PAROLE DE SAGES-FEMMES

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 36 • Printemps 2021

LE MAGAZINE QUI VOUS DONNE LA PAROLE

LA DYSTOCIE DES ÉPAULES : COMMENT MIEUX L'APPRÉHENDER ?

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

PESANTEUR PELVIENNE APRÈS L'ACCOUCHEMENT : PEUT-ON LA SOULAGER AVEC L'OSTÉOPATHIE ?

ETUDE

LABEL IHAB : QU'EN PENSENT LES PROFESSIONNELS ?

INTERNATIONAL

RENCONTRE AVEC UNE SAGE-FEMME SAOUDIENNE

RENCONTRE

AVEC ANNE-MARIE MOUTON

« EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, IL Y A AVANT ET APRÈS LES ANNÉES 70 »

CONSEILS DE PROS

LE CLAMPAGE RETARDÉ DU CORDON MAJORE-T-IL LE RISQUE D'ICTÈRE DU NOUVEAU-NÉ À TERME ?

DOSSIER

DEVENIR PÈRE

- **PATERNITÉ : UN PEU D'HISTOIRE**
- **QUE SE PASSE-T-IL DANS LE PSYCHISME DES PÈRES ?**
- **NAISSANCE COMPLIQUÉE : QUELS IMPACTS SUR L'EXPÉRIENCE DES PÈRES ?**

BioGaia

Une gamme pour toute la famille

La puissance d'une souche exclusive

Tous les produits de la gamme BioGaia® sont développés à partir du *Lactobacillus reuteri* Protectis® (DSM 17938). Cette souche a été testée dans de nombreuses études cliniques qui ont permis de démontrer sa bonne tolérance.

Gouttes

Comprimés à croquer

Comprimés + Vitamine D

Gélules Vegan

PediAct

BioGaia® est distribué en pharmacie par le Laboratoire PediAct.

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

Facebook PediAct

Instagram @laboratoirepediact

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

Crédit photo : Envato

ÉDITO

Au nom du père

Assis au fond du fauteuil avec leur téléphone, masseurs, observateurs, les pères en salle de naissance ne manquent pas de nous surprendre. Chacun gère la situation comme il le peut, humour, colère, stress, voire agressivité, certains affirment même se sentir impuissants tant ils peinent à s'impliquer en salle de travail.

Il faut dire que des hommes assistent à l'accouchement parce que c'est d'actualité, pour faire plaisir à leur partenaire. D'ailleurs, Michel Odent, obstétricien français, ne voyait pas sous un bon oeil que les pères participent à la naissance. Selon lui, être témoin de l'accouchement de leur femme pouvait leur laisser des cicatrices psychologiques et émotionnelles tant l'événement était perçu comme choquant pour certains hommes.

Je me souviens d'un père un jour qui est venu me chercher alors que sa femme était en salle de naissance en me disant « ma femme s'est transformée ! » ; animalité, désinhibition au moment des contractions, sa douce femme aurait pu broyer la main de son cher et tendre.

Bien que le père en question avait fait le choix d'assister à l'accouchement, sans conteste, ce qui lui manquait c'était la préparation à l'accompagnement de sa femme, la préparation à un événement d'une telle puissance qu'est la naissance.

Ce père en détresse avait besoin de soutien, d'explications - Peut-être aussi en a-t-il manqué à ce moment-là parce que la suractivité de la salle de naissance ne le permettait pas… (#unefemmeunesagefemme).

Un père préparé, un père mieux informé est un père moins anxieux, c'est un père qui sait trouver sa place ce qui contribue à une expérience positive de la naissance pour sa femme et lui-même. Selon Bernard This, psychiatre et psychanalyste français, le père a une place centrale dans l'accueil sans violence du nouveau-né. Alors, aidons les futurs pères à trouver leur place !

La naissance, c'est l'affaire des mères, des pères, des nouveau-nés, des sages-femmes, pour le bien de l'humanité tout entière !

Bonne lecture

Géraldine Dahan Tarrasona

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 36

3 **Édito** Au nom du père

ACTUS

5 **Actus France** • Évènements indésirables graves associés aux soins : 55% sont évitables • Le ministère des Sports promeut le sport avant, pendant et après la grossesse • Vitamine D et nourrisson : Attention au risque de surdosage dans les compléments alimentaires ! • Précarité menstruelle : 33% des étudiants estiment avoir besoin d'une aide pour se procurer des protections • Un succès pour cette 1re greffe d'utérus réalisée en France ! • Grossesse : Près de trois quarts des femmes utilisent des médicaments gastro-intestinaux. • Seduq : le jeu de société pour parler de sexe sans tabou aux adolescents- Des cocons pour micro-sieste à l'hôpital de Séclin • Natalité : une baisse inédite en France depuis 1975 • Risque potentiel d'autisme en cas de prise orale d'isotretinoïne pendant la grossesse •Mobilisations des sages-femmes • COVID-19 : Les compétences vaccinales des sages-femmes s'étendent

10 **Actus Monde** • Norvège : Le congé maternité a des bienfaits sur la santé ! •Monde : La mortinatalité dans le monde • Royaume-Uni : Un test de grossesse pour les femmes malvoyantes • Membre du gouvernement, Suella Braverman prendra un congé maternité (et elle a raison !) • Corée du Sud : Pourquoi les femmes renoncent-elles à la maternité ? • Japon : Cancer du col de l'utérus: la transmission de la mère à l'enfant est possible

12 **À la loupe** Le suicide est la 2e cause de mortalité maternelle en France

16 **Rencontre** avec Anne-Marie Mouton
« En gynécologie-obstétrique, il y a avant et après les années 70 »

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

22 **La dystocie des épaules :** Comment mieux l'appréhender ?

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

26 **Pesanteur pelvienne après l'accouchement :** Peut-on la soulager avec l'ostéopathie ?

DOSSIER DEVENIR PÈRE

29 **Paternité :** Un peu d'histoire

32 **Que se passe-t-il dans le psychisme des pères ?**

36 **Naissance compliquée :** Quels impacts sur l'expérience des pères ?

ÉTUDE

40 **Label IHAB :** qu'en pensent les professionnels ?

CONSEILS DE PROS

42 **Le clampage retardé du cordon majore-t-il le risque d'ictère du nouveau-né à terme ?**

PROFESSION SAGE-FEMME

44 **Rencontre avec une sage-femme saoudienne**

46 **Détente**

48 **Dans ma bibliothèque de pro**

50 **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 commerciale pôle santé
Anne Pelloux
anne.pelloux@unifygroup.com
paroledesagesfemmes.com

Remerciements :

Anne-Marie Mouton, Emy burgeon, Delphine Grosso, Marie-France Morel, Agathe Lochelongue, Nicolas Dutriaux, Oceane Buisson, Eva Egreteau, Ibtesam Omar Jahlan

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 la 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

Évènements indésirables graves associés aux soins : 55% sont évitables

Pour la 2e année consécutive, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie son rapport sur les évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS). Il a été réalisé à partir des 820 déclarations complètes émises à la HAS en 2018. Voici ce que les chiffres nous apprennent :

- **82%** des déclarations proviennent des établissements de santé (contre 14% dans une structure médico-sociale et 4% en ville)
- Les EIGS déclarées concernaient :
  - Les décès à **50%**
  - La mise en jeu du pronostic vital à **33%**
  - Le déficit fonctionnel permanent à **17%**
- **87%** des EIGS concernent un acte thérapeutique et **13%** un acte diagnostic
- **39%** des EIGS se déroulent la nuit, le week-end ou les jours fériés
- Pour **47%** des EIGS, il s'agissait d'une situation où la prise en charge était urgente
- Parmi les déclarations analysées, **55%** des EIGS pourraient être évités

Source : has-sante.fr

Un succès pour cette 1re greffe d'utérus réalisée en France !

C'est à l'hôpital Foch, à Suresnes, qu'un bébé a vu le jour le 12 février dernier après une greffe d'utérus. Il s'agit d'une première en France ! La mère âgée de 36 ans, atteinte d'un syndrome de Rokitanski, a bénéficié d'une greffe d'utérus en mars 2019. Cette greffe provenait de sa propre mère âgée alors de 57 ans. La grossesse a duré 7 mois et demi. La mère et le bébé, d'un poids de naissance à plus de 1,8 kg, se portent bien. Cette prouesse médicale donne un véritable espoir aux femmes n'ayant plus d'appareil reproducteur et donne une 3e alternative pour avoir un enfant avec l'adoption et la gestation pour autrui (interdite en France).

Source : liberation.fr

Covid-19 :
Les compétences vaccinales des sages-femmes s'étendent

Un décret, paru au Journal Officiel du 5 mars 2021, autorise désormais les sages-femmes à prescrire et administrer l'ensemble des vaccins contre la COVID-19 (seul l'AstraZeneca® était envisageable jusque-là). Il devient donc possible de prescrire et d'administrer le vaccin à toutes les femmes, l'entourage des femmes enceintes et de l'enfant pendant la période des 8 semaines suivant l'accouchement. Ne sont pas concernées les personnes ayant déjà présenté une réaction anaphylactique à un des composants de ces vaccins ou lors de la 1re injection.

