTENT DE DÉLICATES ATTENTIONS APRÈS LA NAISSANCE DE LEUR ENFANT. TOUCHANT, SURPRENANT, RACONTEZ-NOUS LE CADEAU LE PLUS MARQUANT QUE L'ON VOUS AIT OFFERT AU COURS DE VOTRE CARRIÈRE !

Un couple que j'avais accompagné pour la naissance de leur 1er enfant mort-né s'est présenté 2 ans plus tard au bloc obstétrical sur une de mes gardes pour me remettre la faire-part de naissance de leur 2e enfant et me présenter Maëlys. J'ignorais cette 2e grossesse. J'ai vraiment été touchée...

LYDIE

Un tableau magnifique.

MAGALI

Une boîte de biscuits. Cela peut paraître anodin. Mais quand ça vient d'une patiente dans un camp de réfugiés pour qui ça représente tellement... Pour moi, c'est le présent le plus marquant depuis que j'exerce.

SAMRA

Le plus beau cadeau, c'est mon amie depuis plus de 30 ans que j'ai connue pour la naissance de son premier bébé et qui ensuite en a eu 5 autres... une histoire très belle, c'est comme une sœur !

ANNE-MARIE

Un bracelet sur un thème que la patiente avait remarqué que j'appréciais : Harry Potter. J'ai trouvé ça tellement touchant que ce soit personnalisé !

LISLE

Un livre avec une magnifique dédicace.

EDITH

Une jolie carte de remerciement avec un poème écrit spécialement pour moi.

ASMA

Mon tout premier cadeau de sage-femme diplômée : un extincteur de voiture; et le tout dernier 4 masques ffp2 non périmés. Dans les deux cas, les parents m'ont remerciée en m'offrant un cadeau protecteur.

LAETITIA

Humm... lettre, fleurs, champagne, bougie, boucles d'oreilles, pendentif (arbre de vie), mais... le plus touchant c'est celle qui m'a dit avant de pousser qu'elle était contente que la 1ère chose que son bébé allait voir c'était mon sourire.... Chaque naissance est un cadeau et c'est un privilège de pouvoir y assister.

MARION

Un flacon de parfum, de la part d'une patiente aux revenus modestes, que j'ai accompagnée trois nuits durant pour son IMG... on a fini par se tomber dans les bras l'une de l'autre...

KARINE

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



LA MÉNOPAUSE EN PRATIQUE ...

Enfin un guide pratique sur la ménopause ! De la physiologie à la prise en charge de la ménopause, l'ouvrage « La ménopause en pratique » répond à toutes les questions des praticiens concernés par la santé des femmes.

Ce livre propose une mise au point sur la périménopause et la ménopause. Il aborde 6 parties pour comprendre les modifications physiologiques ainsi que

les différentes situations cliniques que peut rencontrer le professionnel de santé. Il s'appuie sur les dernières données scientifiques et sur l'expérience clinique des auteurs du guide. Gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes trouveront les clés pour proposer un accompagnement individualisé à chaque femme dans cette étape de leur vie.

La ménopause en pratique, de Brigitte Raccah-Tebeka, Geneviève Plu-Bureau. Éditions Elsevier, 45€.



MIEUX CONNAÎTRE LES PERTURBATEURS ENDOCRINIENS POUR SE PROTÉGER

L'industrialisation et la course à la productivité ont fait flamber l'utilisation de substances toxiques pour la santé et l'environnement. Un scandale sanitaire que Odile Bagot a choisi de traiter dans ce livre.

La liste des perturbateurs endocriniens s'allonge et les publications d'études ne cessent d'alourdir le bilan négatif qui pèse sur la santé. Maladies chroniques, maladies graves, les substances toxiques peuvent toucher tout l'organisme et impactent aussi les générations futures. Maintenant que nous en sommes arrivés là, comment faire machine arrière ? Odile Bagot, gynécologue et autrice de cet ouvrage, mène une enquête sur ces polluants avec rigueur scientifique pour mieux comprendre les enjeux sur la santé. Avec une approche bienveillante, elle amène le lecteur à trouver des solutions concrètes au quotidien pour se protéger des perturbateurs endocriniens. Accessible à tous, ce livre peut être conseillé aux futurs parents, et à toute personne soucieuse de vivre dans un environnement meilleur.

