PAROLE DE SAGES-FEMMES

# PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 35 • Hiver 2020-2021

LE MAGAZINE QUI VOUS DONNE LA PAROLE

**INFECTION À CHLAMYDIA TRACHOMATIS**
UNE IST ENCORE MÉCONNUE DE LA POPULATION

**MON MÉTIER AU QUOTIDIEN**
QUE SAVEZ-VOUS SUR **L'ACCOUCHEMENT SOUS X ?**

**ETUDE**
**« LE PÉRINÉE RESTAIT L'ENTITÉ LA PLUS MÉCONNUE**
51% DES FEMMES IGNORAIENT SA LOCALISATION »

**INTERNATIONAL**
« 2020 A ÉTÉ UNE EXCELLENTE ANNÉE POUR L'ICM ET LES SAGES-FEMMES, ELLE N'EST PAS GÂCHÉE ! »

**GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT**
**RÉTENTION URINAIRE AIGUË** COMMENT LA PRÉVENIR ?

**CONSEILS DE PROS**
4 QUESTIONS SUR **LES ANOMALIES DU DÉVELOPPEMENT SEXUEL**

**DOSSIER**

## SOIGNANTS : IL ÉTAIT UNE FOIS LA VIE À L'HÔPITAL

- **HARCÈLEMENTS : DANS LES COULISSES DES HÔPITAUX**
- **DÉTRESSE ÉMOTIONNELLE : SPS UNE ASSOCIATION AUX CÔTÉS DES SAGES-FEMMES**
- **PRENDRE SOIN DES PROFESSIONNELS : FAITES LE PLEIN D'IDÉES**

Nouvelle gamme pour **toute la famille**

# **BIO** de **A** à **Z**

COSMÉTIQUE BIO CHARTE COSMEBIO

ECOCERT COSMOS ORGANIC

Vegan

DERMATOLOGIQUEMENT TESTÉ

FABRIQUÉ EN FRANCE

99%* d'ingrédients d'origine naturelle

Huile d'olive BIO des oliveraies de Nîmes

Sans parfum

Flacons et tubes d'origine végétale

*en moyenne

# ÉDITO

## Nouvelle année, nouveaux espoirs

L'année 2020 prend fin. Une année inédite, mouvementée, qui marquera encore pendant longtemps la mémoire collective.

Une année de désespoir, de colère pour les sages-femmes déjà en souffrance. La crise COVID-19 n'a fait qu'alourdir le poids psychologique.

Mais il est temps de passer à plus de sérénité, de faire entendre la voix des sages-femmes dans un système de soins plus juste. Une nouvelle année pour de nouveaux espoirs ? En tout cas, de nouvelles négociations – pour faire suite au décevant Ségur de la santé - seront prévues avec les hautes instances au printemps 2021.

En attendant, prenez soin de vous ! Prenez le temps de souffler et si besoin de vous faire accompagner dans vos difficultés au travail. Une sage-femme en pleine santé, c'est un professionnel plus apte à donner des soins bienveillants et empathiques aux mères et à leurs nouveau-nés.

À votre santé et bonne année 2021 !

Bonne lecture

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

# PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 34


3 **Édito** M.O.T.I.V.A.T.I.O.N

## ACTUS

5 **Actus France** • Le déficit en MCAD a intégré le test de Guthrie • L'endométriose et son impact sur le travail • Une comédie sur la maternité • L'IVG instrumentale refusée aux sages-femmes-Covid-19 : Les sages-femmes peuvent réaliser les tests antigéniques • Le manque d'oméga-3 chez la mère peut nuire au développement cérébral du bébé • Lyon : La natalité en baisse 9 mois après le 1er confinement • Une femme, une sage-femme • Le vaccin anti-HPV est recommandé chez les garçons âgés de 11 à 14 ans • La sérovaccination anti-VHB des nouveau-nés est insuffisante !

8 **Actus Monde** • Australie : Chaque grossesse abaisse le risque de développer un cancer de l'endomètre • Japon : Des femmes se mobilisent pour accéder à la contraception d'urgence • USA : Femme, homme, le genre de l'obstétricien a-t-il un impact sur le taux de césarienne ? • Écosse : Les protections hygiéniques sont gratuites ! • Covid-19 : Pourquoi les femmes sont-elles mieux protégées que les hommes ? • Monde : Le cancer du col de l'utérus dans le monde en chiffres

10 **À la loupe** Infection à Chlamydia trachomatis : Une IST encore méconnue de la population

12 **Rencontre** Avec Sophie Roquelin, sage-femme au sein de l'association Reprenvis

## GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

16 **Rétention urinaire aiguë :** Comment la prévenir ?

## MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

18 **Que savez-vous sur l'accouchement sous X ?**

## DOSSIER
## SOIGNANTS : IL ÉTAIT UNE FOIS LA VIE À L'HÔPITAL

23 **Harcèlements :** Dans les coulisses des hôpitaux

25 **Détresse émotionnelle :** SPS une association aux côtés des sages-femmes

28 **Prendre soin des professionnels :** Faites le plein d'idées

## ÉTUDE

32 **« Le périnée restait l'entité la plus méconnue :** 51% des femmes ignoraient sa localisation **»**

## CONSEILS DE PROS

34 **4 Questions** sur les anomalies du développement sexuel

## PROFESSION SAGE-FEMME

38 **Sage-femme international**

40 **Détente :** Quelles sont vos applications smartphone préférées ?

42 **Dans ma bibliothèque de pro**

44 **À noter dans vos agendas**





PAROLE DE SAGES-FEMMES

**Rédaction**

**Directeur de la publication**
Olivier Abecassis

**Rédactrice en chef**
Géraldine Dahan Tarrasona

**Journalistes**
Nathalie Barenghi
Suruthi Srikumar

**Réalisation**

Nilay Cosquer
Philippe Fernandes

**Photographies**
Getty Images

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

**Remerciements :**

Sophie Roquelin, Fanny Perrin, Clémence Mielle, Cécile Andrzejewski, Catherine Cornibert, Christine Chalut-Natal Morin, Vincent Cicero, Dr Marguerite D'Ussel, Lisa Belaidi, Marine Tirel, Franka Cadée, Dicko Fatoumata S Maiga

Mayane|group

*Parole de sages-femmes* est édité par la société Mayane Communication,

SAS au capital de 10.776,50 euros immatriculée au RCS de Paris sous le numéro B 423 780 113 dont le siège social est 8 rue Saint-Fiacre - 75002 Paris

La société Mayane Communication peut être contactée par email : redactionpdm@unifygroup.com

Mayane Communication a été déclaré auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) en application de

Loi n° 2004-575 du 21 juin 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, sous le numéro de récépissé 1841140 v 0. Dépôt légal : 2020 - ISSN en cours

Imprimeur : Docside 59, rue du Fg Poissonnière 75009 PARIS

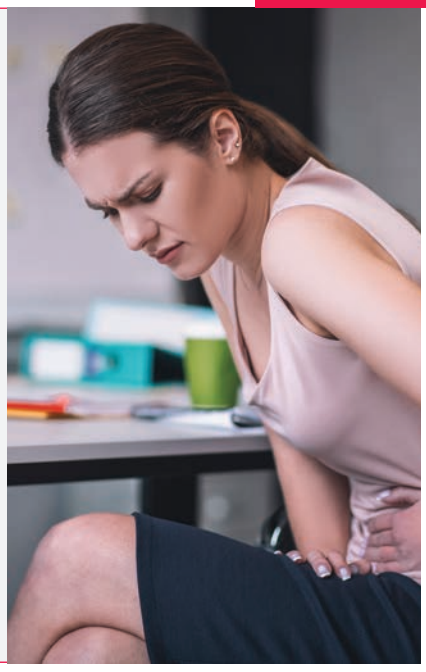
Routage : Pubadresse - ZA du Chêne Bocquet - 52 rue Constantin Pecqueur - 95150 Taverny

## L'endométriose et son impact sur le travail

Les résultats d'une enquête du Centre d'études de l'emploi et du travail (CEET) ont mis en lumière les conséquences de l'endométriose sur l'emploi. En voici quelques chiffres :

- 27% font part de passages aux toilettes urgents, fréquents ou prolongés.
- Elles sont un tiers à quitter au moins une fois par mois leur travail pour rentrer à leur domicile ou consulter un médecin à cause de symptômes liés à leur endométriose
- 36 % des femmes ont déclaré se rendre au travail malgré des symptômes qu'elles estimaient incapacitants au moins deux fois par mois
- Pour 12 % des femmes qui ont parlé de leur maladie à leur direction, elles ont subi des propos intrusifs, malveillants ou même des comportements perçus comme relevant du harcèlement ou de la «mise au placard»

*Sources : L'ENDOMÉTRIOSE AU TRAVAIL : LES CONSÉQUENCES D'UNE MALADIE CHRONIQUE FÉMININE MAL RECONNUE SUR LA VIE PROFESSIONNELLE - Connaissance de l'emploi, Centre d'études de l'emploi et du travail, novembre 2020.*



## Le déficit en MCAD a intégré le test de Guthrie

Le déficit en acyl-coenzyme A- déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne (MCAD) est depuis le 1er décembre dernier la 6e maladie à intégrer le test de Guthrie. Il s'agit d'une maladie autosomique récessive se traduisant par une incapacité de l'organisme à utiliser les acides gras comme source d'énergie. Grave, elle se manifeste par des malaises hypoglycémiques et hypocétosiques qui peuvent conduire à un risque de mort subite ou à de graves séquelles neurologiques. Sa prise en charge consiste à mettre en place un traitement préventif par des règles diététiques.

Selon des données étrangères, le dépistage néonatal diviserait par 4 la mortalité due au déficit en MCAD.

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

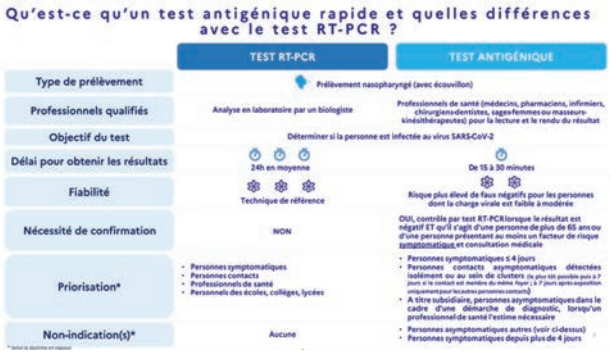
## L'IVG instrumentale refusée aux sages-femmes

Pour renforcer l'accès à l'IVG, dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2021, un article prévoyait l'autorisation, à titre expérimental, de l'IVG instrumentale aux sages-femmes et le tiers payant obligatoire pour l'interruption d'une grossesse.

Or, seul le tiers payant obligatoire a été adopté par le Sénat le 13 novembre dernier. L'expérimentation pour 3 ans des IVG instrumentales par les sages-femmes votée par l'Assemblée en octobre 2020 a été rejetée. Pour la sénatrice, Corinne Imbert, cette nouvelle extension « ne faisait pas l'unanimité », « pour des raisons de qualité et de sécurité des soins, du fait de la technicité de ce geste chirurgical réalisé sous anesthésie », précisant « que cette opération chirurgicale, pratiquée par des médecins, était technique ». Elle a également répété « que cette mesure concernant les compétences d'une profession ne relevait pas du PLFSS ».

*Sources : publicsenat.fr - genethique.org*

## Covid-19 :
# Les sages-femmes peuvent réaliser les tests antigéniques




*Extrait du Kit de déploiement*

Suite à l'arrêté paru le 4 décembre 2020, les sages-femmes sont autorisées à réaliser les tests antigéniques. Si l'organisation de la réalisation du test est organisée par les établissements pour les sages-femmes salariées, les sages-femmes libérales trouveront des informations concernant la cotation sur le site du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Les informations générales relatives aux tests sont accessibles dans le kit de déploiement édité par le Gouvernement. Il aborde aussi l'obligation pour le professionnel de saisir le résultat du test sur la plateforme SI-DEP, ce qui permet, entre autres, aux autorités sanitaires de suivre les indicateurs de l'épidémie afin d'adapter la stratégie de lutte contre la covid-19.

*Sources : ordre-sages-femmes.fr*

# Une comédie sur la maternité

Dans cette période compliquée, rions, détendons-nous avec la comédie « C'est la vie ». Cinq femmes d'univers très différents vont se retrouver dans une même maternité pour vivre l'évènement de leur vie : la naissance de leur enfant. Accompagnées d'une sage-femme, Dominique, et d'un obstétricien arrogant, les deux professionnels vont devoir coopérer malgré tout et les femmes s'en souviendront toute leur vie ! Si tout va bien, le film sera dans les salles le 10 février 2021.

*Affiche ©Allocine*

# Le manque d'oméga-3 chez la mère peut nuire au développement cérébral du bébé

Selon une étude réalisée par des chercheurs de l'INRAE (l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement) et de l'université de Bordeaux, en collaboration avec l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) et deux universités canadiennes, des apports insuffisants d'oméga-3 pendant la grossesse pourraient causer des troubles du développement du cerveau chez l'enfant. Ce travail relayé dans Nature Communications montre que la consommation faible d'oméga-3 par des souris gravides affecte l'activité des microglies du cerveau de la progéniture. Les microglies sont des cellules qui participent au bon développement des réseaux neuronaux, c'est-à-dire qu'elles conservent les synapses essentielles et suppriment celles qui sont inutiles. Avec le déficit en oméga-3, les microglies ne sont plus capables de faire la distinction entre ces synapses et les phagocytent qu'elles soient essentielles ou non dans l'hippocampe. La morphologie neuronale en est alors modifiée ce qui impacte le développement cognitif et peut conduire à des troubles de la mémoire.