Les femmes enceintes ne figurent pas pour le moment parmi un public prioritaire pour recevoir la vaccination. Toutefois, dans un communiqué de la HAS en date du 2 mars dernier, elle rappelle que les vaccinations contre la COVID-19 ne sont pas contre-indiquées chez les femmes enceintes et qu'elles doivent être envisagées particulièrement pour « les femmes enceintes de plus de 35 ans ou celles présentant d'autres comorbidités comme l'obésité ou le diabète ou les femmes enceintes susceptibles d'être en contact avec des personnes infectées du fait de leur activité professionnelle. »

Sources : ordre-sages-femmes.fr

Covid-19 : quels leviers pour vacciner plus vite les personnes les plus vulnérables ? HAS - COMMUNIQUÉ DE PRESSE - Mis en ligne le 02 mars 2021

Vitamine D et nourrisson : Attention au risque de surdosage dans les compléments alimentaires !

Des cas de surdosage en vitamine D ont été rapportés chez des enfants ayant consommé des compléments alimentaires. L'hypercalcémie n'est pas dénuée de risque sur la santé, elle peut causer des atteintes rénales graves. Pour cette raison, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) associée à l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), les sociétés savantes de pédiatrie, le collège national des sages-femmes et les centres antipoison lancent l'alerte aux professionnels de santé et aux parents sur le risque de surdosage lié à l'administration de compléments alimentaires à base de vitamine D chez des enfants, et notamment les nourrissons. Pour suivre les recommandations françaises de prévention du rachitisme chez les enfants de 0 à 18 ans, les agences et les sociétés savantes préconisent alors de privilégier les médicaments aux compléments alimentaires, de contrôler les doses administrées et de ne pas multiplier les produits à base de vitamine D.

Source : anses.fr

Grossesse :
Près de trois quarts des femmes utilisent des médicaments gastro-intestinaux

Des chercheurs français du groupement intérêt scientifique (GIS) EPI-PHARE ont décrit à partir du Système National des Données de Santé les prescriptions de médicaments pour les symptômes gastro-intestinaux pendant la grossesse se terminant par une naissance entre avril 2010 et décembre 2018. Les résultats publiés dans la revue PlosOne mettent en évidence que trois quarts des femmes enceintes utilisent des médicaments gastro-intestinaux. Sur l'analyse de 6 365 471 grossesses, 74% des femmes enceintes ont administré au moins un médicament gastro-intestinal, 37% un antiacide, 51,5% un antispasmodique, 31% un antinauséeux, 15,3% un laxatif et 10,3% antidiarrhéique. La prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons a plus que doublé en passant de 12,2% en 2010 à 26% en 2018.

Les troubles digestifs concernent de nombreuses femmes enceintes. En regard de ces résultats, les auteurs préconisent une surveillance de ces médicaments et d'évaluer les bénéfices-risques afin d'en établir des recommandations pour les professionnels de santé.

Source : Drug use for gastrointestinal symptoms during pregnancy: A French nationwide study 2010–2018.PLoS ONE 16(1): e0245854

Risque potentiel d'autisme en cas de prise orale d'isotretinoïne pendant la grossesse

Si l'on connaissait déjà les risques de malformations du cerveau, du visage et du cœur chez l'enfant exposé in utéro à l'isotretinoïne, l'ANSM alerte les professionnels sur une suspicion de troubles autistiques sans malformation associée chez un jeune enfant exposé pendant sa vie fœtale. En attendant une étude de pharmaco-épidémiologie, il est demandé de ne jamais utiliser des médicaments à base d'isotrétinoïne orale chez la femme enceinte et chez la femme en âge de procréer si les conditions du plan de prévention de grossesse ne sont pas remplies.

Source : ansm.sante.fr

Précarité menstruelle : 33% des étudiants estiment avoir besoin d'une aide pour se procurer des protections

Manger ou se procurer des protections périodiques ? Des étudiants sont confrontés à ce dilemme, car oui la précarité menstruelle existe bel et bien. Une enquête inédite, réalisée par La Fédération des Associations Générales Etudiantes (FAGE) première organisation étudiante de France, l'Association Nationale des Étudiant(e)s Sages-Femmes (ANESF) et l'Association Fédérative des étudiant(e)s Picto-charentais(e)s (AFEP), s'est emparée de ce sujet tabou. Elle met en lumière les difficultés supplémentaires que rencontrent des étudiants. En voici quelques chiffres :

- 13 % des répondant-e-s déclarent avoir dû choisir entre les protections et un autre objet de première nécessité.
- 33% estiment avoir besoin d'une aide pour se procurer des protections
- 46% des répondant-e-s dépensent pour les protections entre 5 et 10 € par mois et pour la moitié d'entre eux, les dépenses s'élèvent à 20€ par mois en raison d'achat de médicaments anti-douleurs, sous-vêtements, literie...)

En France, un budget de 5 millions d'euros alloué par l'État pour lutter contre la précarité menstruelle est destiné aux personnes incarcérées, aux sans-abris, aux collégien(ne)s et aux lycéen(ne)s. Jusque-là les étudiants, une des populations les plus précaires n'étaient pas concernés. Mais grâce au travail des associations d'étudiants, à la rentrée 2021, les résidences des Crous et les services de santé universitaire seront équipés de distributeurs gratuits de protections hygiéniques. Bravo aux étudiants pour leurs actions !

Sources : La précarité menstruelle chez les étudiant-e-s en France, enquête réalisée par la FAGE, l'ANESF, l'AFEP sur 6518 répondant-e-s Féurier 2021, le monde.fr

Mobilisations des sages-femmes

Plusieurs mobilisations ont eu lieu depuis le début de l'année. Les sages-femmes ne lâcheront rien, les revendications : une rémunération à la hauteur des responsabilités, un véritable statut médical, une véritable reconnaissance de la profession, des effectifs adaptés et surtout pour que la santé des femmes et la périnatalité soient des priorités de santé publique !

#Unefemmesunesagefemme.

PDSF soutient vivement la profession !

Le ministère des Sports promeut le sport avant, pendant et après la grossesse

Le sport est bénéfique pour la santé de tous, femmes enceintes y compris. Pour promouvoir une activité sportive pendant la période de conception, avant et après un accouchement, le ministère des Sports a publié récemment un guide. Celui-ci permet de répondre aux questions des mères, mais aussi d'évaluer leur aptitude au sport en répondant à quelques questions. Il peut être utilisé par les sages-femmes comme support lors d'une consultation pour rappeler aux femmes les avantages du sport sur les douleurs lombaires, la diminution du stress, l'amélioration de la qualité du sommeil... Et pour balayer certaines idées reçues comme celles qui disent que maternité rime avec arrêt de toute activité physique.

Source : https://sports.gouv.fr/IMG/pdf/guide-apsetmaternite.pdf

Seduq : le jeu de société pour parler de sexe sans tabou aux adolescents

Seduq est le jeu de société que les jeunes s'arrachent. En quelques mois, 1000 exemplaires ont été vendus en France, en Suisse et au même Canada. Mais de quoi s'agit-il vraiment ? Le jeu s'inspire du concept de l'escape Game mais traite des thématiques particulières : la santé sexuelle, la prévention des violences sexuelles et l'échange entre les jeunes. Avec Seduq le jeune apprend ce qu'est une « vraie » relation basée sur le respect tout en se documentant sur la sexualité sans tabou et sans gêne. Alixe Moujeard, travailleuse sociale et initiatrice de ce jeu ne compte pas s'arrêter là. D'autres outils pédagogiques, en partenariat avec les hôpitaux de Paris, sur les addictologies, la sexualité et le handicap seront proposés prochainement.

Source :leparisien.fr

Norvège
Le congé maternité a des bienfaits sur la santé !

Une étude a analysé l'impact sur la santé des femmes du congé maternité rémunéré, introduit en 1977, en Norvège. Après avoir examiné des milliers de données sur la santé des femmes âgées d'environ 50 ans, les chercheurs ont constaté que le congé maternité produisait des effets bénéfiques quelques décennies après. En effet, pour celles ayant bénéficié du congé maternité rémunéré, l'IMC était inférieur de 2,5% à 3,7% par rapport à celles qui n'en avaient pas bénéficié. Elles étaient moins concernées par une pression artérielle élevée et moins touchées par le tabagisme. Elles étaient aussi plus susceptibles de pratiquer une activité sportive.
Si d'autres études avaient déjà montré les bienfaits du congé maternité sur la santé des femmes à court terme, ce travail mené par les économistes de l'université de Georgie révèle qu'il existe également des bénéfices à plus long terme. Moins de stress, plus de temps pour récupérer après l'accouchement et la possibilité d'allaiter son bébé pourraient être, selon l'une des autrices de l'étude, Aline Bütikofer, des facteurs influençant ces résultats.