Perturbateurs endocriniens - La guerre est déclarée ! D'Odile Bagot. Éditions Mango, 17,50€.



SAGE-FEMME : DANS LES COULISSES DE LA PROFESSION

Métier passion, métier vocation, être sage-femme c'est aussi exercer une profession qui manque cruellement de reconnaissance. Pourtant les compétences n'ont pas cessé de se développer au cours de ces dernières années pour faire des sages-femmes les interlocuteurs privilégié-e-s des femmes. Marion Mc Guinness, autrice

du livre « Vies de sages-femmes » a choisi de donner la parole aux sages-femmes. Elles nous livrent dans cet ouvrage des témoignages, pour certains émouvants ou bien engagés sur leurs difficultés, leur relation avec les femmes, les couples, leurs collègues, sur les valeurs humaines... Le tout avec grande sincérité.

Vies de sages-femmes. De Marion Mc Guinness. Éditions Vuibert, 14,95€.

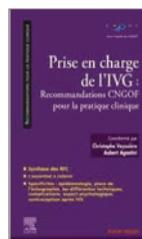


LE SUIVI POST-NATAL MÈRE-ENFANT EN 110 FICHES PRATIQUES

Le suivi post-natal de la mère et de l'enfant est une période incontournable pour les sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, médecins-généralistes, puéricultrices... La mise à jour dans ce domaine est donc essentiel pour les professionnels de la périnatalité

et c'est ce que propose le livre « 110 fiches pour le suivi post-natal ». En prenant en compte les dernières recommandations nationales et internationales, les 110 fiches, réalisées par plus de 35 auteurs, regroupent 5 thématiques : l'organisation du suivi de la mère et du nouveau-né, le suivi maternel en post-partum, l'allaitement maternel et l'alimentation du nouveau-né, les pathologies des premiers mois de vie et la parentalité. Pratique, synthétique, le lecteur pourra aussi chercher des informations complémentaires utiles pour son activité quotidienne dans des documents téléchargeables.

110 fiches pour le suivi post-natal mère-enfant - 2e édition. Anne Battut, Dr Thierry Harvey, Pr Alexandre Lapillonne. Aux éditions Elsevier Masson, 36€.



PRENDRE EN CHARGE L'IVG AVEC LES RECOMMANDATIONS DU CNGOF

Les professionnels de santé concernés par l'IVG trouveront dans ce guide l'essentiel des recommandations du CNGOF. Il aborde 9 chapitres : Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en

France, quelle place pour l'échographie dans la pratique de l'IVG ? L'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, l'interruption volontaire de grossesse instrumentale, les complications de l'interruption volontaire de grossesse, aspects psychologiques de l'IVG, la contraception après interruption volontaire de grossesse, interruption volontaire de grossesse : le cadre juridique français, l'histoire du misoprostol et l'IVG médicamenteuse. Le tout avec un accès pratique et rapide à l'information.

Prise en charge de l'IVG - Recommandations CNGOF pour la pratique clinique. Coordonné par Christophe Vayssière et Aubert Agostini. Aux éditions Elsevier Masson, 39€.

À noter

dans vos agendas !

Retrouvez tous les événements sur
www.paroledesagesfemmes.com

CITY CENTER VIEUX PORT
World Trade Center, 2 Rue Henri Barbusse
13001 MARSEILLE

10 ans

3 JOURS
10, 11 & 12 SEPTEMBRE 2020

10^{es} RENCONTRES A DEUX MAINS

Présidente **Magali DUBOIS**
Sanary-sur-mer

Président **Michel DAGUES-BIÉ**
Tarbes

Invité d'honneur
Jean Claude GUIMBERTEAU
Chirurgien-plasticien / Pessac
auteur de livres et DVD
Promenades sous la peau par endoscopie tissulaire
à la recherche de notre architecture d'intérieur