*Sources : Essential omega-3 fatty acids tune microglial phagocytosis of synaptic elements in the mouse developing brain - Nature Communications volume 11, Article number: 6133 (2020)*

## Lyon : La natalité en baisse 9 mois après le 1er confinement

Pas de baby-boom 9 mois après le confinement de mars dernier. En tout cas, c'est ce qu'ont constaté les équipes des maternités privées et publiques de Lyon. Selon les propos du Président Directeur Général du Goupe Noalys des Hôpitaux privés, rapportés par France 3 Régions, la natalité a baissé de 7,5% en novembre. À l'hôpital public Femme-Mère-Enfant, la plus grosse maternité d'Auvergne-Rhône-Alpes, Muriel Doret-Dion, Cheffe du Service Gynécologie-Obstétrique évoquait une très forte baisse des naissances de l'ordre de 25%. D'autres maternités françaises semblent faire ce même constat. La pandémie de Covid-19 ne rimera pas avec Baby-Boom mais avec Baby-Bust !

*Source : france3-regions.francetvinfo.fr*

## Le vaccin anti-HPV est recommandé chez les garçons âgés de 11 à 14 ans

Comme préconisée par la HAS en 2019, la vaccination contre les infections à papillomavirus humains est recommandée depuis le 1er janvier 2021 chez les garçons âgés de 11 à 14 ans. Le Haut Conseil de la santé publique recommande de débuter la vaccination avec le vaccin nonavalent Gardasil 9®. Ainsi le schéma vaccinal se décline avec 2 doses espacées de 6 à 13 mois entre 11 et 14 ans révolus et 3 doses (0, 2 et 6 mois) entre 15 et 19 ans révolus. Sur prescription médicale, le vaccin anti-HPV est pris en charge à 65% par l'Assurance maladie.

*Sources : Amelie.fr, francais.medscape.com, vaccination-info-service.f*

## Une femme, une sage-femme

« Une femme, une sage-femme », c'est l'appel lancé le 11 novembre dernier par Anna Roy, sage-femme et chroniqueuse dans la Maison des Maternelles. Par le hashtag #jesuismaltraitante, elle souhaite que soignants et soignés, main dans la main, fassent entendre au Gouvernement la nécessité de donner des moyens aux sages-femmes pour que l'humanité dans nos maternités triomphe sur la maltraitance. Comment répondre pleinement aux besoins d'une femme en travail quand une sage-femme doit s'occuper de 3 patientes à la fois, voire plus ? Le coup de gueule d'Anna Roy a fait le tour de la toile si bien que des femmes comme Agathe Lecaron, journaliste et présentatrice de l'émission La Maison des Maternelles, Alison Cavey, auto-entrepreneure, etc, ont répondu à son appel en lançant toute ensemble une pétition pour qu'une femme = une sage-femme. Si vous souhaitez prendre part au mouvement, rendez-vous sur la pétition « Pour une naissance respectée ! Une femme = une sage- femme » sur change.org !

## La sérovaccination anti-VHB des nouveau-nés est insuffisante !

D'après un bulletin épidémiologique hebdomadaire de Santé publique France, si le statut Ag Hbs est documenté pour 97% des femmes enceintes, la sérovaccination ne concerne que 70 des nouveau-nés de mères porteuses de l'AgHBs sur 110. Ces données, issues de l'Enquête périnatale réalisée en France en 2016, sont assez préoccupantes. En effet, le risque de transmission du VHB de la mère à l'enfant peut atteindre 90%, tout comme le taux de passage à la chronicité. Pourtant, la sérovaccination du nouveau-né, associée à des immunoglobulines anti-HBs et à une 1re dose de vaccin à la naissance, est efficace. En effet, réalisée dans les 12 premières heures de vie, son efficacité est supérieure à 95% chez les nourrissons de mères AgHBe négatif avec une faible charge virale.

Après presque 30 ans de dépistage prénatal obligatoire de l'AgHBs, il est urgent de savoir pourquoi tous les nouveau-nés de mères porteuses de l'AgHBs ne bénéficient pas de l'immunoprophylaxie. Comme le conclut le BEH, « des études complémentaires et spécifiques seraient utiles pour mieux caractériser et comprendre ces résultats et impulser les actions de sensibilisation auprès des professionnels de santé prenant en charge les femmes enceintes et les nouveau-nés ».

*Source : DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES HÉPATITES B ET C ET DE LEURS COMPLICATIONS - N° 31-32 | 24 novembre 2020*

## États-Unis

## Femme, homme, le genre de l'obstétricien a-t-il un impact sur le taux de césarienne ?

Comparer le taux de césarienne en fonction du sexe de l'obstétricien, voilà le sujet original d'une étude relayée dans la revue Obstetrics & Gynecology. Des chercheurs ont analysé les données d'une méta-analyse portant sur plus de 2 millions d'accouchements et sur celles examinant les préférences en matière de mode d'accouchement de 5000 obstétriciens dans le monde, et leur attitude face à la demande d'une césarienne de convenance. Ils ont trouvé des différences significatives à partir des années 2000. En effet, les obstétriciennes présentaient des taux de césarienne inférieurs à ceux des obstétriciens (Odds Ratio OR = 0,74 (intervalle de confiance à 96 % IC 0,65-0,85)) et les probabilités ajustées de naissance par césarienne étaient de 25% plus faibles pour les mères ayant accouché avec des femmes médecins. Les professionnelles de l'obstétrique étaient aussi moins enclines à accepter une césarienne de convenance (OR = 0,58 (IC 0,40-0,84)), comparativement aux obstétriciens.
Mais pourquoi cette différence de pratiques professionnelles en fonction du sexe ? Des facteurs sous-jacents restent à identifier et à analyser !

*Source : Cesarean Delivery and Gender of Delivering Physicians - A Systematic Review and Meta-analysis - doi: 10.1097/AOG.0000000000004172*

## Covid-19 : Pourquoi les femmes sont-elles mieux protégées que les hommes ?

Pour des chercheurs américains de l'université de l'Illinois, si les femmes sont mieux protégées que les hommes face au COVID-19, c'est grâce aux hormones sexuelles. Dans leur article publié dans la revue Trends in Endocrinology and Metabolism, ils expliquent que les hormones sexuelles féminines (progestérone, œstrogène, alloprégnanolone) jouent un rôle anti-inflammatoire qui protégerait les cellules en inhibant le récepteur ACE2 par lequel rentre le virus. Pour aller plus loin, la grossesse qui entraîne une concentration en progestérone plus élevée offrirait aux femmes une protection contre le SARS-CoV2 plus importante. Ce qui va dans le sens des données rapportées par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) le 22 octobre 2020, où le taux de mortalité chez les femmes enceintes positives au COVID-19 était de 0,16% contre 2,24% pour le reste de population féminine américaine.

*Sources : COVID-19 Sexual Dimorphism and the Role of Reproductive Steroids - Trends in Endocrinology and Metabolism - November 08, 2020*

*What immunological and hormonal protective factors lower the risk of COVID-19 related deaths in pregnant women?. J. Reprod. Immunol. 2020; 142: 103180 -*

## Monde

## Le cancer du col de l'utérus dans le monde en chiffres

- C'est le 4e cancer le plus fréquent dans le monde
- En 2018, on estimait 570 000 nouveaux cas
- Environ 90 % des 311 000 décès à l'échelle mondiale en 2018 ont touché les pays à revenu faible ou intermédiaire

*Source : who.int/fr*

## Japon
## Des femmes se mobilisent pour accéder à la contraception d'urgence

Pour les Japonaises, l'accès à la contraception est un luxe et un véritable parcours du combattant.
À ce jour, contrairement aux pays du G7, le Japon est le seul où cette contraception n'est pas vendue en pharmacie. Pour se la faire prescrire, les femmes doivent consulter un gynécologue ou bien se rendre aux urgences hospitalières et justifier leur demande. Une fois validée par le corps médical, elles devront payer à leur frais entre 50 et 160€ pour bénéficier de ladite pilule du lendemain.
Si c'est ainsi depuis 2011, la présence plus importante du conjoint au domicile liée à la crise sanitaire a généré une augmentation des rapports sexuels consentis ou non. C'est pourquoi les femmes souhaitent bénéficier de la contraception d'urgence plus aisément. Si les gynécologues du pays tiennent à ce que la contraception soit délivrée après diagnostic médical, le gouvernement va étudier la demande des femmes pour sa vente en pharmacie, mais à condition d'ingérer la pilule sur place pour éviter les trafics...

*Source : francetvinfo.fr*
*Anatomyand Physiology - jsxm.2020.05.025*

## Australie
## Chaque grossesse abaisse le risque de développer un cancer de l'endomètre

Selon une étude de l'Institut de recherche médicale de Queensland, en Australie, chaque grossesse, y compris les fausses-couches, réduirait le risque de développer un cancer de l'endomètre à la ménopause. En compilant les données de 11 études de cohorte et 19 études cas-témoins, les chercheurs ont inclus 16 686 femmes atteintes d'un cancer de l'endomètre et 39 538 femmes indemnes. Les résultats de ce travail, publiés dans l'International Journal of Cancer, ont mis en évidence une association entre une diminution de 41% du risque de développer un cancer de l'endomètre à la ménopause et une grossesse menée à terme (OR = 0,59, intervalle de confiance à 95% [IC] 0,56-0. 63) comparativement aux nullipares. Si la réduction du risque était la plus importante après une 1re grossesse à terme, celle-ci se poursuivait avec une diminution de 15% à chaque grossesse, et ce jusqu'à la 8e grossesse. Pour les grossesses interrompues, la diminution du risque de développer un cancer de l'endomètre variait de 7 à 9% par grossesse. Par contre, les gémellaires présentaient les mêmes résultats que les grossesses uniques. Il reste maintenant à investiguer davantage pour connaître les facteurs protecteurs de ce 4e cancer féminin le plus fréquent.

*Source : Pregnancy outcomes and risk of endometrial cancer: A pooled analysis of individual participant data in the Epidemiology of Endometrial Cancer Consortium - doi.org/10.1002/ijc.33360*

## Écosse
## Les protections hygiéniques sont gratuites !

Une première à l'échelle internationale, l'Écosse devient le pays où les serviettes et tampons hygiéniques sont accessibles gratuitement aux femmes. Si initialement cette mesure avait suscité des oppositions pour son coût annuel s'élevant à 11 millions d'euros, la loi a été votée à l'unanimité par 121 membres du Parlement écossais. La Première ministre écossaise, Nicola Sturgeon, s'est exprimée sur les réseaux sociaux et elle a partagé sa « fierté d'avoir voté pour cette loi révolutionnaire, qui fait de l'Écosse le premier pays au monde à fournir des protections périodiques gratuites à toutes celles qui en ont besoin ».

*Source : rtl.fr*

# INFECTION À CHLAMYDIA TRACHOMATIS : UNE IST ENCORE MÉCONNUE DE LA POPULATION

D'après les résultats d'une enquête française relayée dans la publication Médecine et Maladies infectieuses, près de 34% des personnes âgées en moyenne de 22 ans n'ont jamais entendu parler de l'infection sexuellement transmissible à Chlamydia trachomatis.

Suite à la forte augmentation des infections à Chlamydia trachomatis en France, la HAS recommandait en 2018 le dépistage systématique de l'infection chez les 15-25 ans. Pourtant selon une étude transversale menée auprès du centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic de Saint-Malo et de Rennes, cette infection reste encore mal connue.
L'étude a inclus 723 personnes de plus de 15 ans consultant dans les centres de Rennes et Saint-Malo entre le 08/04/19 et le 01/07/19. Les données ont été collectées par auto-questionnaires et entretiens téléphoniques.

## Un tiers des personnes méconnaissent l'infection à Chlamydia trachomatis

L'âge médian des participants était de 22 ans, 187 avaient déjà été dépistés et 58 déjà infectés. Lorsque les auteurs de l'étude ont cherché à savoir si les participants connaissaient l'infection, ils étaient alors 471 (66%) et leurs principales sources d'informations étaient les amis pour 47%, Internet (38%). Les campagnes de prévention n'arrivaient qu'après avec 31% et l'information délivrée par les médecins ou autres professionnels de santé ne concernait respectivement que 19% et 24% des participants.
De plus, 503 personnes, soit 76% ignoraient que l'infection expose les femmes à des troubles de la fertilité.
Par ailleurs, seuls 60,6% connaissaient les modes de transmission de l'infection (la voie vaginale étant la plus souvent citée), et 34,1% savaient qu'elle pouvait être asymptomatique.
Parmi les 37 personnes présentant une infection à Chlamydia et qui ont pu être contactées, 9 d'entre elles avaient au moins une occasion manquée de dépistage. En effet, elles avaient rencontré un médecin ou une sage-femme pour une consultation en santé sexuelle dans les 6 mois précédant l'infection.

## Prévention, dépistage, il y a encore du travail

Cette enquête met en évidence la méconnaissance du grand public de cette infection sexuellement transmissible et de ses complications. Il semblerait aussi que les professionnels de santé ne se soient pas emparés des préconisations de la HAS qui ont été publiées il y a près de 2 ans.