Source : The Impact of Paid Maternity Leave on Maternal Health - AMERICAN ECONOMIC JOURNAL: ECONOMIC POLICY- VOL. 13, NO. 1 FEBRUARY 2021

Royaume-Uni
Un test de grossesse pour les femmes malvoyantes

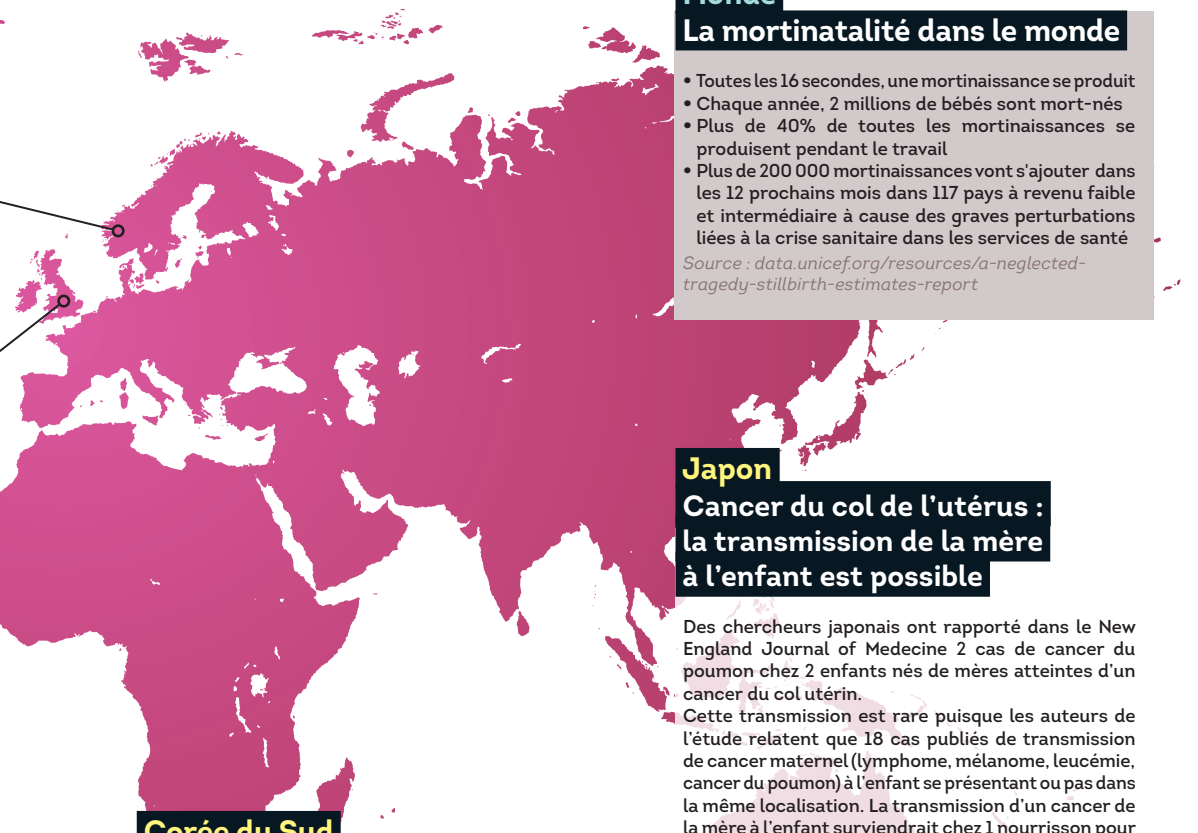
Pour permettre aux femmes malvoyantes de réaliser un test de grossesse en autonomie et en toute intimité, une association britannique de personnes déficientes visuelles (Royal national institute of blind people (RNIB)) a créé un test de grossesse spécifique. Il s'agit d'un bâtonnet comprenant un bouton en relief pour indiquer où uriner. En cas de grossesse, de petites bosses prennent forme, perceptibles alors dans un espace tactile. L'innovation va plus loin, car via un QR code, les femmes pourront aussi recevoir sur leur smartphone les résultats dans une version numérique accessible aux malvoyants. Pour le moment il s'agit d'un prototype dont la date de mise sur le marché n'a pas été communiquée. En tout cas, cette ingéniosité permettra aux femmes malvoyantes d'être les premières à savoir si elles sont enceintes.

Source : informations.handicap.fr

Membre du gouvernement, Suella Braverman prendra un congé maternité (et elle a raison !)

Une grande première pour le gouvernement britannique, Suella Braverman, conseillère juridique prendra un congé maternité. Enceinte de son 2e enfant, elle sera remplacée pendant 6 mois et continuera à percevoir sa rémunération. Comme elle le partage avec enthousiasme dans un tweet, c'est un « moment marquant » pour le pays qui pourra peut-être inciter d'autres femmes à faire carrière en politique. Avec la loi précédente en vigueur, pour garder son poste, elle n'aurait pas pu bénéficier de congé maternité après la naissance... Il aura fallu attendre 2021 pour parvenir à un peu plus d'égalité des sexes au gouvernement !

Source : lavoixdunord.fr



Monde
La mortinatalité dans le monde

- Toutes les 16 secondes, une mortinaissance se produit
- Chaque année, 2 millions de bébés sont mort-nés
- Plus de 40% de toutes les mortinaissances se produisent pendant le travail
- Plus de 200 000 mortinaissances vont s'ajouter dans les 12 prochains mois dans 117 pays à revenu faible et intermédiaire à cause des graves perturbations liées à la crise sanitaire dans les services de santé

Source : data.unicef.org/resources/a-neglected-tragedy-stillbirth-estimates-report

Corée du Sud
Pourquoi les femmes renoncent-elles à la maternité ?

En Corée du Sud, la population connaît une baisse, avec 276 000 naissances contre 308 000 décès. Mais pourquoi cette tendance s'impose-t-elle dans le pays ? Avant d'avoir un enfant, les couples y réfléchissent à deux fois ! En effet, près de 20 % des couples mariés depuis 2015 n'avaient toujours pas d'enfants en 2020. Travailler et élever un enfant n'est pas si simple. Longue journée de travail pour les femmes, manque de structures d'accueil pour enfants, coût des frais de scolarité et du logement, le tout dans un modèle patriarcal.

Le gouvernement tente d'encourager la natalité en offrant aux couples une enveloppe de 750€ par femme enceinte et de 4500€ pour les couples mariés arrêtant le travail pendant 3 mois chacun. Mais l'incitation financière sera-t-elle suffisante pour ce pays où le taux de fécondité était en 2019 de 0,92, soit le plus bas des pays de l'OCDE ?

Sources : lepoint.fr, date.oecd.org

Japon
Cancer du col de l'utérus : la transmission de la mère à l'enfant est possible

Des chercheurs japonais ont rapporté dans le New England Journal of Medecine 2 cas de cancer du poumon chez 2 enfants nés de mères atteintes d'un cancer du col utérin.

Cette transmission est rare puisque les auteurs de l'étude relatent que 18 cas publiés de transmission de cancer maternel (lymphome, mélanome, leucémie, cancer du poumon) à l'enfant se présentant ou pas dans la même localisation. La transmission d'un cancer de la mère à l'enfant surviendrait chez 1 nourrisson pour 500 000 mères atteintes d'un cancer.

Dans la présente étude, les chercheurs décrivent un premier cas, un garçon de 23 mois présentant une toux anormale, ayant bénéficié d'une biopsie ayant révélé un cancer neuroendocrinien de haut grade. Celui-ci est né par voie basse. Sa mère, âgée de 35 ans, a développé d'un carcinome épidermoïde du col utérin trois mois après la naissance. Les analyses ont révélé la présence d'HPV 18 chez la mère et l'enfant. En ce qui concerne le 2e cas, il s'agit d'un garçon âgé de 6 ans né par voie basse dont la mère a développé un adénocarcinome après l'accouchement. Tous deux étaient positifs à l'HPV 16. Selon les auteurs, les cellules cancéreuses via le liquide amniotique ont été inhalées par les 2 enfants lors de l'accouchement par voie basse. Les chercheurs suggèrent alors d'envisager une césarienne pour les femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus.

Sources : Arakawa A et coll. : Vaginal Transmission of Cancer from Mothers with Cervical Cancer to Infants. N Engl J Med., 2021;384:42-50. DOI: 10.1056/NEJMoa203039
consumer.healthday.com

LE SUICIDE EST LA DEUXIÈME CAUSE DE MORTALITÉ MATERNELLE EN FRANCE

Selon le 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) pour la période 2013-2015, chaque année, 87 femmes décèdent d'une cause liée à la grossesse, à l'accouchement ou de ses suites en France.

État des lieux de la mortalité maternelle

Les données de l'**ENCMM** ont permis d'identifier un ratio de mortalité maternelle de 10,8 décès pour 100 000 naissances vivantes à 1 an et 8,1 pour 100 000 à 42 jours de l'accouchement . Ces ratios sont stables par rapport à la période 2010-2012 et se situent dans la moyenne européenne.
Pour autant, des perspectives d'amélioration doivent être mises en place, car **58% des décès sont considérés comme « évitables » et 66% « peut-être évitables »** dans la mesure où les soins n'ont pas été optimaux.
Aussi, les mortalités maternelles se répartissent inégalement sur le territoire : **les femmes des DOM sont 4 fois plus touchées que celles de la métropole.**
Le contexte social représente aussi un facteur de risque. En effet, la mortalité maternelle est plus marquée pour les migrantes et les **femmes nées en Afrique subsaharienne. Pour ces dernières, le risque de mortalité est 2,5 fois plus élevé** comparativement aux femmes nées en France.

Quelles sont les causes de mortalité maternelle ?