Comité scientifique
Pierre MARÈS - Chantal FABRE-CLERGUE

NOUVEAU :
Ateliers du jeudi sur inscription

www.ra2m.fr

Du 24 au 26 juillet 2020 – Budapest

The 6th International Neonatology
Association Conference

→ Inscription & informations : www.emedevents.com

Du 10 au 12 septembre 2020 – Marseille

10es Rencontres à 2 mains

→ Inscription & informations : ra2m.fr

Le 18 septembre 2020 – Paris

Anticoagulants et grossesse

→ Inscription & informations : infocongres.com

Les 28 et 29 septembre 2020 – Paris

Journées Nationales de Néonatalogie

→ Inscription & informations : infocongres.com

Le 2 octobre 2020 – Nancy

Journées d'Actualités Lorraine en Néonatalogie

→ Inscription & informations : infocongres.com

Du 7 au 9 octobre 2020 – Le Havre

Les 50e Journées Nationales de la Société

Française de Médecine Périnatale

→ Inscription & informations : reseaux-perinat-hn.com

Du 21 au 23 octobre 2020 – Lille

48e Assises Nationales des Sages-Femmes

→ Inscription & informations : cerc-congres.com

Vendredi 18 septembre
2020

Journée ANTICOAGULANTS et GROSSESSE

Coordination scientifique
Pr Jacques LEPERCO - Pr Vassilis TSATSARIS

📍 Maison de la RATP
54, Quai de la Rapée
Espace du CENTENAIRE
75012 Paris

PROGRAMME - INSCRIPTION RETROUVEZ toutes les informations sur
www.infocongres.com

4 Sessions

- PHARMACOLOGIE et SURVEILLANCE D'UN TRAITEMENT ANTICOAGULANT
- ANTICOAGULANTS et SITUATIONS FREQUENTES
- ANTICOAGULANTS et SITUATIONS GRAVES
- ANTICOAGULANTS et PERIPARTUM

N° de FORMATION : 1194701314
Relations Médicales

34, Grande rue Charles de Gaulle - 94110 NOGENT SUR MARNE
01 47 00 00 00 - www.reseaux-perinat.com
Tél : +33 (0)9 47 22 30 44

1^{ère} formule infantile au lait de chèvre cliniquement évaluée

Capricare® est à l'origine du changement de Directive Européenne, autorisant la mise sur le marché des formules infantiles au lait de chèvre.

Nutritionnellement complète.

Issue de 30 ans de recherche.

Bénéficie d'un profil lipidique unique grâce à la conservation des lipides laitiers de la crème du lait de chèvre.

Goût délicat apprécié
des nourrissons

Nouvelles
formulations
avec DHA*



NOUVEAU

NEOLYA

Un accompagnement de la **préconception**
à l'**allaitement** pour répondre aux besoins spécifiques
de la **maman, du fœtus et du bébé allaité**

Une formule unique riche en **acide folique**
+ **oméga-3** + **vitamines** + **fer**



= 1 MOIS DE CURE

MODE D'UTILISATION*



100% DES APPORTS
RECOMMANDÉS

BÉNÉFICES POUR LA MÈRE

- **ACIDE FOLIQUE** : 400 µg/j (recommandations OMS)
- **VITAMINES** : B1, B2, B3, B5, B6, B8, B12, C, D, E
- **MINÉRAUX** : Fer, iode



LE + DOSÉ
EN OMEGA-3**

BÉNÉFICES POUR LE BÉBÉ

- **OMÉGA-3** : source d'énergie
 - ▶ **ALA**⁽¹⁾ (extrait de l'huile de chia)
 - ▶ **EPA**⁽²⁾, **DHA**⁽³⁾ (extraits de l'huile de poisson)
- **PHOSPHOLIPIDES** : composants essentiels des membranes cellulaires
 - ▶ **Extrait lipidique de krill**



Ne remplace pas une alimentation équilibrée
et variée, ni un mode de vie sain.

* Du début de grossesse à la fin de l'allaitement. Il est conseillé d'arrêter la prise de NEOLYA quelques jours avant le terme prévu puis de le reprendre normalement pendant la période d'allaitement. Un avis médical est nécessaire pour les personnes atteintes d'affections thyroïdiennes.

** sur le marché des compléments alimentaires grossesse.

(1) ALA : acide alpha-linolénique. (2) EPA : acide eicosapentaénoïque. (3) DHA : acide docosahexaénoïque.



Laboratoires Baileul 264, rue du Faubourg Saint-Honoré - 75008 Paris
Tél : 01 56 33 11 11 - vigilance-reclamation@baileul.com

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