*Références : Awareness of Chlamydia trachomatis infection by people attending a sexual transmitted infection (STI) clinic and missed opportunities for screening in a primary health care setting doi.org/10.1016/j.medmal.2020.10.008*
*Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis – HAS 23 octobre 2018.*

## Quelques chiffres

- Entre 2017 et 2019, le nombre de diagnostics d'infection à Chlamydia Trachomatis a augmenté de *29%*
- Cette progression est plus marquée chez les femmes de *15 à 24* ans, avec une hausse de *41%*
- Le nombre de dépistages a augmenté, avec en 2019, *2,5 millions* de dépistages d'infection à Chlamydia Trachomatis réalisés par le secteur privé, soit *20%* de plus par rapport à 2017

*Source : SNDS*

## QUI DÉPISTER ?

La HAS recommande :

- Un dépistage opportuniste systématique des femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans (inclus), y compris les femmes enceintes
- Un dépistage opportuniste ciblé chez les hommes sexuellement actifs présentant des facteurs de risque, quel que soit l'âge, chez les femmes sexuellement actives de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque et chez les femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge

Parmi les facteurs de risque, il y a le multipartenariat (au moins deux partenaires dans l'année), changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (Neisseria gonorrhoeae, syphilis, VIH, Mycoplasma genitalium), antécédents d'IST, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les personnes en situation de prostitution, après un viol.

# VIOLENCES SEXUELLES
# REPRENVIS, l'association qui aide les victimes à se reconstruire

Interpellée dans son exercice par le nombre important de femmes subissant des violences, Sophie Roquelin a décidé de donner de son temps à l'association Reprenvis.

Avec **Sophie Roquelin**
sage-femme à Lisieux

REPRENVIS

*« Face aux besoins de formation de professionnels et de prise en charge des patientes, mon engagement n'y est que grandissant. Une fois que l'on sait, on ne peut plus laisser faire. »*

*Parole de Sages-Femmes :* **Pouvez-vous nous parler de votre parcours professionnel ?**

*Sophie Roquelin :* Je suis sage-femme diplômée depuis 2004, j'ai travaillé en maternité niveau 2 et 3 pendant 8 ans puis je me suis installée en libéral en 2013. Mon installation en libéral m'a permis de suivre les patientes sur le long terme et de comprendre qu'il y avait, sous des pathologies ou des dysfonctionnements soi-disant « inexpliqués », très souvent une même cause: un passé de violences et plus particulièrement de violences sexuelles. Et je me suis mise à poser la question des violences sexuelles (sans trop savoir quoi en faire d'ailleurs), et là j'ai pris conscience de l'ampleur de la situation! Des réponses positives quasiment tous les jours! Pas de profil type de la personne ayant subi des agressions sexuelles, tout le monde pouvait être touché et les patientes n'attendaient qu'une chose: qu'on leur pose la question pour en parler.

*PDSF :* **Comment êtes-vous arrivée dans l'association Reprenvis ?**

*SR :* Suite à ma prise de conscience et de l'ampleur du problème, j'ai eu besoin de savoir, de comprendre et j'ai souhaité trouver un réseau de professionnels pour orienter les patientes (et

parfois leurs conjoints, car il ne faut pas l'oublier, les violences sexuelles touchent également les hommes). L'association Reprenvis qui existait depuis peu proposait justement une formation sur le sujet, juste à côté de chez moi, idéal pour développer le réseau.
J'ai tout de suite adhéré à la cause et à l'association, et face aux besoins de formation de professionnels et de prise en charge des patientes, mon engagement n'y est que grandissant. Une fois que l'on sait, on ne peut plus laisser faire.

*PDSF :* **Pouvez-vous nous en dire plus sur cette association, pourquoi elle a été créée et ses objectifs ?**

*SR :* Notre association Reprenvis (Réseau de Prévention Normandie Violences Sexuelles) a été créée en 2016 à l'initiative d'une collègue sage-femme libérale et d'une psychologue. Elle rayonne sur la région Normandie, plus particulièrement sur la région Le Havre (76) -Lisieux (14)-Cormeilles (27), mais les demandes sont plus larges et nous espérons pouvoir développer l'offre. Cette association a 3 grands objectifs:

1. Créer un réseau de professionnels formés à la problématique des violences sexuelles et à leur prise en charge. Il est urgent que nous nous formions tous et toutes. Quelle que soit la profession, nos formations initiales sont inexistantes ou très insuffisantes. Il est primordial d'avoir un minimum de connaissances théoriques pour comprendre et pouvoir expliquer aux gens leurs difficultés, leurs pathologies induites par leur vécu de violences, leur comportement quotidien qui en découle et les accompagner au mieux.

2. Développer une prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire, individuelle et/ou collective. La prise en charge thérapeutique d'une personne ayant été victime de violences sexuelles doit être pluriprofessionnelle, car les effets sont dévastateurs et touchent la personne à tous les niveaux (psychologique, physique, émotionnels...). La prise en charge en groupe est un formidable outil, il permet d'avancer plus rapidement, soutenu par la force du groupe et l'expérience de chacun.

3. Mener des actions de sensibilisation grand public sur cette problématique et œuvrer ainsi à la levée du silence. Les violences sexuelles sont un sujet qui fait encore peur et qui est encore très tabou au sein de la société, bien que le sujet soit de plus en plus évoqué dans les médias. Il faut en parler, pour informer la population, libérer la parole et que la honte et la culpabilité (qui sont toujours présentes) changent de camps !

***« Il s'agit de profils très variés. Des femmes de 19 à 69 ans, parfois très tôt après la prise de conscience ou la révélation des faits, parfois après avoir erré depuis de trop nombreuses années à la recherche d'un professionnel formé et d'une thérapie qui ne suffisait pas. »***

*PDSF :* **Que propose-t-elle ? Quels sont les profils de femmes qui participent aux ateliers ?**

*SR :* Nous proposons différentes thérapies : en individuel, au sein de nos cabinets, selon nos compétences et en groupe en ateliers, à raison d'un atelier par mois pendant 10 mois, organisé selon un protocole d'évolution bien défini.
Les ateliers en groupe se déroulent soit en art-thérapie soit en travail psycho-corporel, le but étant de travailler et réconcilier corps et esprit (souvent scindé).
Pour le moment, nous avons uniquement mis en place des ateliers de femmes majeures. Nous envisageons de mettre en place dans les prochaines années des groupes d'hommes (la demande est importante) et des groupes d'enfants (très touchés

par les violences sexuelles, pour rappel 1 enfant sur 5 selon le Conseil de l'Europe).
Concernant le profil des femmes que nous avons accompagnées depuis plus de 3 ans au sein des ateliers, il s'agit de profils très variés. Des femmes de 19 à 69 ans, parfois très tôt après la prise de conscience ou la révélation des faits, parfois après avoir erré depuis de trop nombreuses années à la recherche d'un professionnel formé et d'une thérapie qui ne suffisait pas (soigner la tête, sans soigner le corps qui a souffert, est insuffisant). Elles n'en sont donc pas au même niveau, mais il y a une réelle bienveillance et entraide entre elles, c'est vraiment beau à voir.
Nous proposons également depuis cette année des groupes de parole qui eux sont mixtes.

*PDSF :* **Plus de 4 ans après sa création, quels sont leurs retours ?**
*SR :* Les retours sont très positifs. Certaines personnes osent enfin être elles-mêmes. Il y a des changements professionnels et des reconversions, des affirmations de soi, des prises de confiance en elles, elles changent physiquement (et c'est beau à voir ça aussi !). Elles n'ont plus honte de ce qu'elles ont subi. Certaines s'investissent dans l'association ou d'autres associations de lutte contre les violences.
Pour d'autres, ce n'est que le début d'une longue reconstruction, à leur rythme, il est important de leur laisser le temps. Mais ça reste toujours une expérience positive. Elles sont fières d'elles et il y a de quoi !

***« Certaines personnes osent enfin être elles-mêmes. Il y a des changements professionnels et des reconversions, des affirmations de soi, des prises de confiance en elles, elles changent physiquement. »***

# 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**

# RÉTENTION URINAIRE AIGUË : COMMENT LA PRÉVENIR ?

La rétention urinaire aiguë est une complication assez rare du post-partum dont l'incidence varie, selon les études, de 0,45% à 0,9% mais qui peut néanmoins être handicapante.

Avec **Fanny Perrin**, sage-femme à Remiremont

## Rappel de la définition

De façon générale, la rétention aiguë d'urine est l'impossibilité brutale et totale d'uriner alors que la vessie est pleine. Il s'agit même d'un globe vésical palpable, douloureux alors que le patient est incapable d'uriner (Société Internationale de la Continence). Concernant le post-partum, il existe plusieurs définitions dont l'incapacité d'uriner spontanément dans les 12 heures après l'accouchement, dans les 6 heures associée à un globe vésical > 400 ml ou simplement une absence de miction spontanée à 6h du post-partum, ou après ablation d'une sonde à demeure. Ainsi en fonction de la définition que l'on donne à la rétention urinaire aiguë (RUA), le protocole de prise en charge sera différent. Il existe également des rétentions urinaires complètes qui perdurent après plusieurs jours (lésion du détrusor). Près de 75 % des RUA du post-partum récupèrent en moins de 72 heures. Cependant, le délai de 6h post-partum semble le plus cohérent pour la prise en charge.

### Les facteurs de risque les plus retrouvés dans la littérature

- L'analgésie locorégionale et plus particulièrement la réinjection proche de l'accouchement
- Le travail prolongé, lié au remplissage vasculaire par les perfusions
- L'augmentation du remplissage vésical
- Les extractions instrumentales
- Les épisiotomies, lésions périnéales car elles entrainent des œdèmes périnéaux. La douleur liée à celles-ci peut avoir pour conséquence un spasme urétéral qui peut bloquer la miction

## Sondage évacuateur 2 h après l'accouchement : systématique ou non ?

Selon les études le sondage urinaire évacuateur après l'accouchement (2h-3h) n'est pas systématique et pourra être réalisé au cas par cas. Cependant, pour éviter les risques de RUA du post-partum, il faudra être attentif à certains points:

- Miction sur les toilettes si possible avant l'installation en salle de naissance
- Miction sur les toilettes si possible avant la pose d'anesthésie péridurale
- Plat bassin proposé régulièrement, toutes les 4 heures environ pendant le travail, à pondérer avec le remplissage vasculaire et sondage urinaire évacuateur après l'essai s'il n'est pas contributif
- Abolition du remplissage vasculaire inutile, afin d'éviter les sur-distensions vésicales
- Quantification approximative des sondages urinaires pendant le travail et au bilan des 3 heures (+/++/+++), étant donné que la quantification précise est difficile à mettre en œuvre
- Limitation de l'exposition aux facteurs de risque, dans la mesure du possible
- Pas d'accouchement vessie pleine, donc pratique du sondage urinaire évacuateur peu de temps avant l'accouchement : Dilatation complète avec présentation partie haute ou moyenne
- Notification de tous les actes et leurs horaires sur le partogramme (mictions spontanées, sondages urinaires évacuateurs, pose d'une sonde à demeure et retrait, sondage urinaire au moment de l'accouchement
- Installation assise ou position du choix de la patiente systématique au bilan des 3 heures, avant tout sondage urinaire évacuateur, et utilisation des mesures d'aide et d'incitation à la miction spontanée
- Dépistage des femmes les plus à risque de développer une rétention urinaire et demander une surveillance plus pointue de la reprise mictionnelle et de l'absence de globe vésical le cas échéant.

Toutefois, même si ces règles de bonnes pratiques sont respectées, il est utile 6h après l'accouchement de contrôler le volume vésical avec un échographe portable (Bladder scanner), si les mesures d'incitation à la miction ont été tentées, la douleur, les œdèmes ont été traités au préalable.

### 8 conseils pratique pour prévenir une RUA du post-partum

1. **Prise de connaissance des modalités mictionnelles après l'accouchement et de l'heure de la dernière miction**
2. **Evaluation de la douleur et traitement efficace de celle-ci (AINS en 1re intention)**
3. **Traitement précoce des œdèmes et hématomes périnéaux**
4. **Examen clinique rigoureux à la recherche d'un globe vésical et surveillance attentive de toutes les accouchées durant les 24 premières heures du post-partum, surveillance renforcée chez les patientes présentant de facteurs de risque (APD, extraction instrumentale, lésions périnéales importantes)**
5. **Utilisation de mesures d'aide et d'incitation à la miction, le plus tôt possible après l'arrivée en suites de naissances lorsque la patiente n'arrive pas à uriner d'elle-même**
6. **Sondage urinaire évacuateur 4 heures après la dernière miction / 6 heures après l'accouchement si miction spontanée impossible avec des mesures d'aide et d'incitation à la miction ou si possible utilisation du bladder scanner**
7. **Appel précoce des professionnels en urologie si la patiente est en rétention urinaire**
8. **Mesure des résidus post-mictionnels chez une patiente ayant une rétention urinaire en cours de résolution.**

*Référence : La rétention urinaire du post-partum : quelle préuention et quelle prise en charge à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy ? Etude rétrospectiue descriptiue des cas de rétention entre 1998 et 2011 et étude de pratiques et de connaissances des sages-femmes- Fanny Perrin - École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz - Université Henri Poincaré Nancy I. 2012*

# QUE SAVEZ-VOUS SUR L'ACCOUCHEMENT SOUS X ?

L'accouchement dans le secret concerne moins d'une naissance sur 1000 en France. Une situation rare, mais qui soulève de nombreuses questions auxquelles Clémence Mielle, sage-femme, répond.