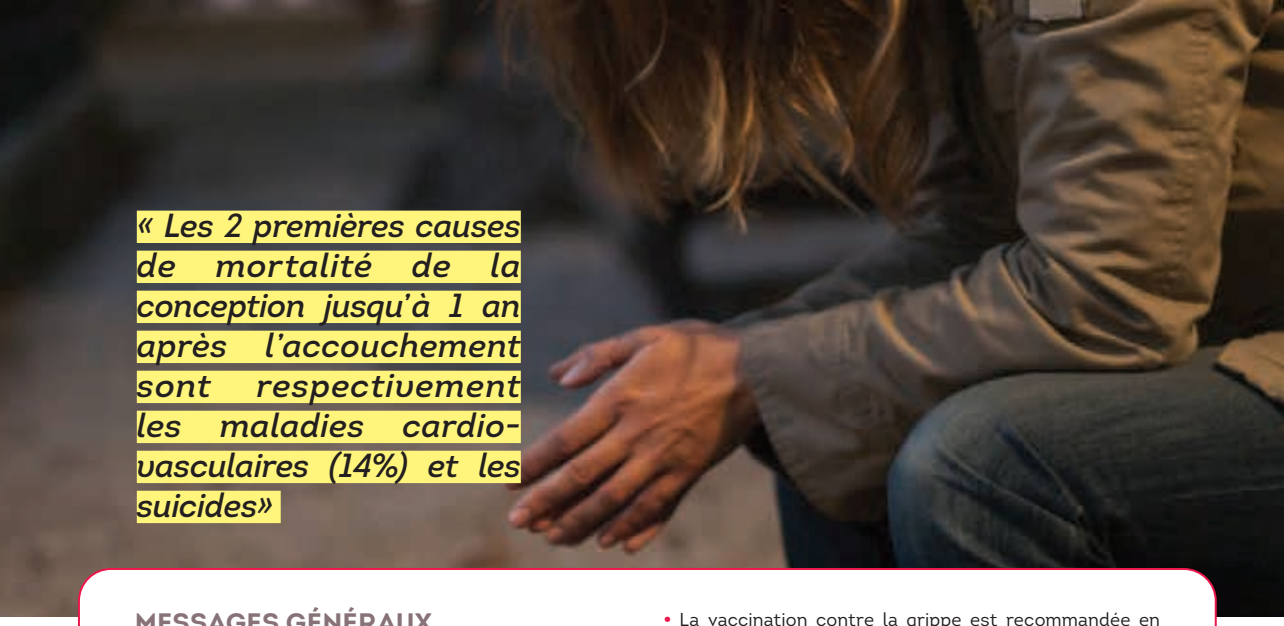
Une première, depuis la 1re ENCMM, l'hémorragie du post-partum ne constitue plus la cause numéro une de mortalité maternelle. La mobilisation des professionnels a permis de la réduire de moitié en 15 ans. Par contre, dans ce rapport, les 2 premières causes de mortalité de la conception jusqu'à 1 an après l'accouchement sont respectivement **les maladies cardio-vasculaires** (14%) et **les suicides** (13%). **L'embolie amniotique** arrive en 3e position (11%) et son taux ne baisse pas depuis 15 ans.

Quelles sont les femmes le plus à risque ?

L'augmentation de l'âge maternelle va de pair avec l'élévation du risque de mortalité. **Le risque est multiplié par 3 pour les 35-39 ans et par 4 pour les femmes à partir de 40 ans comparativement aux femmes âgées de 25-29 ans.** Le rapport a également mis en évidence **une proportion de mortalité maternelle (24,2%) deux fois plus grande pour les femmes obèses** par rapport à la population générale.

Des messages essentiels pour prévenir la mortalité maternelle

Ces données permettent de cibler les points à améliorer. Le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) en a dégagé 30 messages-clés.



« Les 2 premières causes de mortalité de la conception jusqu'à 1 an après l'accouchement sont respectivement les maladies cardio-vasculaires (14%) et les suicides»

MESSAGES GÉNÉRAUX

1. La déclaration et la revue des morts maternelles sont des critères reconnus de bonnes pratiques cliniques.

• La déclaration généralisée des décès de femmes pendant la grossesse ou dans ses suites par les soignants est fondamentale pour assurer la meilleure connaissance du profil national de ces cas et améliorer les soins et leur organisation ; cette déclaration peut se faire auprès du réseau de périnatalité et via le certificat de décès.

• La participation des cliniciens et des établissements à l'enquête nationale confidentielle (ENCMM) est indispensable pour assurer le recueil de l'information la plus pertinente pour chaque cas.

• La revue collective des cas de morts maternelles (RMM) localement au niveau du service et/ou du réseau est fondamentale pour identifier les moyens de prévention dans le contexte local. Les enseignements tirés de l'examen de la totalité des morts maternelles dans le cadre de l'enquête confidentielle nationale sont complémentaires de ceux issus des revues locales.

2. Les examens post-mortem devraient être systématiquement envisagés en cas de mort maternelle sans cause évidente.

• L'autopsie permet le diagnostic de pathologies rares parfois préexistantes à la grossesse, et parfois familiales. La proportion de morts maternelles pour lesquelles une autopsie a été réalisée (30%) est toujours insuffisante en France. Ce constat devrait amener une réflexion locale, régionale et nationale sur la levée des obstacles à la mise en œuvre de cette procédure. La possibilité existe dans tous les cas de signer le certificat de décès avec obstacle médico-légal, ce qui ouvre la possibilité d'une autopsie médicolégale.

• En cas d'impossibilité de pratiquer l'autopsie ou dans l'attente de celle-ci, un scanner corps entier, réalisé rapidement, permettra d'identifier certaines causes de décès.

3. L'évaluation des risques avant la conception et en début de grossesse permet une prévention primaire et secondaire individualisée.

• La vaccination contre la grippe est recommandée en période épidémique chez toutes les femmes enceintes, quel que soit l'âge gestationnel.

• L'existence d'une pathologie préexistante à la grossesse constituant une situation à risque maternel avéré (notamment cardiopathie, maladie psychiatrique, neurologique et cancer) rend indispensable une évaluation préconceptionnelle de la maladie et une information de la femme sur les risques encourus. Cette concertation sera pluridisciplinaire, associant obstétriciens, anesthésistes et spécialistes de la pathologie concernée, et tracée. Si la situation le justifie, la grossesse sera clairement déconseillée d'un point de vue médical et cet avis consigné par écrit.

• Cette évaluation des risques maternels, avant ou dès le début de la grossesse, doit également permettre une planification de la prise en charge de la grossesse (« feuille de route » mentionnant les établissements et les intervenants appropriés) en fonction des risques anticipés pour la mère et l'enfant. L'orientation vers la structure de soins la plus adaptée à la prise en charge doit être réalisée le plus précocement possible.

4. L'examen médical de la femme enceinte doit savoir sortir de la sphère obstétricale.

• Le dépistage d'une vulnérabilité psychosociale et la recherche d'antécédents psychiatriques et addictologiques fait partie de l'examen de la femme enceinte, et peut être facilité par des outils simples.

• Lors des consultations prénatales, et plus particulièrement lors de la première, l'examen physique doit comprendre systématiquement une auscultation cardiaque et un examen mammaire.

5. En cas de complication aiguë maternelle

• En cas de pathologie aiguë maternelle pendant la grossesse, l'exploration et la réanimation maternelles prévalent sur l'extraction fœtale en urgence, en dehors d'une détresse fœtale associée.

• Si la complication n'est pas obstétricale, la patiente doit être d'emblée orientée vers un centre qui dispose des ressources nécessaires à sa prise en charge spécifique et non de principe vers la maternité (par exemple AVC, dissection aortique).

• En cas d'arrêt cardiaque intra-hospitalier, la réanimation cardiopulmonaire repose sur 3 principes :

1- Débuter sur le lieu-même de l'événement ;

2- Inclure l'extraction fœtale sur place en l'absence de récupération rapide ;

3- Être prolongée car les chances de récupération sont réelles chez ces femmes jeunes souvent sans comorbidité.

6. Les examens radiologiques avec injection de produits de contraste ne sont pas contre-indiqués chez la femme enceinte, quel que soit le terme.

LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

7. Une dyspnée récente, s'aggravant, en particulier en fin de grossesse et en postpartum, n'est pas banale et doit faire évoquer une complication cardiaque. Un dosage de NT-proBNP peut orienter la suite des explorations.

8. Devant une douleur thoracique chez la femme enceinte, la dissection aortique doit être envisagée avec le même degré d'urgence que l'infarctus du myocarde ou l'embolie pulmonaire, même en l'absence de maladie du tissu conjonctif connue (type Marfan)

LA SANTÉ MENTALE MATERNELLE

9. L'interrogatoire de la femme enceinte sur sa santé mentale actuelle doit être renouvelé régulièrement tout au long du suivi prénatal et en post-partum.

10. Le recours au psychologue et/ou au psychiatre doit être systématique en cas de repérage de symptômes d'alerte, surtout s'il y a une modification brutale et/ou durable de l'état mental de la femme : variations thymiques, troubles du sommeil, anxiété, crises d'angoisse, verbalisation d'idées noires ou d'autodépréciation, modification brutale du contact.

11. En cas de troubles psychiatriques connus ou découverts au cours de la grossesse, une collaboration multidisciplinaire doit être mise en place le plus tôt possible pour :
• Adapter le traitement avant la grossesse le cas échéant, suivre son respect et l'adapter au cours de la grossesse, si besoin ;
• Évaluer la capacité de la mère à investir et s'occuper de l'enfant pendant la grossesse et dans le post-partum ;
• Informer la patiente et son entourage que la période du post-partum est une période à risque de complication psychiatrique et qu'il ne faut pas hésiter à consulter.

12. En cas de pathologie psychiatrique connue, il est indispensable d'élaborer un parcours de soins spécifique coordonné entre la maternité, le psychiatre référent et le médecin traitant, et de le **tracer.**

13. La sortie de suites de couches doit être retardée en cas de doute sur un trouble anxieux ou dépressif. Un suivi à domicile organisé peut alors sécuriser cette sortie (PRADO, HAD, sage-femme libérale, PMI, rendez-vous avec les professionnels de santé mentale). Le lien avec le médecin traitant doit être assuré et tracé dans le dossier.

LES INFECTIONS

14. En cas d'infection intra utérine avec signes de gravité (troubles hémodynamiques, coagulopathie, cytolyse, insuffisance rénale), la **terminaison de la grossesse**, après initiation d'une antibiothérapie à large spectre, fait partie intégrante du traitement.

15. En péri-partum ou péri-abortum, devant un sepsis

avec signes évocateurs dune toxiinfection (fièvre associée à des douleurs abdominales résistantes aux antalgiques, diarrhée, tableau frustre d'endométrite) ou avec signes de gravité (voir message14.), une **infection à Streptocoque A bêta hémolytique** doit être évoquée. Dans ce cas, une antibiothérapie, associant un antitoxinique (clindamycine, linézolide), sera débutée en extrême urgence, sans attendre la confirmation diagnostique.

LES HÉMORRAGIES OBSTÉTRICALES

16. Des signes d'hypovolémie **après un accouchement par césarienne**, en l'absence de saignements extériorisés, sont évocateurs d'une **hémorragie occulte.** Elle sera recherchée par une échographie faite au lit de la patiente. Son existence nécessite une reprise chirurgicale immédiate et contre-indique un transfert inter-hospitalier.

LES COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES VEINEUSES

17. Devant une forte suspicion de complication thrombo-embolique, **l'anticoagulation** (HBPM à dose adaptée au poids réel) **doit être débutée** sans attendre les résultats des examens diagnostiques.

18. En cas de **fibrinolyse,** le risque hémorragique est réel autour de l'accouchement et en post-partum mais il doit être évalué à l'aune du pronostic catastrophique d'un arrêt cardiorespiratoire réfractaire. La fibrinolyse ne contre-indique pas la pose secondaire d'une ECMO.

19. La mobilisation d'une patiente en choc cardiogénique obstructif est extrêmement dangereuse car la migration d'un nouveau caillot entrainera un arrêt cardio-respiratoire. Il est préférable de débuter le traitement sur place (noradrénaline, fibrinolyse voire ECMO).

L'EMBOLIE AMNIOTIQUE

20. L'hémorragie de l'embolie amniotique n'est pas une hémorragie comme les autres : la coagulopathie précède le saignement qui est le témoin de l'intensité de celle-ci. Les moyens nécessaires (humains et techniques) sont d'emblée plus importants.

21. Une hystérectomie doit être rapidement envisagée quand le choc hémorragique n'est pas immédiatement corrigé par le remplissage et la transfusion.

LES COMPLICATIONS HYPERTENSIVES

22. L'existence d'une éclampsie impose l'instauration d'une perfusion de **sulfate de magnésium** (bolus puis dose d'entretien), anticonvulsivant recommandé pour prévenir la récidive de crises convulsives et optimiser la gestion de l'hypertension artérielle.

23. Une CIVD primitive peut entrainer une hémorragie du post-partum dans un contexte hypertensif. La CIVD doit être recherchée, notamment en présence d'un **HELLP syndrome** ou d'un **hématome rétro-placentaire,** car elle nécessite un traitement spécifique.

CANCER ET GROSSESSE

24. Un examen clinique des seins doit être systématiquement pratiqué à la première visite prénatale et au cours de la grossesse devant l'apparition de toute anomalie mammaire, de façon à ne pas méconnaitre une pathologie tumorale mammaire débutante, et à ne pas en différer les explorations et le traitement.

25. En préconceptionnel, chez une femme ayant des antécédents néoplasiques, seul un **bilan oncologique** permet de statuer sur les risques d'une éventuelle grossesse.

26. Une altération de l'état général pendant la grossesse, et notamment une perte de poids, chez une femme ayant des antécédents oncologiques, doit conduire à des examens complémentaires pour rechercher une éventuelle reprise tumorale.

L'ORGANISATION DES SOINS EN MATERNITÉ

➔ **Préparation à la prise en charge de l'urgence maternelle**

27. La séquence de prise en charge d'un arrêt cardio respiratoire maternel intrahospitalier doit être connue et applicable sans délai dans les maternités.

28. Des supports de type aides cognitives, validés par les sociétés savantes, sont disponibles pour guider les prises en charge des urgences maternelles.

29. Chaque établissement doit avoir défini les **ressources à mobiliser en cas d'« urgence vitale maternelle »** et à disposition, les procédures d'urgence (accès au sang, à l'ECMO, à la biologie rapide, numéros d'appel). Ces procédures doivent être régulièrement testées.

➔ **Autopsie**

30. L'existence d'une procédure institutionnelle définissant l'accès à l'autopsie maternelle et au scanner corps entier post-mortem est à encourager pour faciliter la mise en œuvre de ces examens.

Références :
INSERM, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux – Janvier 2021. epope-inserm.fr
prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015
P176 : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2021/01/Rapport-mortalite-maternelle-2013-2015.pdf

« En gynécologie-obstétrique, il y a avant et après les années 70 »

Anne-Marie Mouton, sage-femme retraitée et autrice

Après des études d'infirmière puis de sage-femme à Lille, on peut dire qu'Anne-Marie Mouton a expérimenté plusieurs domaines de la profession de sage-femme : en clinique, à l'hôpital, en humanitaire en Afrique, en libéral, en plateau technique en région parisienne. Durant ses 50 années d'expérience, elle a accompagné des centaines de couples, elle a rencontré de nombreux professionnels de la périnatalité, elle a traversé 2 générations et a connu des évolutions médicales majeures en obstétrique. Des progrès ? Pas toujours ! Alors quel est le verdict de ces années passées ? C'est dans cet ouvrage qui lui tenait à cœur d'écrire, « Accoucher, Naître, Être une femme au 21° siècle: Ce qui a changé en 50 ans » qu'elle nous transmet l'histoire de l'obstétrique, des femmes et des sages-femmes.

Parole de Sages-Femmes : **Dans les années 60, à vos débuts dans l'obstétrique, en tant qu'étudiante et jeune diplômée, quel était le paysage obstétrical ?**

Anne-Marie Mouton : Quand j'ai débuté dans l'obstétrique, à part la pénicilline, on n'avait pas fait de progrès depuis le 18e siècle. Cela dit, une grande évolution, puisque l'antibiotique a permis de réduire la mortalité des femmes en suites de couches.

Si le facteur rhésus était connu, on ne savait pas grand chose sur ses conséquences sur la grossesse et les bébés. En 1 an, j'ai vu 5 anasarques ! Chaque semaine, je voyais une patiente souffrant de pré-éclampsie, cette pathologie faisait partie du quotidien.

À ce moment, nous écoutions les bruits du cœur au stéthoscope de Pinard, audibles que vers 4, 5 mois de grossesse si la paroi n'était pas trop épaisse.

Si en histoire, il y a avant et après Jésus-Christ, en gynécologie-obstétrique, il y a avant et après les années 70 !

PDSF : **Alors que s'est-il passé après les années 70 ?**

AMM : J'ai connu les premiers monitorings à la maternité des Diaconesses, à Paris. C'était des monitorages avec capteur interne que l'on devait purger. Ensuite, il y a eu ceux avec un gros capteur, puis deux. On les utilisait que pour les primipares. Le matériel de perfusion est arrivé, mais il était rarement utilisé. L'ocytocine était injectée en intramusculaire.

Je suis partie ensuite en Afrique en 1973 et mon retour en France en 1978 a été rude. À mon départ, toutes les sages-femmes pratiquaient les accouchements à l'hôpital comme en clinique, on ne voyait les médecins qu'en cas de pathologie. Quand je suis rentrée, les sages-femmes ne faisaient

« Après un peu plus d'un an en clinique que je n'ai pas apprécié, j'ai démarré une activité en libéral et j'ai pu continuer les accouchements en plateau technique. »

plus des accouchements dans les cliniques, la médicalisation avait pris le dessus, toutes les femmes étaient surveillées avec un monitoring et la perfusion était devenue systématique.

Les soins aux enfants s'amélioraient enfin, on prenait plus en compte leur douleur. Et dire que quelques années plus tôt, j'avais été mal notée à l'école d'infirmière parce que j'avais osé dire que je faisais mal aux nouveau-nés quand j'effectuais des injections !

PDSF : **Face à ce constat où avez-vous travaillé lorsque vous êtes rentrée en France ?**

AMM : À mon retour, à 34 ans, j'étais affolée de voir cette évolution dans la médicalisation. J'ai eu du mal à travailler, moi qui avais connu l'exercice de sage-femme dans la plus grande physiologique. Après un peu plus d'un an en clinique que je n'ai pas apprécié, j'ai démarré une activité en libéral et j'ai pu continuer les accouchements en plateau technique.

Ces années ont été vraiment un moment charnière. On est passé de la physiologie, où parfois la patience excessive pouvait en être dangereuse, à l'hypermédicalisation . Ce qui n'a pas empêché à la France d'être classée en 2015 au 23e rang sur 28 membres de l'Union européenne pour la mortalité néonatale (Rapport Euro-Peristat 2018).

PDSF : **Vos remarques, vos anecdotes sur cette transition obstétricale ?**

AMM : J'ai apprécié l'arrivée des monitorages pour écouter les bruits du cœur du fœtus. Avec les stéthoscopes de Pinard, j'entendais le cœur des bébés qui allaient très bien et très mal, mais pas

de ceux dans une situation intermédiaire et qui nécessitaient une attention particulière. J'ai été aussi victime de ce progrès. Un jour, je me suis surprise à poser une perfusion d'ocytocine à une patiente dont les contractions enregistrées par le monitoring n'étaient pas très fortes alors que le col se dilatait. J'ai compris que la machine ne remplacerait pas la clinique !