Par **Clémence Mielle**, sage-femme à Rennes

**Accouchement dans le secret : Comment cette situation a-t-elle évolué ces dernières années en France ?**

Depuis plusieurs années, le nombre d'enfants remis à l'adoption tend à diminuer. Il était estimé à environ 10 000 avant le 19e siècle, puis 5 000 par an au 20e siècle, pour atteindre une moyenne annuelle de 600 ces dernières années. Le dernier rapport de l'ONED (Observatoire National de l'Enfance en Danger) dénombre 600 naissances en 2015. Cette évolution épidémiologique peut en partie s'expliquer par la modernisation de la société française avec notamment l'introduction de la pilule contraceptive dans les années 1960. Les mentalités ont aussi évolué et le nombre d'infanticides a fortement diminué avec l'essor de l'adoption internationale et la réglementation de l'interruption volontaire de grossesse.

*« Dès qu'une demande de secret sera formulée par la patiente, les coordonnées du Conseil Départemental lui seront communiquées afin que lui soit présentés ses droits et qu'une prise en charge soit anticipée en prénatal. »*

**Peut-on dire qu'il y a un profil type de femmes accouchant sous le secret ?**

Nous ne pouvons pas affirmer qu'il existe un profil type de patiente accouchant sous le secret. Toutefois, quelques critères ressortent comme la découverte tardive de la grossesse. Selon une étude menée par Catherine Villeneuve-Gokalp (INED), seuls 15% des

femmes l'ont découverte au premier trimestre. Dans cette même étude, nous apprenons que trois quarts des patientes ont une situation économique et/ou sociale précaire. Enfin, ces femmes sont souvent plus jeunes et rarement en couple avec le père biologique.

### Comment prendre en charge ces femmes avant, pendant et après l'accouchement?

J'ai travaillé sur cette question dans mon mémoire de fin d'études* dans lequel je me suis appuyée sur le protocole de service de la maternité du CHU de Caen pour définir la prise en charge de ces patientes. Ce protocole s'appuie, lui-même, sur le protocole pour l'accompagnement des femmes accouchant sous le secret rédigé par le Conseil national d'accès aux origines personnelles (CNAOP).

La prise en charge peut varier selon le moment auquel la femme demande le secret. Dès qu'une demande de secret sera formulée par la patiente, les coordonnées du Conseil Départemental lui seront communiquées afin que lui soit présentés ses droits et qu'une prise en charge soit anticipée en prénatal. Dans tous les cas, la patiente fera suivre sa grossesse sous son nom patronymique. Ensuite, pour l'accouchement, le service d'adoption de la Direction de l'enfance et de la famille du conseil départemental sera averti.

*« La mère de naissance se voit réserver le droit de lui rendre visite tant que le procès-verbal d'abandon n'est pas signé. Elle dispose de deux mois pour revenir sur sa décision d'abandon. »*

Concernant l'identité de la patiente, le nom de famille est au choix de la patiente, son prénom est celui du saint du jour ; féminisé au besoin ; et le nom de jeune fille est « x ». Le lieu de naissance est Caen et la date de naissance est le 1er janvier de l'année en cours moins 30 ans.

Concernant la déclaration de naissance de l'enfant, le choix du/des prénom(s) est laissé à la patiente.

### LE POINT SUR L'ACCÈS AUX ORIGINES DE L'ENFANT

L'accès aux origines est un droit reconnu pour les enfants nés sous le secret. Le CNAOP (Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles), créé par la loi du 22 janvier 2002, est un organisme clé permettant de faire le lien entre la mère de naissance et l'enfant. En effet, les correspondants du CNAOP jouent un rôle majeur. Ils sont en charge d'informer la femme lors de sa demande de secret de ses droits et devoirs et de recueillir son identité, si elle le souhaite, sous pli fermé ou à défaut une lettre qui ne peut être identifiée.

Ce sont eux qui recueillent l'enfant lorsque celui-ci quitte la maternité. Enfin, c'est auprès du CNAOP, que l'enfant, devenu majeur, pourra faire sa demande de recherche en maternité.

Concernant le père, la loi ne prévoit pas la reconnaissance de paternité en cas d'accouchement sous le secret. Toutefois, l'établissement de la filiation paternelle a été permis par jurisprudence lorsque la reconnaissance prénatale a été faite.

À compter du recueil de l'enfant par l'aide sociale à l'enfance, et pendant un délai de deux mois, le père, comme la mère, peut reconnaître son enfant. En pratique, le père de naissance, peut ne pas être informé du lieu et de la date de naissance de l'enfant. Dans ce cas, il pourra saisir le Procureur de la République afin que celui-ci recherche la date et le lieu d'établissement de l'acte de naissance ; cela toujours dans le délai de deux mois.

À défaut, l'équipe de garde s'en chargera. Le dernier prénom fera office de nom de famille.

En service de suites de naissances, en théorie le séjour est semblable aux autres accouchées à l'exception que la femme sera de préférence en chambre seule. En réalité, le séjour est souvent écourté. L'enfant est quant à lui hospitalisé en néonatologie. La mère de naissance se voit réserver le droit de lui rendre visite tant que le procès-verbal d'abandon n'est pas signé. Elle dispose de deux mois pour revenir sur sa décision d'abandon.

### Quelles attitudes adoptées devant une telle situation ?

Dans un quotidien où tout concorde à établir un lien mère-enfant, cette situation peut s'avérer déstabilisante pour la sage-femme. Aussi, la gestion administrative qui entoure l'accouchement sous le secret peut parfois être complexe pour la sage-femme d'autant que cette situation n'est pas courante. Un point essentiel est d'établir une relation de confiance avec la patiente. Pour l'accompagner dans sa prise en charge, elle doit se référer au Code de déontologie et à la Charte des Droits de la Parturiente. Ces derniers lui imposent notamment d'informer la patiente de ses droits, le respect absolu de l'anonymat, l'accompagnement dans l'éventuelle rédaction de la lettre à l'enfant et l'encadrement du père biologique si celui-ci est présent. Pour guider la sage-femme dans sa prise en charge, certaines maternités ont mis au point des carnets de bord d'accompagnement pour la mère, l'enfant et le soignant.

**L'accouchement sous le secret : rôle et ressenti des sages-femmes de la maternité du CHU de Caen – École de sages-femmes du CHU de Caen – Clémence Mielle – Promotion 2014-2019.*
*dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02177043/document*
*cnaop.gouv.fr*

DOSSIER

# SOIGNANTS : IL ÉTAIT UNE FOIS LA VIE À L'HÔPITAL

# Harcèlements : DANS LES COULISSES DES HÔPITAUX

« S'il part, la maternité devra fermer », pourtant son départ ne peut être que salutaire pour les autres soignants, en effet, il est l'auteur de violences sexuelles. Des histoires comme celles-ci, la journaliste Cécile Andrzejewski en a recueilli plusieurs dans son ouvrage « Silence sous la blouse ». À travers de nombreux témoignages de soignantes, elle met le doigt sur un sujet tabou, celui des violences sexuelles à l'hôpital, une réalité hospitalière trop souvent étouffée.

Avec **Cécile Andrzejewski**, journaliste

*Parole de Sages-Femmes :* **Pourquoi avoir écrit un livre sur les violences à l'hôpital?**

*Cécile Andrzejewski :* Depuis mes débuts de journaliste, je travaille assez souvent sur les problématiques de violences. J'avais participé au projet « Zero Impunity » sur les violences sexuelles en zone de guerre et publié sur Mediapart des enquêtes portant sur ce sujet. Il y avait cette affaire dans un hôpital où un médecin anesthésiste avait agressé sexuellement une infirmière et dans ce même établissement, un chirurgien terrorisait complètement ses équipes. L'infirmière a fini par démissionner, car si au début la direction lui présentait son soutien, elle s'est très vite retournée contre elle. Quant au chirurgien, pour les hautes instances c'était « Oui, mais quand même il prend de jeunes infirmières et les forme... » Alors ce n'était donc pas si grave...

À la suite de ces articles, des syndicalistes et des avocats m'ont contactée pour me partager qu'eux aussi avaient été confrontés aux mêmes situations et qu'elles étaient assez courantes dans les hôpitaux publics. Cela a éveillé ma curiosité. J'ai alors investigué sur ce système que l'on retrouve, quelles que soient les régions de France, quelle que soit la taille de l'hôpital : des femmes sont agressées, elles ne sont pas soutenues par la direction, l'agresseur est protégé et les victimes démissionnent.

*PDSF :* **Vous avez alors décidé d'interroger ce « système »...**

*CA :* J'ai rencontré les syndicats, le centre de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction (CNG), l'Ordre des médecins pour essayer de comprendre la mécanique derrière ce système. Il en ressort que l'hôpital est un lieu très violent à tous les niveaux. C'est frappant, c'est l'endroit où l'on soigne, on peut s'imaginer que c'est un lieu préservé. C'est un lieu où l'on sait comment fonctionnent les violences, où l'on essaye de les prévenir, et pourtant, il est d'une très grande violence.

Il y a une guerre entre les administratifs et le personnel médical, c'est déjà 2 hiérarchies qui se superposent au sein desquelles existent des rapports de force. La hiérarchie est très genrée, les postes de pouvoir sont occupés majoritairement pas des hommes. À l'hôpital, il y a aussi cette tradition « carabin » où mal se comporter, mal parler est intégré dès les études. On ajoute le manque de moyens inhérent aux hôpitaux et tout cela crée un cocktail explosif, un environnement particulier et fertile pour les violences sexuelles.

Le plus troublant, c'est que ces violences intra hospitalières sont connues, mais tous ferment les yeux. Les pairs protègent l'agresseur tout comme la direction qui évoque souvent une problématique de démographie médicale. L'agresseur devient alors intouchable. C'est comme cette affaire où un anesthésiste était accusé par une trentaine de personnes de harcèlement moral et d'agression sexuelle. Tout ce qu'on a osé rétorquer aux victimes qui ont porté leur histoire était « s'il part, la maternité va fermer parce qu'on n'a plus d'anesthésistes ».

*« Ce qui est triste, c'est que ces femmes se battent pour essayer de préserver d'autres femmes et qu'elles se sentent encore blessées après, puisque le monde hospitalier leur tourne le dos pour que l'affaire s'étouffe. »*

*PDSF :* **Votre ouvrage contient des témoignages de victimes, avez-vous eu des difficultés pour les recueillir ?**

*CA :* Comme je travaillais sur ces questions déjà avant de me lancer dans cet ouvrage, je détenais plusieurs contacts dans les associations, j'avais été aussi sollicitée par des syndicalistes. Recueillir des témoignages de victimes agressées sexuellement n'a donc pas été aussi compliqué. Ensuite, le mouvement #MeToo est arrivé et il a vraiment encouragé les femmes à parler de leur histoire.

*PDSF :* **Y a-t-il un témoignage qui vous a particulièrement bouleversée ?**

*CA :* En fait, toutes les histoires sont fortes. Les femmes mènent un combat, elles ne se connaissent pas, mais elles souhaitent unanimement se battre non pas pour elles, mais pour celles qui arriveront après elles. Elles souffrent de ces violences, mais l'histoire ne s'arrête pas là car dans la majorité des cas elles ne sont pas écoutées par la direction et elles finissent pas partir de l'établissement.
Il y a 2 femmes Anne-Lise et Justine, omniprésentes dans le livre. Anne-Lise travaillait dans un laboratoire à l'hôpital. Elle a toujours souhaité faire ce métier, travailler pour le service public, mais le système l'a écœurée, elle a démissionné.
Pour Justine, c'est pareil. Elle demandait un poste similaire pour ne plus travailler avec son agresseur. On lui a proposé un poste de nuit dans un service complètement différent. Ce qui est triste, c'est que ces femmes se battent pour essayer de préserver d'autres femmes et qu'elles se sentent encore blessées après, puisque le monde hospitalier leur tourne le dos pour que l'affaire s'étouffe.

*PDSF :* **Dévoiler leurs histoires a-t-il été libérateur pour ces femmes ?**

*CA :* Ce qui les a rassurées, c'est de prendre conscience qu'elles n'étaient pas seules. Lorsqu'on est une victime, on a tendance à être dans la culpabilité et à penser que c'est de sa faute. Elles ont compris qu'elles menaient un combat contre une « grosse machine ». Témoigner les a aidées à prendre un peu distance par rapport à l'évènement.

*PDSF :* **Parmi les témoignages que vous avez entendus, peut-on dire qu'il y a un profil type d'agresseur ?**

*CA :* Dans les histoires que l'on m'a partagées, plus les responsabilités sont grandes, plus les postes sont reconnus, plus il y a de risques. Dans la plupart, il y avait un rapport hiérarchique, elles ne pouvaient pas refuser. Celui-ci entraîne des dérives.

*PDSF :* **Votre livre a mis en lumière l'omerta qui règne dans les hôpitaux. Depuis sa sortie, en février 2019, a-t-il alerté les pouvoirs publics ? Qu'est-ce qui a changé ?**

*CA :* Plusieurs victimes m'ont contactée pour en savoir plus sur ce qu'elles pouvaient faire, à qui elles pouvaient s'adresser. Le livre leur a permis de comprendre que ce qui leur arrivait n'était pas normal. Pour ce qui est des pouvoirs publics, je n'ai malheureusement eu aucun retour...