Il m'est arrivé de réaliser 9 accouchements en 12h sans l'ombre d'une complication. Si j'ai eu à traiter des hémorragies très graves, au cours de ma carrière j'en ai eu peu. J'ai eu la chance d'avoir peu de femmes à m'occuper en même temps par conséquent presque toujours en « one to one » donc très disponible et très présente, de plus j'étais très prudente avec l'ocytocine. Je l'utilisais avec parcimonie, je rappelle que j'ai connu les IM donc l'ocytocine faisait peur lorsque j'étais jeune sage- femme !

Aujourd'hui, s'occuper de plusieurs femmes en même temps, c'est le quotidien des sages-femmes et avec le remplissage des dossiers, difficile de trouver le temps d'accompagner les patientes, pourtant c'est la base du métier.

« Aujourd'hui, s'occuper de plusieurs femmes en même temps, c'est le quotidien des sages-femmes et avec le remplissage des dossiers, difficile de trouver le temps d'accompagner les patientes, pourtant c'est la base du métier. »

PDSF : **En 50 ans, quelle évolution pour les femmes ?**

AMM : J'ai constaté que les femmes sont de plus en plus craintives parce qu'on leur met dans la tête qu'elles seront incapables d'accoucher sans aide. J'ai connu dans les années 85 un taux de péridurale d'environ 30 %, un taux qui a grimpé à plus de 90% après 2000. Je dénonce l'infantilisation des femmes, je l'ai entendu maintes fois ce « vous ne

savez pas ce que c'est, vous n'y arriverez jamais, c'est comme se faire arracher un orteil ! » de la part de professionnels de la périnatalité.

Je me souviens de cette femme qui attendait son 3e enfant, elle avait décidé d'accoucher sans péridurale. Je l'accompagne, mais en fin de travail, elle commence à ne pas être bien et demande l'anesthésie. Je lui ai dit « premièrement, vous êtes en train de changer d'avis, vous ne la vouliez pas et deuxièmement vous allez bientôt accoucher ». Son mari lui répétait : « Pourquoi t'obstines-tu à ne pas demander la péridurale ? Tu ne t'en sortiras pas ! » Finalement, je n'avais même pas fini ma phrase qu'elle poussait et elle a accouché naturellement. Elle m'a regardée et m'a dit « Premièrement, je ne m'en sentais pas capable et deuxièmement, je pensais que vous me mentiez ».

La péridurale, c'est penser ne pas être capable d'accoucher et ne pas se sentir apte, sous un prétexte de sécurité. Pourtant, une fois qu'elles ont accouché sans l'anesthésie, les femmes sont fières d'elles et se sentent moins fatiguées.

PDSF : **Et quelle évolution pour les sages-femmes ?**

AMM : J'ai reçu beaucoup de stagiaires lors de mon exercice libéral. J'ai croisé beaucoup de techniciennes, et d'autres plus intéressées par la physiologie de la naissance. Une d'entre elles m'a dit un jour « Mme Mouton, si je n'étais pas passée entre vos mains j'aurais arrêté la profession. J'ai vu qu'il y avait une autre manière de travailler, je vais peut-être rester dans le métier ». C'est le plus beau cadeau que l'on m'ait fait !

« Ce qui est paradoxal, c'est qu'avant les sages-femmes détenaient moins de compétences, mais plus de respect… »

« Les sages-femmes au fil du temps ont été mises de côté. Avant les années 70, des sages-femmes avaient leur propre clinique, et aujourd'hui malgré le passage universitaire, des études difficiles, on ne récolte pas les bénéfices. »

Accoucher, Naître, Être une femme au 21° siècle : Ce qui a changé en 50 ans d'Anne-Marie Mouton. Aux éditions Edilivre.

Les sages-femmes sont ravies de pratiquer de plus en plus d'actes, mais on est sorti de notre métier de base. Ne serait-on pas mieux si l'on revenait à ma génération où toutes les sages-femmes travaillaient dans la physiologie ?

Ce qui est paradoxal, c'est qu'avant les sages-femmes détenaient moins de compétences, mais plus de respect, plus on a avancé dans le temps, dans la médicalisation, plus la pratique est devenue large, mais avec une perte de considération de la profession.

Les sages-femmes au fil du temps ont été mises de côté. Avant les années 70, des sages-femmes avaient leur propre clinique, et aujourd'hui malgré le passage universitaire, des études difficiles, on ne récolte pas les bénéfices. Une année d'étude de moins par rapport aux chirurgiens-dentistes et nous sommes bien loin du doctorat !

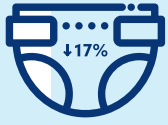
PDSF : **Comment voyez-vous évoluer la profession ?**

AMM : Je ne suis pas très enthousiaste. On se tire dans les pattes, on ne se met pas assez en grève. Si une bonne fois pour toutes, toutes les sages-femmes de tous les secteurs arrêtaient de travailler en même temps pendant 2 jours, on verrait que la place des sages-femmes est importante. Mais là, on est invisible parce que cela ne sert à rien de mettre un bandeau si l'on continue à recevoir les urgences et à pratiquer les accouchements. Il n'y aura pas de changement si l'on ne crée pas le clash du siècle !

Une nouvelle étude clinique indépendante révèle que WaterWipes® réduit l'incidence et raccourcit la durée de l'érythème fessier chez les bébés prématurés

Publiée dans Advances in Neonatal Care, "Amélioration de la qualité des soins de la peau périnéale" est la première étude clinique indépendante menée dans une unité de soins intensifs néonatals (USIN) à montrer que les lingettes WaterWipes® sont bien tolérées par les nourrissons à terme et prématurés, y compris ceux qui ont moins de 30 semaines de gestation.

L'étude menée auprès de 1 070 bébés prématurés a révélé que l'utilisation des lingettes WaterWipes, associée à la mise en œuvre de nouvelles directives en matière de soins de la peau périnéale, a permis d'obtenir les résultats suivants :



Réduction de 17 % de l'incidence globale de l'érythème fessier chez les bébés prématurés

Réduction de plus de la moitié la durée de l'érythème fessier sévère chez les bébés prématurés

Réduction de plus de moitié* la durée de **l'érythème fessier sévère** chez les bébés prématurés

** La durée de l'érythème fessier sévère a diminué de 6,1 jours à 2,6 jours pour 100 jours-patients.*

Standardisation des directives de soins à la peau des bébés

Tous les nourrissons, et en particulier ceux nés prématurément, ont une fonction de barrière cutanée moins efficace que celle des enfants plus âgés et des adultes; l'érythème fessier reste donc répandu dans de nombreuses USINs. [i] Avant cette étude, l'USIN de l'Université de l'Utah signalait une incidence élevée d'érythème fessier : 46 %.

Dans le cadre de l'étude clinique Utah, une équipe multidisciplinaire d'amélioration de la qualité a été formée au sein de l'USIN pour identifier les facteurs de risque de l'érythème fessier. De nouvelles directives de soins cutanés périnéaux ont été élaborées.

Les résultats de l'étude Utah reflètent les conclusions d'une étude clinique récente portant sur 698 bébés nés à terme, menée par l'Université de Salford dans le Grand Manchester, au Royaume-Uni. L'étude BaSICS (Baby Skin Integrity Comparison Survey, Enquête comparative sur l'intégrité de la peau des bébés)[5] et l'étude Utah montrent toutes deux que **les bébés nettoyés avec des lingettes WaterWipes présentaient une incidence réduite et une durée plus courte d'érythème fessier.**

Les lingettes WaterWipes sont douces pour les peaux les plus sensibles.

Des recherches ont démontrées que le nettoyage de la peau périnéale à l'aide de lingettes pour le change exemptées d'irritants potentiels tels que l'alcool, le parfum et le savon peut être plus bénéfique que l'utilisation d'un tissu et d'eau et peut contribuer à réduire l'irritation de la peau.[ii,iii]

Les lingettes WaterWipes ont été spécialement conçues pour être plus pures que le coton et l'eau tout en offrant la commodité d'une lingette. Ne contenant que deux ingrédients, de l'eau ultra-pure à 99,9% et une goutte d'extrait de fruit, elles permettent de nettoyer en douceur la peau la plus délicate des nouveau-nés et même celle des bébés prématurés.

1. Rogers S, Thomas M, Chan B, et al. A Quality Improvement Approach to Perineal Skin Care: Using Standardized Guidelines and Novel Diaper Wipes to Reduce Diaper Dermatitis in NICU Infants. Adv Neonatal Care 2020. doi:10.1097/anc.0000000000000795 [Epub ahead of print] 2. Malik A, Witsberger E, Cottrell L, et al. Perianal dermatitis, its incidence, and patterns of topical therapies in a level IV neonatal intensive care unit. Am J Perinatol. 2018;35(5):486-493 3. Stamatas GN, Tierney NK. Diaper dermatitis; etiology, manifestations, preventions, and management. Pediatr Dermatol. 2014;31(1):1-7. 4. Pogacar MS, Maver U, Varda NM, et al. Diagnosis and management of diaper dermatitis in infants with emphasis on skin microbiota in the diaper area. Int J Dermatol. 2018;57(3):265-275. 5. Price AD, Lythgoe J, Ackers-Johnson J, et al. The BaSICS (Baby Skin Integrity Comparison Survey) Study: a prospective experimental study using maternal observation to report the effect of baby wipes on the incidence of irritant diaper dermatitis from birth to eight weeks of age. Pediatrics & Neonatology 2020. doi:10.1016/j.perneo.2020.10.003. [Epub ahead of print] 6. Blume-Peytavi U, Lavender T, Jenerowicz D, et al. Recommendations form a European roundtable meeting on best practice healthy infant skin care. Pediatr Dermatol. 2016;33(3):311-321. 7. Visscher M, Odio M, Taylor T, et al. Skin care in the NICU patients: effects of wipes versus cloth and water on stratum corneum integrity. Neonatology. 2009;96(4):226-234. * Données WaterWipes

LA DYSTOCIE DES ÉPAULES : COMMENT MIEUX L'APPRÉHENDER ?

La dystocie des épaules complique environ 1% des accouchements par voie vaginale. Si la macrosomie ou le diabète gestationnel peuvent prédisposer à cette complication, elle reste toutefois dans la majorité des cas imprévisible et inévitable, c'est pour cette raison qu'elle est tant redoutée des sages-femmes.

Par **Emy Bugeon**,
sage-femme aux Hospices Civils de Lyon Sud

La diagnostiquer

L'un des signes caractéristiques d'une dystocie des épaules est le dégagement difficile de la tête fœtale qui reste « collée » à la vulve comme aspirée. La rotation de restitution n'a pas lieu spontanément. Nous suivons et accompagnons le travail des femmes. Être critique sur l'avancée du travail et sur le déroulement de l'accouchement est essentiel. Un travail long et laborieux, une réascension de la tête fœtale entre chaque effort expulsif efficace ou encore une présentation qui peine à descendre sont tout autant de critères qui doivent nous alerter.

Les règles d'or pour la prendre en charge et les manœuvres

« Être calme », tel est le leitmotiv pour prendre en charge cette complication obstétricale. Il faut agir vite et bien, prendre les choses une à une. Ce qui est d'autant plus difficile lorsque la situation se présente rarement (environ 1% des accouchements).

Toute sage-femme doit avoir en tête la règle des 3P : (Pulling Pivoting Pushing). Il ne faut pas tirer sur le cou fœtal, ne pas pivoter pour effectuer une restitution forcée et ne pas presser le fond utérin. Ces gestes sont souvent effectués dans la précipitation et la panique. Notons que la morbidité néonatale est principalement induite par la précipitation et l'inexactitude des gestes et non un manque de connaissances !

Lorsque l'on diagnostique une dystocie des épaules, il faut penser à : garder son calme, appeler de l'aide et s'assurer que la patiente soit bien positionnée. Un repositionnement correct d'une patiente suffit parfois à lui seul à résoudre ce blocage : on ne parle alors plus de dystocie des épaules, mais de difficulté aux épaules.

En première intention, la manœuvre de Mac Roberts doit être effectuée. Elle consiste à effectuer une hyperflexion des cuisses de la patiente, en abduction sur le thorax. Cette position va ainsi créer un mouvement de nutation du coccyx et donc une augmentation du diamètre du détroit inférieur. Une pression sus-pubienne du côté du dos du fœtus peut être réalisée afin de créer une pression sur la face postérieure du moignon de l'épaule antérieure et ainsi réduire le diamètre biacromial.

En cas d'échec, il convient de réaliser une 2e manœuvre : si l'épaule postérieure est engagée dans le bassin maternel, il est possible de réaliser la manœuvre du Wood inversée. Celle-ci demande au praticien d'introduire la main correspondant au dos du fœtus (main droite pour un dos à gauche et

main gauche pour un dos à droite) et d'effectuer un appui sur la face postérieure du moignon de l'épaule postérieure, afin de réaliser une rotation de 180°, ce qui permet d'amener l'épaule en avant sous la symphyse pubienne et donc de favoriser son engagement. Si au contraire l'épaule postérieure n'est pas engagée, c'est la manœuvre de Jacquemier qui est plus adaptée. Le professionnel à genou doit introduire sa main qui fait face au ventre du fœtus dans la concavité sacrée. (Main gauche pour un dos à gauche, main droite pour un dos à droite). L'objectif est de repérer l'épaule postérieure puis d'accéder à la main fœtale pour la saisir fermement. Le professionnel retire alors progressivement et lentement son bras en entraînant la main fœtale en avant de sa face. Une rotation fœtale de 180° s'effectue alors amenant l'épaule postérieure sous le pubis tandis que l'épaule initialement antérieure tourne en arrière et s'engage dans l'excavation pelvienne.

« Toute sage-femme doit avoir en tête la règle des 3P : (Pulling Pivoting Pushing). Il ne faut pas tirer sur le cou fœtal, ne pas pivoter pour effectuer une restitution forcée et ne pas presser le fond utérin. »

La formation initiale arme-t-elle suffisamment les sages-femmes pour la prendre en charge ?

La formation initiale englobe les cours théoriques imposés et dispensés par l'école pour nous donner les bases et un apport théoriques suffisants. Pour compléter notre formation, le renforcement des connaissances tout au long de notre carrière est indispensable.

Dans mon travail de fin d'études, j'ai effectué un état des lieux des connaissances des sages-femmes sur la dystocie des épaules et j'ai cherché à connaître la place que tient la formation initiale et continue. Si tous les résultats donnés sont à interpréter avec réserve puisqu'obtenus sur un petit échantillon (123 sages-femmes), ils mettent toutefois en évidence un niveau de connaissances théoriques « moyen », avec des connaissances qui semblent fragiles et approximatives.

Pour 54% de notre population, le nombre d'heures de cours accordé à la dystocie des épaules semble insuffisant. Beaucoup expriment un manque de dispositifs pour appréhender les manœuvres et un manque d'heures de travaux pratiques.

Quelles actions pour améliorer la prise en charge de la dystocie des épaules et mieux appréhender sa survenue ?

Il a été montré que les résultats de la prise en charge des urgences obstétricales ont été améliorés avec les formations utilisant la simulation. En effet, c'est par la pratique, et la répétition des gestes que nous prenons de l'assurance et que nous agissons plus rapidement.

« La mise en place de nouveaux outils, de mannequins, de dispositifs de simulation dans chaque maternité de France aiderait sans aucun doute les sages-femmes à se sentir plus à l'aise et à mieux appréhender la dystocie des épaules. »

La formation initiale constitue notre socle de connaissances. Nous devons perfectionner, enrichir ces connaissances avec la formation continue qui est tout aussi importante et précieuse dans la carrière d'une sage-femme.

La mise en place de nouveaux outils, de mannequins, de dispositifs de simulation dans chaque maternité de France aiderait sans aucun doute les sages-femmes à se sentir plus à l'aise et à mieux appréhender la dystocie des épaules.

Références : Shoulder Dystocia: Incidence and Risk Factors – Review Clin Obstet Gynecol. 2016 Dec;59(4):791-794. doi: 10.1097/GRF.0000000000000227.

Dystocie des épaules. « La connaissance s'acquiert par l'expérience, tout le reste n'est que de l'information.» Albert Einstein – Centre hospitalier universitaire de Rouen – École de Sages-Femmes - Emy Bugeon - dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02899406

EN VENTE sur notre site

babybio®

VOTRE EXPERT FRANÇAIS DU LAIT INFANTILE BIO DEPUIS PLUS DE 25 ANS

SANS HUILE DE PALME

Au lait de vache français

TENEUR IDENTIQUE EN OMÉGA 3 (DHA*) **& OMÉGA 6** (ARA)

FERMENTS LACTIQUES (BIFIDOBACTERIUM-LACTIS**)

FIBRES PRÉBIOTIQUES (FOS / GOS)

**Les formules Optima sont légèrement acidifiées par du bifidus
* Conformément à la réglementation applicable en 2020

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.

PESANTEUR PELVIENNE APRÈS L'ACCOUCHEMENT : PEUT-ON LA SOULAGER AVEC L'OSTÉOPATHIE ?

Souffrir de pesanteur pelvienne après accouchement n'est pas rare. Ce trouble du post-partum peut disparaître quelques semaines plus tard. Mais dans certains cas le problème persiste. Que peut-on alors proposer aux patientes ?

Par **Delphine Grosso**,
sage-femme libérale ostéopathe, à Vence

En tant que sage-femme ostéopathe, j'aimerais vous faire partager mon expérience sur le traitement par ostéopathie d'une pesanteur pelvienne suite à un accouchement par voie basse.
Après l'accouchement, les patientes peuvent ressentir des lourdeurs du périnée parfois accompagnées de douleurs, souvent lorsqu'elles portent leur bébé, où qu'elles restent longtemps debout. Ces pesanteurs peuvent s'estomper au bout de quelques semaines mais réapparaitre lors des règles. Elles peuvent aussi parfois évoluer vers des dyspareunies.
Le post-partum qui s'étend du 2e au 90e jour après l'accouchement est la période idéale pour apporter à la nouvelle mère un accompagnement de sa douleur. En effet, l'accouchement est un traumatisme important. Lors du passage du bébé, le périnée, les nerfs, les ligaments, et la muqueuse vaginale vont subir des microtraumatismes comme des déchirures, des étirements, des élongations qui auront pour conséquence pour certaines femmes des problèmes de pesanteurs pelviennes.
Grâce à un traitement interne, la jeune mère pourra retrouver un corps équilibré sans douleurs, ce qui lui permettra de retrouver sa vie de femme et de s'épanouir dans sa vie de maman.

Un peu d'anatomie...