***Silence sous la blouse***
de Cécile Andrzejewski, aux éditions Fayard.
19€

# Détresse émotionnelle : SPS UNE ASSOCIATION AUX CÔTÉS DES SAGES-FEMMES

Les soignants sont à bout et la pandémie de Covid-19 n'a fait qu'accentuer leur état. Pour inverser la tendance, l'association Soins aux Professionnels de la Santé (SPS), constituée de professionnels de santé, milite et déclenche des plans d'action pour favoriser leur mieux-être au travail.

Avec **Catherine Cornibert**, docteur en pharmacie, responsable des actions et de la communication de SPS et à l'origine de la création de l'association.

Avec **Christine Chalut-Natal Morin**, sage-femme libérale, doctorante en psychologie à l'université Paris 8

*PDSF :* **Pouvez-vous nous en dire plus sur les missions de l'association SPS ?**

*Catherine Cornibert :* L'association SPS existe depuis 5 ans et a été reconnue d'intérêt général en 2019. Elle référence l'ensemble des professions de santé, soit 50 au total. Ces professions vont mal, cela ne date pas d'hier, mais aujourd'hui l'impact de la pandémie n'a fait qu'aggraver ce mal-être. Il est donc urgent de réagir. C'est pourquoi SPS s'attelle à réaliser des enquêtes pour alerter les pouvoirs publics et pour justifier les actions. Ainsi, SPS porte 2 missions. L'une d'accompagnement psychologique des professionnels de santé et l'autre d'action et de prévention.

Concernant l'accompagnement, il s'agit d'un véritable parcours de santé, disponible partout en France. Il s'étend de la plateforme nationale d'écoute gratuite, 24/7, anonyme et confidentielle (psychologues à

l'écoute 0 805 23 23 36) à l'hospitalisation, en passant par des consultations physiques ou téléconsultations par un réseau national du risque psychosocial constitué par près de 1000 psychologues, médecins généralistes et psychiatres issus de 3 réseaux (Souffrance et Travail, Service de Santé des Armées et Morphée). Ce parcours de santé offre la possibilité aux soignants d'être hospitalisés dans des structures qui leur sont dédiées. En France, il existe 12 unités pouvant accueillir des professionnels de santé avec un programme très spécifique. Parmi elles, 6 sont homologuées par les ARS.

Pour la mission action, prévention, nous avons déployé avec la région Ile-de-France des ateliers depuis 2019 pour faire prendre conscience aux soignants qu'ils pouvaient avoir une meilleure santé. En effet, selon une étude[1] que nous avons réalisée en 2018, les résultats mettaient en évidence que ces professionnels n'étaient pas en bonne santé, et ce, pour de multiples raisons (manque d'activité physique, alimentation déséquilibrée...).

Les actions de prévention se déclinent donc à travers des ateliers autour de la gestion du stress, de l'alimentation, de l'activité physique, du management et même de la prévoyance, puisque les libéraux ne sont pas toujours bien assurés et ceci peut aggraver leur détresse. Tous ces ateliers sont proposés dans des structures de santé. Nous développons depuis le 15 novembre ces ateliers en visioconférences et nous sommes prêts également pour assurer physiquement des permanences dans des structures régionales. Prochainement, nous lancerons aussi une enquête sur les interventions non médicamenteuses, qui constituent une ressource essentielle pour favoriser le mieux-être des soignants.

### QUELQUES CHIFFRES

- Depuis mars 2020 : **4500** soignants ont appelé la plateforme, autant qu'en 3 ans
- Concernant les sages-femmes : **50** appels passés depuis mars 2020, soit le même nombre qu'en 3 ans
- **75%** des appels concernaient des femmes
- La plateforme comptabilise **20%** d'appels la nuit et le dimanche et ils durent environ **1 heure**

### LES SAGES-FEMMES VONT MAL !

*PDSF :* **Dans le 1er volet (quantitatif) du rapport sur l'évaluation de la santé au travail des sages-femmes en France, paru en juin dernier, les résultats sont inquiétants. Pouvez-vous nous en dire plus ?**

*Christine Chalut-Natal Morin :* Effectivement, les chiffres sont troublants, le burnout concerne 65,7%, des sages-femmes coordinatrices, 42,3% des sages-femmes salariées, 37,5% des enseignantes et 31% des libérales. Si les chiffres sont très élevés dans notre profession, il faut néanmoins les pondérer. En effet, il n'y a pas de consensus sur la définition du burnout qui s'envisage selon trois dimensions : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel. Soit on parle de burnout dès qu'une de ces 3 dimensions est atteinte, soit on part du postulat que les 3 dimensions doivent être simultanément affectées. Ce qu'il importe de retenir que l'épuisement émotionnel est la dimension la plus importante du burnout. En focalisant sur cette dernière, 25%, c'est-à-dire un quart des sages-femmes sont concerné-e-s tout mode d'exercice confondu ! Ces symptômes d'épuisement émotionnel sont très importants au niveau de la profession. Ceci est d'autant plus alarmant, que le bien-être des sages-femmes dans leur mode d'exercice, le bien-vivre de leur profession permet d'offrir aux patientes des soins et une prise en charge de meilleure qualité.

*PDSF :* **Vous avez travaillé sur la santé des sages-femmes au travail, l'objectif était de mettre en relief des données quantitatives et qualitatives pour déployer des plans d'action et pouvoir les justifier. Quelles sont les pistes ?**

*C C-N M :* Ce rapport[2] permet déjà de soutenir les actions des syndicats ainsi que les sages-femmes engagé-e-s dans les décrets de périnatalité. Nous nous sommes rapprochés de l'association SPS afin de pouvoir proposer un soutien individuel aux sages-femmes. L'association SPS est à elle seule une ressource pour les professionnels de

santé. Avec Catherine Cornibert, nous avons déjà des pistes concrètes telles que la mise en place dans les établissements de soins de personnes dites « sentinelles », formées et sensibilisées aux symptômes du burnout pouvant alerter lorsqu'une/ un collègue est en détresse émotionnelle afin qu'une prise en charge adaptée lui soit proposée.

Nous allons établir des préconisations qui vont s'adresser aux différents modes d'exercice de façon plus spécifique. Il y a des pistes de réflexion organisationnelles, individuelles et c'est cela qu'il faudra articuler pour proposer une prise en charge globale. D'autre part, nous pensons qu'il serait judicieux de mettre en place des groupes d'analyse de pratique et de travailler avec des psychologues du travail.

Une question se pose, celle de la soutenabilité du travail, est-ce que les sages-femmes s'imaginent continuer à travailler à ce rythme-là, dans ces conditions-là, le plus longtemps possible et jusqu'à la retraite ? Le diagnostic national a été posé, maintenant il faut que chaque structure s'empare de ce diagnostic pour l'assigner dans son institution.

*CC :* Nous proposons des formations aux professionnels de santé pour repérer les soignants qui ne vont pas bien afin de les prendre en charge. Nous ne sommes pas experts, mais nous pouvons les aider à trouver des ressources et les réorienter vers des spécialistes. Nous souhaitons pouvoir proposer des actions qui puissent s'adapter aux besoins des sages-femmes (yoga, massage ayurvédique, cohérence cardiaque, que faire face à une agression physique...).

### *PDSF :* Quels sont les paramètres qui impactent la santé au travail ?

*CC:* Les troubles du sommeil constituent le 1er signe d'alerte. Ils sont un indicateur du risque psychosocial et impactent la qualité du soin et l'efficience du travail.

*CC-NM:* Chez les sages-femmes salariées, le conflit vie privée/ vie professionnelle peut être un élément de bien-être ou au contraire de mal-être lorsqu'il ne s'articule pas convenablement.

Par exemple, une majorité de sages-femmes cliniciennes salariées sont à 80% et travaillent quand même 36 heures par semaine avec un planning dont elles ont connaissance que 15 jours avant.

Les sages-femmes coordonnatrices travaillent en moyenne 45 heures par semaine. Nous comprenons que cela impacte leurs vies personnelles.

La difficulté pour les sages-femmes, c'est de ne pas réussir à réaliser les tâches qu'elles souhaiteraient, de ne pas pouvoir autant s'investir dans le « care ». Si les sages-femmes ont 2 casquettes, le « care » et le « cure », soin et guérison, le soin n'est pas reconnu.

Ce qui conditionne l'état de bien-être au travail tourne autour de la reconnaissance, les conflits de rôles, les relations entre collègues, le sentiment d'autonomie, mais aussi les exigences émotionnelles. Les sages-femmes évaluent leur métier comme émotionnellement épuisant. Par exemple, elles peuvent être amenées à gérer conjointement l'accompagnement d'un accouchement physiologique et l'accompagnement d'un accouchement d'un enfant mort-né. Ces rebonds émotionnels taxent également sur leur énergie personnelle.

### *PDSF :* Pour finir, des paroles positives ?

*C C-NM :* L'évolution de notre profession s'est accélérée ces dernières années il faut laisser le temps à l'ensemble de la population de s'imprégner des nouvelles missions des sages-femmes (échographie, suivi gynécologique, IVG...). La reconnaissance en découlera. Concernant la reconnaissance institutionnelle, différentes actions sont en cours. Il importe de rester positif, savoir que nous avons toutes et tous des variables d'ajustement individuelles et qu'il est notamment important d'apprendre à se ressourcer et à prendre soin de soi.

*Références : 1 Rapport de recherche sur la santé des soignants - ODOXA / MNH / SPS / Université Bourgogne Franche-Comté (Didier Truchot) - 2018*
*2 Rapport sur l'évaluation de la santé au travail des sages-femmes en France Volet 1 - Enquête quantitative Juin 2020 - CNSF*
*www.asso-sps.fr*

# Prendre soin des professionnels : FAITES-LE PLEIN D'IDÉES !

DES SOIGNANTS EN BONNE SANTÉ ET ÉPANOUIS, VOILÀ UN BEAU PROGRAMME POUR DISTILLER BIENVEILLANCE ET EMPATHIE DANS LA RELATION DE SOIN AVEC LES PATIENTES. ALORS QUE LE STRESS A SÉVI EN CE TEMPS DE CRISE, VOICI DE BELLES IDÉES POUR FACILITER LE TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

## UN POTAGER À LA MATERNITÉ

À l'hôpital Antoine Béclère, à Clamart, les équipes se changent les idées et apprennent la permaculture dans un patio niché au cœur de la maternité.

**Vincent Cicero,** Coordonnateur en maïeutique sur le site d'Antoine Béclère et cadre du Département Médico-Universitaire Santé des Femmes et des Nouveau-nés, Ile-de-France

*« Ce potager a vraiment plusieurs emplois : l'activité manuelle, un temps de dialogue sur d'autres sujets, il favorise la cohésion d'équipe. »*

*Parole de Sages-Femmes :* **Comment a germé cette idée d'un potager en plein cœur de la maternité ?**

*Vincent Cicero :* Cette idée est le fruit d'une lecture dans un magazine de management. Celui-ci mettait en évidence qu'une activité manuelle modérait, voire réduisait le stress au travail. Pour ce faire, de plus en plus d'entreprises mettent en place ce type de potagers collaboratifs. J'ai trouvé cette idée pertinente pour la lancer à la maternité où se trouve un patio qui n'a jamais été exploité. Au-delà de la création du potager, le but était de proposer une activité qui sorte du quotidien et qui permette de se retrouver autour d'autres objectifs que les problématiques de services, la gestion des risques...

Ce potager a véritablement plusieurs emplois : l'activité manuelle, la cohésion d'équipe à travers des temps d'échanges. Il fait également émerger des notions de santé environnementale et de développement durable. Si au départ c'était un projet purement managérial, il permet d'introduire une philosophie un peu différente, de respect de la nature via la permaculture et indirectement du respect de la physiologie.

**PDSF : Comment ce potager s'est-il mis en place ?**

VC : Un prestataire nous a accompagnés dans ce projet. Au-delà de nous apprendre à jardiner, il nous apporte des connaissances plus larges. Par exemple, la conjugaison des différentes espèces pour que l'une protège l'autre, que l'autre empêche que les nuisibles ne viennent la dévorer, etc. C'est très intéressant, il y a une approche ludique à travers des quiz en équipe. Après, il y a tout l'opérationnel pour créer les carrés de potager. Nous avons fait notre 1re cueillette de mâches, de laitues, d'épinards en novembre dernier.

**PDSF : Comment l'idée a-t-elle été accueillie par les professionnels ?**

VC : Les professionnels ont trouvé l'idée surprenante, surtout en pleine crise COVID. Puis, petit à petit, des soignants se sont lancés dans l'aventure et il y en a une dizaine aujourd'hui qui participent régulièrement. Les professionnels de santé peuvent venir en dehors de leur temps de travail pour retirer les feuilles, remuer la terre… Nous avons également des demi-journées de formation où la société nous guide pour travailler la terre, semer, récolter… Plus on avance, plus je me rends compte qu'il y a une réelle appropriation des lieux par les équipes qui font ce potager. Au final, c'est une bonne chose que ce projet soit déployé pendant la crise sanitaire, celà permet aux professionnels de penser à autre chose. L'équipe de jardiniers s'agrandira sûrement, car pour le moment nous sommes bridés par les règles de distanciation liées au virus. Lorsque les soignants goûteront à la récolte de juin, le jardin de Déméter fédèrera d'autres soignants ! C'est ainsi que nous l'avons nommé, en référence à la déesse de l'agriculture et des moissons.

**PDSF : En ces temps difficiles, des paroles positives pour remonter le moral des sages-femmes ?**

VC : Je suis aussi au conseil d'administration de l'UNSSF et au cours des rencontres à l'Assemblée nationale, à la Direction générale de l'offre de soins, j'ai la sensation d'une écoute plus attentive de nos besoins. J'ai l'espoir que l'entrée en négociation en juin prochain va nous conduire vers des changements concrets.

## LA « BULLE » ZEN À L'HÔPITAL

Prendre soin des professionnels de santé s'est imposé comme une priorité dans une période où leur situation émotionnelle empirait avec la crise Covid-19. Dr D'Ussel nous partage le concept, la « bulle », mis en place à l'hôpital Saint-Joseph à Paris.

Par **Dr Marguerite D'Ussel,** médecin de la douleur à l'hôpital Saint-Joseph, Paris

En mars 2020, lorsque l'épidémie de Covid-19 est arrivée en île-de-France, notre équipe de consultation pluridisciplinaire de la douleur chronique s'est questionnée pour savoir comment mettre ses compétences au service de cette crise. Au regard de l'expérience des Italiens et des soignants de la région du Grand-Est, il nous est paru évident que notre expérience dans la prise en charge globale des maladies à fort impact émotionnel devait se mettre à disposition des personnels hospitaliers qui allaient traverser cette crise. Avec la propagation rapide de cette pandémie et son taux de mortalité élevé, elle fragilise les soignants qui deviennent à risque de développer un état de stress post-traumatique et des troubles psychologiques tels qu'un syndrome dépressif, des troubles du sommeil et des troubles anxieux.

## LES OBJECTIFS DE LA « BULLE DES PERSONNELS »

→ Soulager la détresse émotionnelle
→ Apaiser le stress et les tensions
→ Améliorer le sommeil
→ Maintenir une bonne estime de soi
→ Traiter précocement tout inconfort physique (contractures musculaires, TMS…)
→ Prévenir le burnout
→ Prévenir ou traiter le stress post-traumatique
→ Orienter vers des consultations spécialisées en cas de signes d'épuisement
→ Traiter certains troubles psychologiques en psychothérapie
→ Contribuer à l'esprit de solidarité entre les personnels (quel qu'en soit le métier)
→ Maintenir l'engagement et la motivation des personnels
→ Faciliter les partages d'expériences entre personnels
→ Prévention des addictions

©Marguerite D'Ussel

### Ouverture de la « Bulle des personnels » en pleine crise sanitaire

Nous avons alors ouvert La « Bulle des personnels » le 27 mars 2020 à l'Hôpital Paris Saint-Joseph, en nous efforçant de soutenir les personnels et tenter de prévenir ces risques en proposant des interventions ciblées et individualisées dans un lieu adapté, favorisant la détente et la lutte contre le stress. Il semble que des mesures concrètes d'aménagement de salles de repos, de facilitation de la logistique des repas, du quotidien, et la possibilité d'avoir des loisirs et des moments de détente soient plus appropriées aux besoins des soignants qu'un soutien psychologique, au moins dans un premier temps. Cet espace, ouvert en accès libre de 11h30 à 20h, tous les jours y compris jours fériés sauf les week-ends, était géré par des professionnels de santé de la consultation douleur chronique. Ils ont vite été rejoints par d'autres praticiens bénévoles de notre établissement ou exerçant en libéral.

### Un instant pour se ressourcer

Nous avons conçu la « Bulle » comme un espace apaisant (musique douce, lumières agréables, odeurs relaxantes…), accueillant et convivial avec mise à disposition de boissons chaudes et fraîches, des gourmandises régressives. La Bulle a d'emblée proposé des fauteuils auto-massants, des séances de relaxation musicale avec les tablettes « Music Care », des espaces de micro-sieste ou des ateliers créatifs… sur rendez-vous en ligne, les professionnels peuvent aussi bénéficier de séances de kinésithérapie, de thérapie manuelle ostéopathique, dry needling pour traiter ou limiter la survenue de troubles musculo-squelettiques, de séances individuelles et collectives de sophrologie et d'hypnose animées par des praticiens volontaires de l'établissement. Nous avons rapidement enrichi l'offre thérapeutique en ouvrant des consultations avec une psychologue, ainsi qu'une tabacologue. La « Bulle » est en outre un lieu d'échanges et de paroles qui offre, dans un cadre privilégié et adapté à la distanciation sociale, la possibilité aux soignants de bénéficier d'un soutien informel par du personnel formé à repérer précocement des signes de souffrance (anxiété, troubles du sommeil, perte d'estime de soi…).

### Une initiative vite adoptée par les professionnels

Très vite, la fréquentation de la Bulle par les personnels de l'établissement est devenue régulière. Toutes les professions étaient représentées, équipes de jour comme de nuit, et un lien avec le service de santé au travail a rapidement été établi pour organiser une collaboration. Le succès

*« De nombreux établissements de santé nous ont contactés pour s'inspirer de notre initiative et de notre expérience afin de mettre en place des espaces similaires. »*

**LES 3 CLÉS POUR PRENDRE SOIN DES PROFESSIONNELS EN PÉRIODE D'ÉPIDÉMIE COVID-19**

- Communiquer (sur la situation sanitaire, sur les moyens de protection, sur les risques psychosociaux)
- Leur fournir des équipements de protection individuelle
- Leur permettre de s'accorder du repos dans leur travail

de cette Bulle, la satisfaction des personnels, et les besoins qu'elle a révélés nous ont encouragés à maintenir cet espace, alors que la crise sanitaire s'éloignait. Après le déconfinement, nous avons quitté notre localisation initiale dans une salle d'attente de consultations, pour occuper dorénavant une partie de la cafétéria, située au centre de notre établissement, et donc facilement accessible pour tous. Nous devons cependant encore aménager le lieu afin d'optimiser les espaces de soin, et permettre une intimité et une isolation sonore suffisantes. Il existe en effet différentes zones dans cet espace de 80 m² (salon détente, zone kinésithérapeute, hypnose, psychologue...). Par ailleurs, avec la reprise des activités programmées en sortie de crise, les professionnels de santé bénévoles, qui s'étaient proposés pour assurer les séances diverses auprès des personnels sur du temps laissé vacant ou en supplément de leurs activités hospitalières ou libérales, n'étaient plus disponibles.

## La « Bulle » : une offre de soins bien partie pour durer

Depuis le 1er juillet, grâce au financement de la Fondation de France et l'engagement de la direction, nous avons pu recruter du personnel dédié, que nous augmentons progressivement pour l'adapter au mieux aux besoins exprimés. L'équipe de la Bulle sera prochainement au complet, pour assurer un accueil tous les jours ouvrés de 12h à 20h et sera constituée de : 1 infirmière recrutée sur ses compétences d'empathie, d'écoute, d'expérience à repérer les difficultés rencontrées par les personnels, ainsi que ses capacités à gérer la logistique de la Bulle , 1 psychologue pour le suivi psychologique individuel et le débriefing informel , 1 kinésithérapeute pour des séances de thérapie manuelle, 1 IDE formée à l'hypnose et à la sophrologie, 1 médecin formé à l'hypnose et 1 médecin tabacologue.

Grâce au soutien de la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France, nous pouvons encore distribuer des boissons chaudes et fraîches, proposer des séances de relaxation musicale, et avons investi dans des cocons de micro-sieste.

À l'heure actuelle, la fréquentation quotidienne est de 88 personnels en moyenne (l'hôpital emploie 2 500 salariés), dont 25 consultent le kinésithérapeute et 8 la psychologue chaque semaine. Le médecin du travail oriente les personnels directement à la Bulle pour une prise en charge lorsque des problématiques d'ordre émotionnels ou musculo-squelettiques sont repérées. Sur les 736 personnels qui ont répondu à notre enquête (évaluant la prévalence de stress post-traumatique, d'anxiété et dépression chez les salariés ayant travaillé durant la crise Covid), parmi ceux qui sont venus régulièrement à la Bulle des personnels durant la crise, 95% trouvent que celle-ci a eu un impact bénéfique sur le plan émotionnel.

Sachant que l'impact psychosocial sur les personnels hospitaliers peut survenir à distance des événements initiaux, nous souhaitons maintenir cet espace et ses offres de soins le plus longtemps possible et le déployer dans l'autre établissement de notre groupe hospitalier (Hôpital Marie-Lannelongue). De nombreux établissements de santé nous ont contactés pour s'inspirer de notre initiative et de notre expérience afin de mettre en place des espaces similaires.

*Références : Lin CY. psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. Emerg Med J. 2007 Jan;24(1):12-7.*
*Chen Q, Liang M, Li Y, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry 2020;7(4):e15-6.*

# “ LE PÉRINÉE RESTAIT L'ENTITÉ LA PLUS MÉCONNUE : 51% DES FEMMES IGNORAIENT SA LOCALISATION ”

Pour Freud : « On pourrait presque dire que la femme dans son entier est taboue ». Plus d'un siècle s'est écoulé et pourtant cette citation semble être encore dans l'ère du temps selon les résultats de l'étude de Lisa Belaidi. Dans son mémoire de fin d'études, cette jeune sage-femme a cherché à évaluer les connaissances et les représentations corporelles des femmes enceintes. Elle nous en dit plus sur son travail récompensé au Grand Prix evian 2020.

**Lisa Belaidi,** sage-femme à la maternité de Bordeaux-Bagatelle, Talence

*Parole de Sages-Femmes :* **Pourquoi avez-vous décidé de travailler sur ce sujet de mémoire ?**

*Lisa Belaidi :* J'ai décidé de travailler sur ce sujet suite à des observations personnelles, et des discussions avec des collègues de promotion. Nous avions souvent été interpellées par certaines questions, ou méconnaissances de nos patientes, lors de nos stages. Je me suis alors penchée sur ce sujet, en me disant que ce travail pourrait être intéressant à mener et pour enfin donner à ces observations de terrain une approche plus concrète. En recherchant dans la littérature, j'ai également trouvé plusieurs études évoquant le bien-être et son importance lors de la grossesse. J'ai donc voulu essayer de comprendre si un lien était possible entre connaissance du corps et satisfaction corporelle. En discutant avec plusieurs sages-femmes libérales et enseignantes, qui avaient l'habitude de faire dessiner les patientes en cours de PNP, je me suis dit que le dessin pourrait venir compléter mon étude en rajoutant un champ plus "libre" d'expression aux patientes dans mon questionnaire.

*PDSF :* **Vous avez réalisé une étude épidémiologique descriptive et analytique prospective, de type transversal, dans la maternité de type III du Centre Hospitalier Universitaire de Besançon (CHUB). Pouvez-vous nous en dire plus sur la méthodologie de l'étude ?**

*LB :* Les données ont été récoltées via un questionnaire constitué de 4 parties spécifiques :

- La première évaluait la satisfaction corporelle ainsi que la perception globale de soi, à l'aide du questionnaire validé QSCPGS (questionnaire de satisfaction corporelle et de perception globale de soi)
- La 2e proposait aux patientes de représenter avec un dessin le fœtus ainsi que tout ce qui l'entoure, lui permettant de se nourrir et de se développer
- Une 3e partie évaluait les connaissances des femmes sur leur anatomie et sur les organes liés à la grossesse
- Enfin, la dernière partie concernait les caractéristiques maternelles : l'âge, l'origine ethnique, le niveau de formation, la profession, la situation familiale et la parité.

L'analyse des dessins a été réalisée avec l'aide d'une psychologue clinicienne et a permis d'élaborer un score autour des paramètres suivants : la taille/place du dessin dans le cadre, la qualité du dessin, la présence d'éléments de contenance autour du fœtus, la présence des sens (yeux, nez, bouche, oreilles), la présence d'un sourire, la présence de membres, la représentation du corps maternel, l'environnement extérieur. Un score de 0 à 2 était donné pour chaque item, le score minimum pouvant être de 0 et le maximum de 16.

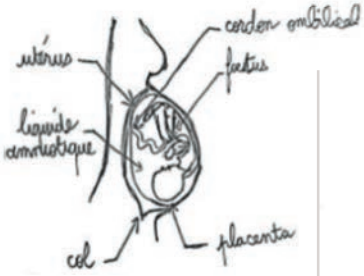
***PDST :* Avez-vous été surprise par les résultats de votre étude ? Pourquoi ?**

***LB :*** Les connaissances étaient très variables : avec des notes, allant de 0 à 20/20, proportionnelles au niveau de formation et augmentant avec l'âge des femmes. Le périnée restait l'entité la plus méconnue : 51% des femmes ignoraient sa localisation et 90% qu'il comprenait 3 orifices.

Quand j'ai rédigé le questionnaire, je n'imaginais pas que l'analyse des dessins serait aussi compliquée, car la diversité de représentations était énorme. Il a fallu que je demande de l'aide à une psychologue clinicienne pour avoir une approche objective réelle.

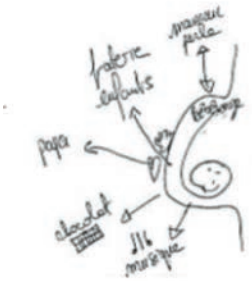
Enfin, les informations majoritairement diffusées par les professionnels de santé (40%) étaient estimées insuffisantes dans 55% des cas, malgré les consultations et la PNP, suivie par 77% de la population.

## EXEMPLES DE REPRÉSENTATIONS DU FŒTUS ET DE CE QUI L'ENTOURE

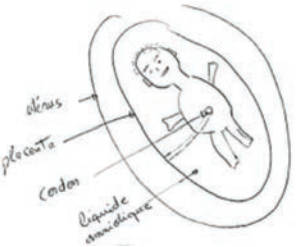



**Dessin détaillé :**
Représentant de façon précise les entités et annexes de la grossesse

**Dessin absence organe des sens :**
Un exemple d'absence d'organe des sens. Un fœtus dessiné sans visage, anonyme, n'est pas sujet à la personnification de la mère.

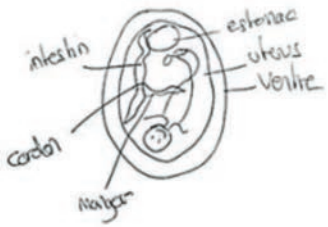



**Dessin environnement extérieur :**
Représentant davantage l'environnement extérieur, montrant ainsi une implication importante de la subjectivité maternelle.




**Dessin présence organes des sens :**
Un exemple de présence d'organe des sens. Même si les patientes avaient un terme proche lors du remplissage du questionnaire, ces différences peuvent notamment être expliquées par une maturité psychique différente.

**Dessin élément de contenance :**
Un exemple de présence d'éléments de contenance. Cette volonté de l'entourer, de l'englober via ses couches protectrices représente la mise en place d'éléments de sécurité pour le fœtus. A contrario, une enveloppe corporelle fragile, sans contenance, peut signifier la projection d'insécurité et d'inquiétude maternelle.




**Dessin méconnaissance anatomique :**
Un exemple de méconnaissance anatomique où on constate la présence de l'estomac et de l'intestin dans l'utérus, et le rattachement du cordon ombilical à l'intestin.

**PDSF : Qu'est-ce que ce travail vous a apporté?**

**LB :** Ce travail m'a conforté dans ma réflexion autour de la prise en charge de nos patientes, qui doit être globale, et de ne pas seulement s'intéresser à la dimension physique/symptomatique. Il est important d'évoquer le bien-être de nos patientes, pour s'assurer de leur sécurité émotionnelle qui impacte celle de l'enfant. Mes conclusions rejoignent d'ailleurs certains axes proposés dans le rapport des 1000 premiers jours remis le 8 septembre dernier au Ministère de la Santé par Boris Cyrulnik. Il paraît en effet important d'encourager la consultation préconceptionnelle, l'entretien prénatal précoce et les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Ces temps d'échanges privilégiés permettent d'apporter des informations et un soutien précoce, facteurs de prévention de la dépression du post-partum, et des troubles de la relation parents/enfants.
Et puisque j'ai retrouvé une corrélation entre bien-être/estime de soi et connaissances anatomiques, il faut également se positionner en tant qu'éducateur et promoteur de la santé. Connaître son corps c'est être acteur de sa santé. C'est donc un véritable enjeu de santé publique et c'est notre rôle en tant que sage-femme.

*« Connaître son corps c'est être acteur de sa santé. C'est donc un véritable enjeu de santé publique et c'est notre rôle en tant que sage-femme. »*

**PDSF : Comment votre travail pourrait-il se prolonger ?**

**LB :** J'aimerais pouvoir poursuivre mes réflexions autour de l'analyse des dessins des fœtus, en introduisant peut-être le RSQ (Relationship Scales Questionnaire) pour déterminer les modalités d'attachement des sujets en fonction de leurs représentations.

# 4 QUESTIONS SUR LES ANOMALIES DU DÉVELOPPEMENT SEXUEL

Devant un nouveau-né présentant une anomalie du développement sexuel, que feriez-vous ? Si ce type d'anomalie ne concerne qu'1 / 45 000 enfant, la prise en charge demeure complexe. Le point avec Marine Tirel, sage-femme.

Par **Marine Tirel,** sage-femme au CH Mémorial de Saint-Lô

## 1. Quand suspecter une anomalie du développement sexuel ?

Une anomalie de la différenciation sexuelle doit être évoquée à la naissance devant :

- Un hypospade sévère postérieur
- Un hypospade peu sévère, mais une ou deux gonades ne sont pas descendues
- Une cryptorchidie bilatérale
- Un micropénis
- La palpation de gonades dans la région inguinale ou dans les bourrelets génitaux
- Une hypertrophie clitoridienne
- Un orifice vaginal non visible ou la fusion postérieure des bourrelets génitaux
- Un aspect clairement "indéterminé" des organes génitaux
- S'il y a une asymétrie entre le côté droit et le côté gauche

## 2. Quelles sont les principales causes des anomalies du développement sexuel ?

### LA MASCULINISATION DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES D'UN FŒTUS 46,XX

- La grande majorité des nouveau-nés 46, XX virilisés est due à des hyperplasies congénitales des surrénales, dont la forme la plus fréquente est le déficit en 21-hydroxylase, faisant l'objet d'un dépistage néonatal (test de Guthrie). Il s'agit d'une maladie autosomique récessive responsable d'une virilisation d'une petite fille, d'un syndrome de perte de sel en période néonatale et d'une insuffisance surrénalienne. Ce diagnostic est donc urgent à confirmer ou à éliminer du fait du risque de déshydratation grave et d'insuffisance surrénalienne aiguë.
- Plus rarement, la masculinisation des organes génitaux externes d'un fœtus 46,XX peut être associée à un déficit en aromatase placentaire, une résistance aux glucocorticoïdes, une anomalie du développement des ovaires, une tumeur surrénalienne fœtale ou bien une tumeur d'origine maternelle.

*« Malgré les recherches, les étiologies de certaines anomalies du développement sexuel restent inconnues. »*

### L'INSUFFISANCE DE VIRILISATION D'UN FŒTUS 46,XY QUI PEUT ÊTRE LIÉE À :

- Un défaut de production de la testostérone, soit par anomalie du récepteur à la LH, soit par défaut d'action de la testostérone elle-même. Le phénotype est féminin ou partiellement, ce déficit est responsable d'un défaut de virilisation.

*« La prise en charge est multidisciplinaire, composée de : pédiatres et gynécologues de la maternité, sages-femmes, endocrinologues pédiatres, chirurgiens pédiatriques, radiologues, généticiens, psychologues, équipe paramédicale, assistante sociale. »*

- Un défaut dans la synthèse ou l'action des androgènes (par mutation des récepteurs aux androgènes, ou déficit enzymatique). Le déficit ou l'insensibilité peut être complet ou partiel ou bien à phénotype variable.
- Des Dysgénésies gonadiques. Elles correspondent à des mutations ou délétions des gènes de la détermination gonadique, se traduisant par un morphotype génital variable. Elles peuvent être partielles ou complètes (se traduisant dans ce dernier cas par la présence d'organes génitaux externes féminins malgré un caryotype masculin).
- Une persistance des canaux de Müller, se manifestant par la persistance de dérivés mülleriens, un utérus et/ou des trompes. Cette étiologie est plus rare.

### LES OVOTESTIS 46,XX OU 46,XY

Elles correspondent à la coexistence de tissu testiculaire et de tissu ovarien. L'expression clinique est sévère, avec un scrotum bifide et un hypospadias. Les patients sont exposés à une insuffisance gonadique et une dégénérescence tumorale à type de gonadoblastome.

### LES ANOMALIES DU NOMBRE DE CHROMOSOMES SEXUELS

- Le syndrome de Klinefelter (un X supplémentaire dans un caryotype masculin 46,XY). Il est responsable notamment d'une atrophie testiculaire. Ce diagnostic peut être posé dans la petite enfance devant un hypospadias, un micropénis, une cryptorchidie ou un retard de développement psychomoteur.
- Le syndrome de Turner (absence complète ou partielle d'un chromosome X), responsable notamment d'une atrophie ovarienne.

Malgré les recherches, les étiologies de certaines anomalies du développement sexuel restent inconnues.

## 3. Quelle prise en charge ?

La prise en charge est multidisciplinaire, composée de : pédiatres et gynécologues de la maternité, sages-femmes, endocrinologues pédiatres, chirurgiens pédiatriques, radiologues, généticiens, psychologues, équipe paramédicale, assistante sociale.

### REPRENDRE L'ANAMNÈSE

Pour s'orienter vers une étiologie, il convient de refaire le point avec les parents sur les antécédents familiaux. Il faut rechercher des antécédents d'hypospadias, ou de stérilité, ou s'il y a une consanguinité, une virilisation maternelle ou une prise médicamenteuse maternelle durant la grossesse.

### PROCÉDER À UN EXAMEN DESCRIPTIF

Il est ensuite nécessaire de faire une description anatomique objective et précise, tout en restant neutre, utilisant les termes de :

- gonades (et non testicules ou ovaires), en précisant si elles sont palpables, et indiquant leurs localisations
- bourgeon génital (au lieu de verge ou clitoris), précisant la taille, ainsi que la localisation du méat urétral
- bourrelets (au lieu de bourses, scrotum ou lèvres), en précisant leurs aspects (lisses, plissés, pigmentés) et leur degré de fusion

Il faut aussi préciser le nombre d'orifices et rechercher d'autres malformations, en particulier sur la ligne médiane.

### FAIRE LE BILAN PARACLINIQUE

Compte tenu de la cinétique particulière des hormones à cet âge, la fenêtre d'action est très brève, inférieure à 24 heures. C'est pourquoi l'évaluation néonatale doit se faire dans les plus brefs délais. Le bilan de base comportera :

- Un caryotype (même s'il y a eu un caryotype prénatal), avec FISH SRY
- Des dosages hormonaux :
  - 17-OHP (hydroxyprogestérone)
  - FSH, LH et testostérone et impérativement avant la 24e heure de vie, car passé ce délai le dosage de la testostérone n'est plus interprétable avant la 3e semaine de vie (phénomène de mini-puberté)
  - AMH, inhibine B
- Ionogramme sanguin
- une échographie abdomino-pelvienne recherchant un utérus et d'autres anomalies, associée ou non à une IRM permettant une très bonne évaluation des organes génitaux internes, avec éventuellement en seconde intention une génitographie
- Puis, des investigations plus poussées en biologie moléculaire pourront rechercher des anomalies génétiques (selon les cas, recherche de mutations sur les gènes du récepteur aux androgènes, de la 5-alpha-réductase, et des gènes du développement des gonades et des organes génitaux internes : SF1, WT1, SOX9, etc.)

Dans de nombreuses situations, ce bilan permettra d'établir le diagnostic dans les 48 heures.

## 4. Que faire pour la déclaration du sexe ?

L'assignement du sexe et sa déclaration à l'État civil doivent être reportés tant que la situation n'est pas évaluée par une équipe compétente en la matière.

Légalement, selon la circulaire du 28 octobre 2011, il est possible de ne porter aucune mention du sexe sur la déclaration de naissance, avec l'accord du Procureur de la République, en remettant à l'officier d'État civil « un certificat de suspension de déclaration de sexe » qui doit être rédigé par un médecin. Il est conseillé de ne pas porter l'indication « sexe indéterminé ». En France, les équipes médicales font en sorte que l'enfant soit assigné avant ses six mois. Actuellement, un prénom est réclamé dans les cinq jours légaux, et en cas de doute, la loi conseille de donner un prénom mixte, ce qu'il ne faut surtout pas faire. L'acte de naissance sera complété ultérieurement par une requête envoyée au Tribunal de Grande Instance.

*« L'assignement du sexe et sa déclaration à l'État civil doivent être reportés tant que la situation n'est pas évaluée par une équipe compétente en la matière. »*

*Référence : M. Tirel - Prise en charge d'un nouveau-né présentant une anomalie des organes génitaux à la naissance, par les équipes de périnatalité : état des lieux dans les maternités de la région Basse-Normandie – Ecoles de sages-femmes CHU de Caen*

# « CETTE ANNÉE A ÉTÉ EXCELLENTE POUR L'ICM ET LES SAGES-FEMMES, ELLE N'EST PAS GÂCHÉE ! »

L'International Confederation of Midwives (ICM) promeut la profession de sage-femme et ce à travers le monde. PDSF vous offre en exclusivité l'interview de 2 membres du conseil d'administration pour mieux connaître cette organisation.

**Franka Cadée**, présidente de l'ICM.
Franka est une experte des soins de santé sexuelle et reproductive et de la profession de sage-femme.

**Dicko Fatoumata S Maiga**, représentant la région d'Afrique francophone à l'ICM.
Elle est titulaire de plusieurs masters, dont un en pédagogie de l'Université Cheaichk Anta DIOP de Dakar.

*Parole de Sages-Femmes :* **Pouvez-vous nous présenter l'ICM, sa date de création, son histoire ?**

*Franka Cadée :* Depuis le début des années 1900, plusieurs réunions internationales de sages-femmes se sont tenues en Europe, sauf sur une période de huit ans (1914-1922) dû à la Première Guerre mondiale. En 1922, l'Union internationale des sages-femmes (IMU) a été créée en Belgique, précurseur de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et les réunions de sages-femmes européennes se sont poursuivies à des intervalles irréguliers, également affectées par la Seconde Guerre mondiale. En 1954, l'IMU reconstituée est devenu l'ICM et nomme Marjorie Bays comme première secrétaire exécutive. Le premier siège social était basé à Londres puis il a déménagé en 1999 aux Pays-Bas, où il se trouve encore aujourd'hui.
L' ICM soutient, représente et œuvre pour renforcer les associations professionnelles de sages-femmes à travers le monde. Il existe actuellement 143 associations membres, représentant 124 pays sur tous les continents.
L'ICM est organisé en six régions:
1. Afrique (anglophone et francophone)
2. Amériques (Amérique du Nord, Caraïbes et Amérique latine)
3. Pacifique occidental
4. Méditerranée orientale
5. Asie du Sud-Est
6. Europe (septentrionale, centrale et méridionale)

Ensemble, ces associations représentent plus d'un million de sages-femmes dans le monde.
L'ICM est une organisation non gouvernementale accréditée qui représente les sages-femmes et la profession auprès d'organisations du monde entier pour atteindre des objectifs communs en matière de soins aux mères et aux nouveau-nés. L'ICM travaille en étroite collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'United Nations Population Fund (UNFPA) et d'autres agences des Nations Unies; les organisations professionnelles mondiales de soins de santé, notamment la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), l'Association internationale de pédiatrie (IPA), le Conseil international des infirmières (CII), des organisations non gouvernementales; groupes bilatéraux et de la société civile.

*PDSF :* **Quelles sont les missions de l'ICM à l'échelle internationale ?**

*FC :* L'ICM envisage un monde où chaque femme enceinte a accès aux soins d'une sage-femme

pour elle-même et son nouveau-né. L'ICM œuvre pour renforcer les associations de sages-femmes et faire progresser la profession de sage-femme à l'échelle mondiale en promouvant les sages-femmes autonomes comme les soignantes les plus appropriées pour les femmes enceintes et en favorisant la physiologie de la naissance, afin d'améliorer la santé des femmes, de leurs nouveau-nés et de leurs familles

*PDSF :* **Pouvez-vous nous donner des exemples d'actions de L'ICM dans une région spécifique d'Afrique ainsi que les résultats de ces actions?**

*Dicko Fatoumata S Maiga :* Entre 2016 et 2019, le projet de renforcement de la formation des sages-femmes en Afrique francophone a permis à 270 sages-femmes-enseignantes de fournir à leurs élèves l'apprentissage actif et pratique dont ils/elles ont besoin pour atteindre les compétences essentielles pour la pratique de la profession. Ce projet a été rendu possible grâce aux généreux soutiens de la Fondation Sanofi Espoir.

*PDSF :* **La profession de sage-femme est en souffrance, que propose l'ICM pour améliorer le mieux-être des professionnels ?**

*FC :* Les sages-femmes, profession à prédominance féminine qui œuvrent pour les femmes souffrent de nombreux problèmes. En effet, il y a des difficultés liées au genre, à la médicalisation, à l'institutionnalisation de la naissance ainsi qu'aux modèles patriarcaux et biomédicaux qui ont marginalisé les sages-femmes dans le monde pendant de nombreuses années. Cependant, au cours de la dernière décennie, il y a une dynamique croissante de changements positifs. Il existe de plus en plus de preuves scientifiques rigoureuses de l'impact positif des sages-femmes en tant que choix approprié pour obtenir des soins équitables et de qualité pour les droits des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris, bien entendu, la naissance. Les femmes exigent également des soins d'une sage-femme. En ce sens, l'ICM lance un appel à l'action aux politiques, à travers le globe.

*PDSF :* **En 2020, c'était l'année internationale des sages-femmes, avec la crise covid-19, cette célébration n'a pas été au rendez-vous, y aura-t-il des actions pour rattraper la promotion plus tard ?**

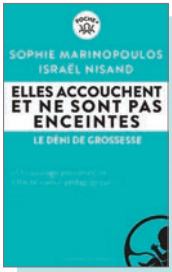
*FC :* Cette année a été une excellente année pour l'ICM et les sages-femmes, elle n'est pas gâchée ! Pour nous, c'est la première année où une campagne de 10 ans place les sages-femmes comme la clé de la réalisation de l'SDG 3.1 (Sustainable Developments Goals, objectif des Nations Unies dans la réduction de la mortalité maternelle à 70 pour 100 000). Au cours des trois derniers mois, l'ICM, en collaboration avec des partenaires internationaux de premier plan dans le domaine du développement mondial et de la santé, a mené des conversations virtuelles avec des sages-femmes et les femmes qu'elles soutiennent. Ces conversations ont eu lieu à travers des webinaires et des épisodes de podcast et forment ce que nous appelons notre série « Stronger Together ». Les histoires partagées au cours des webinaires, ainsi que les points de vue de nos associations de sages-femmes, informeront sur notre campagne menée sur 10 ans.
Nous devons investir dans les sages-femmes si nous voulons investir dans un avenir sain.

*Pour en savoir plus : internationalmidwives.org*

# DANS MA BIBLIOTHÈQUE DE PRO...

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

*Ouvrages sélectionnés par G.Dahan-Tarrasona*




## Le déni de grossesse, elles accouchent et ne sont pas enceintes

Accoucher et ignorer porter un enfant, voilà une situation troublante qui interroge bon nombre de professionnels de santé. Pour mieux comprendre ce qui se passe dans le déni d'une grossesse, le Pr Israel Nisand, gynécologue, et Sophie Marinopoulos, psychanalyste, apportent leur éclairage pour rentrer dans l'intimité de ces femmes pour lesquelles devenir mère était impensable et pour d'autres où l'irréparable drame a été commis. À travers plusieurs interrogations : qui sont-elles, ces victimes du déni de grossesse ? Comment ces bébés parviennent à se développer correctement ? Quel est le rôle du conjoint, de la famille ? Les auteurs remettent en cause de nombreuses certitudes sur l'instinct maternel, la grossesse, le lien précoce parents-bébé ainsi que la place de l'enfant dans notre société actuelle...

***Elles accouchent et ne sont pas enceintes*** de Pr Israel Nisand et Sophie Marinopoulos. Éditions Les Liens qui libèrent. 18€

## Pour répondre aux questions que se posent les sages-femmes de ville

Au total, il liste 120 questions, les principales, qui peuvent interroger les praticien-ne-s en gynécologie et obstétrique de ville. Il est présenté sous forme de fiche pratique suivant toujours le même plan : la demande de la patiente, la problématique, le déroulement de la consultation et le point de vue du spécialiste. Avec des conduites à tenir précises s'appuyant sur des arbres décisionnels, cette 4e édition est aussi remise à jour avec les dernières recommandations des sociétés savantes notamment, en PMA, pour les violences faites aux femmes, les IVG, le post-partum...

***120 questions en gynécologie-obstétrique 4e édition,*** de H.Marret, A.-M.Lehr Drylewicz. Aux éditions Elsevier-Masson. 42€

## Allaitement : Un guide pour allaiter en toute confiance

Les bénéfices de l'allaitement sont bien connus. Pourtant, pour certaines femmes, ce mode d'alimentation est source de stress et de complications. C'est pour mettre à mal tout ce qui pourrait gâcher la mise en route et la poursuite de l'allaitement que Carole Hervé, consultante en lactation, a co-écrit ce guide « Mon allaitement sur mesure ». Jugements des proches voire des professionnels, peur d'avoir mal, peur de faire mal, etc, la liste est longue pour de nombreuses femmes qui n'osent pas allaiter. Avec des témoignages, des illustrations, des outils pratiques, ce livre accompagne les femmes pour mieux comprendre les mécanismes de l'allaitement et les signaux du bébé. Il offre ainsi les clés pour prendre confiance et allaiter sans culpabilité ni stress.

***Mon allaitement sur mesure*** de Carole Hervé et Julie Martory. Aux éditions Albin Michel. 18,90€

# QUELLES SONT VOS APPLICATIONS SMARTPHONE PRÉFÉRÉES ?

LES APPLICATIONS MÉDICALES REPRÉSENTENT UNE VÉRITABLE AIDE DANS L'EXERCICE QUOTIDIEN DES SAGES-FEMMES. POUR CELLES ET CEUX INTERROGÉ-E-S, VOICI CELLES LES PLUS UTILISÉES.

## IReco

Pour disposer des dernières recommandations de bonne pratique en gynécologique, obstétrique, pédiatrie et anesthésie, l'appli IReco facilite la vie des professionnels. Un outil pratique pour optimiser la prise en charge des patientes.

*Elle est téléchargeable sur App Store et Google Play.*

## Antibioclic

Le site et l'application Antibioclic est un outil d'aide à la prise de décision en termes d'antibiothérapie dans de nombreux domaines dont l'appareil génital et urinaire. Mis à jour avec les dernières recommandations, Antibioclic permet de prescrire les antibiotiques en suivant les règles de bon usage.

*Disponible sur App Store et Google Play.*

## Strathège

Cette application permet de calculer le risque thromboembolique pendant la grossesse et propose la stratégie thérapeutique recommandée.

*Disponible sur l'App Store.*

## Audipog

Cet outil propose 2 courbes. La 1re est la courbe standard prenant en compte l'âge gestationnel, le sexe du nouveau-né pour le poids, la taille ou le périmètre crânien à la naissance. La 2e est une courbe individualisée en fonction de l'âge gestationnel et du sexe du nouveau-né et qui tient compte aussi du potentiel de croissance avec la taille, l'âge, la parité de la mère pour le poids ou la taille à la naissance. L'application calcule aussi le percentile du nourrisson.

*Téléchargeable sur l'App Store et Google Play*

Retrouvez tous les événements sur
**www.paroledesagesfemmes.com**

# À noter
# DANS VOS AGENDAS !

**Le 13, 14, 15 Janvier 2021 – Virtuel**
**Pari(s) Santé Femmes**
*Inscription et informations : paris-sante-femmes.fr*

**Le 22 & 23 janvier 2021 – Paris (en présentiel et virtuel)**
**25es Rencontres de pédiatrie pratique**
*Inscription et informations : pediatrie-pratique.com*

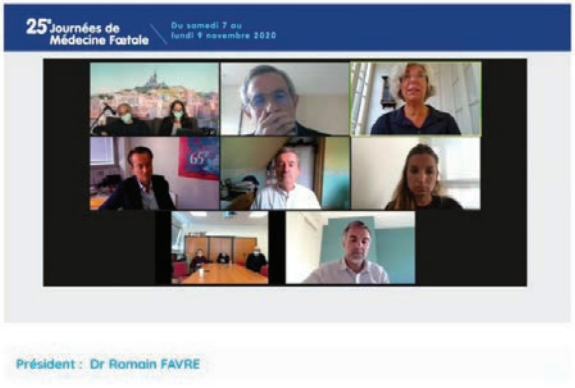
**Le 28 janvier 2021 - Paris**
**ADN Ile-de-France – Acteurs du dépistage néonatal**
*Inscription et informations : info-congres.com*

**Les 19 & 20 mars 2021 – Aix-en-Provence**
**Séminaire de l'Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs**
*Inscription et informations : afsfa.fr*

**Les 25 & 26 mars 2021 – Paris**
**Journées Nationales de Néonatologie**
*Inscription et informations : info-congres.com*

**Du 3 au 5 juin 2021 – Marseille**
**Le choix des armes**
*Inscription et informations : lechoixdesarmes.org*

## LA RÉTROSPECTIVE




Du 7 au 9 novembre 2020 se sont tenues les 25es Journées de médecine fœtale. PDSF a eu l'honneur d'assister à ces journées 100% digitalisées. Un programme encore une fois très riche et pour cette édition autour de la thématique « Diagnostic et prise en charge pré et post-natale des pathologies fœtales ». Un congrès passionnant pour performer dans la pratique échographique !

# PAROLE DE SAGES-FEMMES.com

## LA 1ÈRE PLATEFORME WEB POUR TOUTES LES SAGES-FEMMES

**EN ACCÈS GRATUIT EN UN CLIC !**

Découvrez le MOOC

## L'ÉCHOGRAPHIE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

avec Dr Gilles Grangé, Gynécologue-obstétricien

**Comment réaliser une coupe sagittale ?**
**Comment réaliser une coupe axiale ?**
**Comment réaliser une coupe coronale ?**

## WWW.PAROLEDESAGESFEMMES.COM

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

EN VENTE sur notre site

babybio

# VOTRE EXPERT FRANÇAIS DU LAIT INFANTILE BIO DEPUIS PLUS DE 20 ANS

## NOUVELLES FORMULES

TENEUR IDENTIQUE

**DHA(1)=ARA**
(OMÉGA 3) (OMÉGA 6)

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

- LAIT DE VACHE **FRANÇAIS**
- **PRÉBIOTIQUES** FOS / GOS
- **PROBIOTIQUES** *BIFIDOBACTÉRIUM -LACTIS**
- JUSTE DOSE DE **PROTÉINES**
- **SANS** HUILE DE PALME, NI DE COPRAH

Téléchargez notre documentation professionnelle

FABRIQUÉ en FRANCE

AB AGRICULTURE BIOLOGIQUE

AU LAIT DE VACHE

FORMULE CLASSIQUE

1 2 3

FORMULE ENRICHIE PRÉ & PROBIOTIQUES

1 2 3

AU LAIT DE CHÈVRE

1 2 3

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.