L'appareil génital se compose de différents muscles et de tissu conjonctif dont l'anatomie pourra se modifier lors du passage du foetus. Le cadre osseux du bassin joue un rôle fondamental au cours de l'accouchement puisqu'il représente un moyen de fixité de l'appareil génital par l'intermédiaire des ligaments.
On trouvera les ligaments ronds et les ligaments larges sur la partie antérieure de l'utérus, les ligaments pubo-vésico-utérins entre la vessie et l'utérus, les ligaments utéro-sacrés entre l'utérus et le sacrum, ainsi que les ligaments utéro-ovariens entre l'utérus et les ovaires.
Concernant les muscles, nous nous intéresserons aux muscles du périnée avec notamment les muscles transverses profonds contribuant à former le noyau fibreux central du périnée étiré au passage du bébé. Le pubo-rectal et les structures

« Au passage du bébé, ces ligaments, muscles et structures nerveuses peuvent être traumatisées. À l'aide de techniques issues de l'ostéopathie interne, il est possible d'apporter en 1 ou 2 séances un soulagement immédiat de ces douleurs. »

conjonctives participent à créer l'angulation vaginale physiologique qui pourra être modifiée également à l'accouchement et être responsables là aussi de douleurs, plus à type de dyspareunies.
Il y aussi la plaque des releveurs de l'anus composée des muscles ischio-coccygiens reliant les épines sciatiques des iliaques, au sacrum et au coccyx, souvent étirés au moment de l'accouchement par la mobilité du sacrum nécessaire au passage du bébé ; les ilio- coccygiens reliant les obturateurs à l'épine sciatique de l'iliaque, ainsi que les pubo-coccygiens, allant des ilio-coccygiens au coccyx, le coccyx étant un élément osseux qui recule au moment du passage.
Le système nerveux concerné par les pesanteurs pelviennes est le plexus lombo-sacré; en effet, ce plexus est souvent distendu au passage du bébé, il sera nécessaire de travailler sur les lames SRGVP (sacro-recto-génito-vésico-pubiennes), à l'intérieur desquelles circulent les branches terminales des plexus innervant la région génitale et notamment les obturateurs internes très douloureux lors des pesanteurs pelviennes.

Les bénéfices de l'ostéopathie

Au passage du bébé, ces ligaments, muscles et structures nerveuses peuvent être traumatisées. À l'aide de techniques issues de l'ostéopathie interne, il est possible d'apporter en 1 ou 2 séances un soulagement immédiat de ces douleurs.
Le travail se fait par voie vaginale, de manière douce, par des points de pression et permet de détendre les différentes structures musculaires, ligamentaires et nerveuses afin que l'équilibre physiologique puisse être rétabli.
Le traitement sera aussi complété par une remise en place du bassin en externe sur la même séance.
J'ai pu traiter de nombreuses patientes que ce soit dans le post partum immédiat ou même des années après et le soulagement a été immédiat.
Les pesanteurs pelviennes restent encore un sujet tabou. Les professionnels de santé leur expliquent souvent que ces douleurs disparaitront quelques mois après l'accouchement mais sans traitement, elles garderont dans la plupart des cas leurs douleurs. Il est donc nécessaire d'encourager les femmes à en parler pour les orienter vers des professionnels spécifiques.

DOSSIER

DEVENIR **PÈRE**

PATERNITÉ : Un peu d'histoire

Entre le père tout-puissant et le papa poule, la paternité a évolué. Autrefois évincés des salles de naissances, les pères sont aujourd'hui acteurs dans la naissance de leur enfant. Mais que s'est-il passé au fil des siècles ?

Avec l'aide de **Marie-France Morel**, maître de conférences honoraire en histoire, Ecole normale supérieure, présidente de la Société d'Histoire de la naissance

Dans l'antiquité romaine

La sage-femme pose le nouveau-né qui vient de naître au sol, puis l'examine. S'il est bien conforme et en bonne santé, elle le relève et va le porter au père en lui disant : « élève-le ». Dans plusieurs langues, la sage-femme est celle qui « élève » l'enfant depuis le sol : « Levatrice » en italien, « Hebamme » en allemand.

Le Moyen-Age et l'Ancien Régime

Le père de famille est mandaté par Dieu pour être le chef de la famille, ce qui lui donne des droits (de correction entre autres...) et aussi des devoirs, c'est-à-dire, nourrir et éduquer ses enfants pour en faire de bons chrétiens.

Entre les XVIe et XVIIIe siècles

L'enfant, à sa naissance, est placé d'emblée sous l'autorité du père de famille, le « pater familias ». Cette autorité est garantie par Dieu et par le roi ; et réciproquement le bon ordre dans les familles est le garant du bon ordre de l'État. Ce lien a été théorisé au XVIe siècle par le juriste Jean Bodin, dans Les Six livres de la République (1576). Il écrit ainsi au Livre I : « *Tout ainsi donc que la famille bien conduite est la vraie image de la République et la puissance*

"Pater familias" ©Luis García - Wikipedia

domestique semblable à la puissance souveraine, aussi est le gouvernement de la maison le vrai modèle du gouvernement de la République. Et tout ainsi que les membres, chacun en particulier, faisant leur devoir, tout le corps se porte bien, aussi les familles étant bien gouvernées, la République l'État ira bien. » Le père de famille a donc une souveraineté absolue sur sa femme et sur ses enfants, parce qu'il est le reflet de Dieu. « *Sur cette ressemblance à Dieu se fondent les devoirs des enfants envers leurs pères : ils doivent aimer, révérer, nourrir le père et ployer sous ses mandements, en toute obéissance, supporter et couvrir les infirmités et imperfections* ». L'enfant n'épargnera jamais ses biens ni son sang pour sauver et entretenir la vie de celui auquel il tient la sienne. En retour, la loi de Dieu et de nature « *oblige le père à nourrir l'enfant tant qu'il est impuissant et l'instruire en tout honneur et vertu.* » Ainsi, l'enfant n'a que des devoirs et aucun droit. Le père a des droits et des devoirs, mais nulle intervention de la justice publique n'est concevable pour l'obliger à respecter ses obligations morales [1]. Au XVIIe siècle, une Déclaration royale de 1639 affirme encore : « *La naturelle révérence des enfants envers leurs parents est le lien de légitime obéissance des sujets envers leur souverain.*» La royauté cherche à renforcer l'autorité parentale, « *guidée peut-être par une conception nouvelle qui veut que l'harmonie au sein de la famille soit la base de l'harmonie sociale ; mais aussi par un principe très ancien qui fait de la protection des familles un des devoirs fondamentaux de la monarchie* »[2].

Au XVIIIe siècle, le père de famille qui n'arrive plus à se faire obéir de ses grands enfants peut demander au roi de les faire emprisonner sans jugement : à la fin de l'Ancien Régime, 20% des lettres de cachet sont prises par le roi à la demande des familles.

« Soulignons que les enfants victimes ont été légalement protégés près de 40 ans après les animaux à cause du problème de la puissance paternelle »

La puissance paternelle après 1789

La Révolution qui a restreint, puis aboli la puissance royale, s'efforce de limiter la puissance paternelle, en instaurant des tribunaux de famille pour gérer les conflits entre pères et enfants. Mais en 1804, le Code Civil revient en arrière en considérant que le pouvoir de correction du père sur ses enfants et son statut renforcé de chef de famille garantissent la cohésion sociale. Il rend au père des moyens de correction sur ses enfants mineurs (jusqu'à 21 ans), s'il a « des sujets de mécontentement très graves sur la conduite d'un enfant ». Il pourra aller jusqu'à le faire enfermer en prison. Seules les corrections

DES PROGRÈS SOCIAUX QUI ONT FAVORISÉ L'INTÉGRATION DES PÈRES

- Le congé paternité de 11 jours consécutifs instauré en janvier 2002 par Ségolène Royal, ministre déléguée à la famille.
- La possibilité pour le conjoint de bénéficier de trois autorisations d'absence rémunérée pour accompagner sa compagne aux examens de suivi de grossesse, (article L 1225-16 du Code du travail, en Août 2014)

« excessives » (c'est-à-dire qui entraînent la mort) sont punies.

Au XIXe siècle

Il faut attendre la fin du XIXe siècle pour que la puissance paternelle puisse être retirée aux pères maltraitants. La loi de juillet 1889, « *sur la protection des enfants maltraités ou abandonnés* » *permet aux pouvoirs publics d'intervenir pour protéger l'enfant maltraité. Le juge peut proclamer la déchéance de la puissance paternelle en cas de violences abusives des parents qui « par leur ivrognerie habituelle, leur inconduite notoire ou scandaleuse, par de mauvais traitements, compromettent soit la sécurité, soit la santé, soit la moralité de leurs enfants.* » Une décennie plus tard, la loi d'avril 1898 aggrave les sanctions à l'égard des parents maltraitants. « *C'est parmi les enfants victimes qu'on retrouve les enfants coupables, c'est en intervenant auprès des enfants victimes que l'on prévient la délinquance juvénile* ». L'application de la loi est difficile et lente, car les juges hésitent à condamner des parents. Soulignons que les enfants victimes ont été légalement protégés près de 40 ans après les animaux à cause du problème de la puissance paternelle (la Société protectrice des animaux date de 1846, la Loi Grammont de 1850).

Au XXe siècle

Le moment décisif de l'arrivée des pères dans les salles de travail en maternité date des années 1950 avec la révolution de l'Accouchement sans douleur. La présence du père dans de nombreuses maternités s'est ensuite répandue dans les années 1960. En 1987, 72% des pères avaient assisté à l'accouchement[3]. Ensuite dans les années 1970-80, la méthode Leboyer a donné aux pères un rôle dans le bain du nouveau-né [4].

XXI e siècle

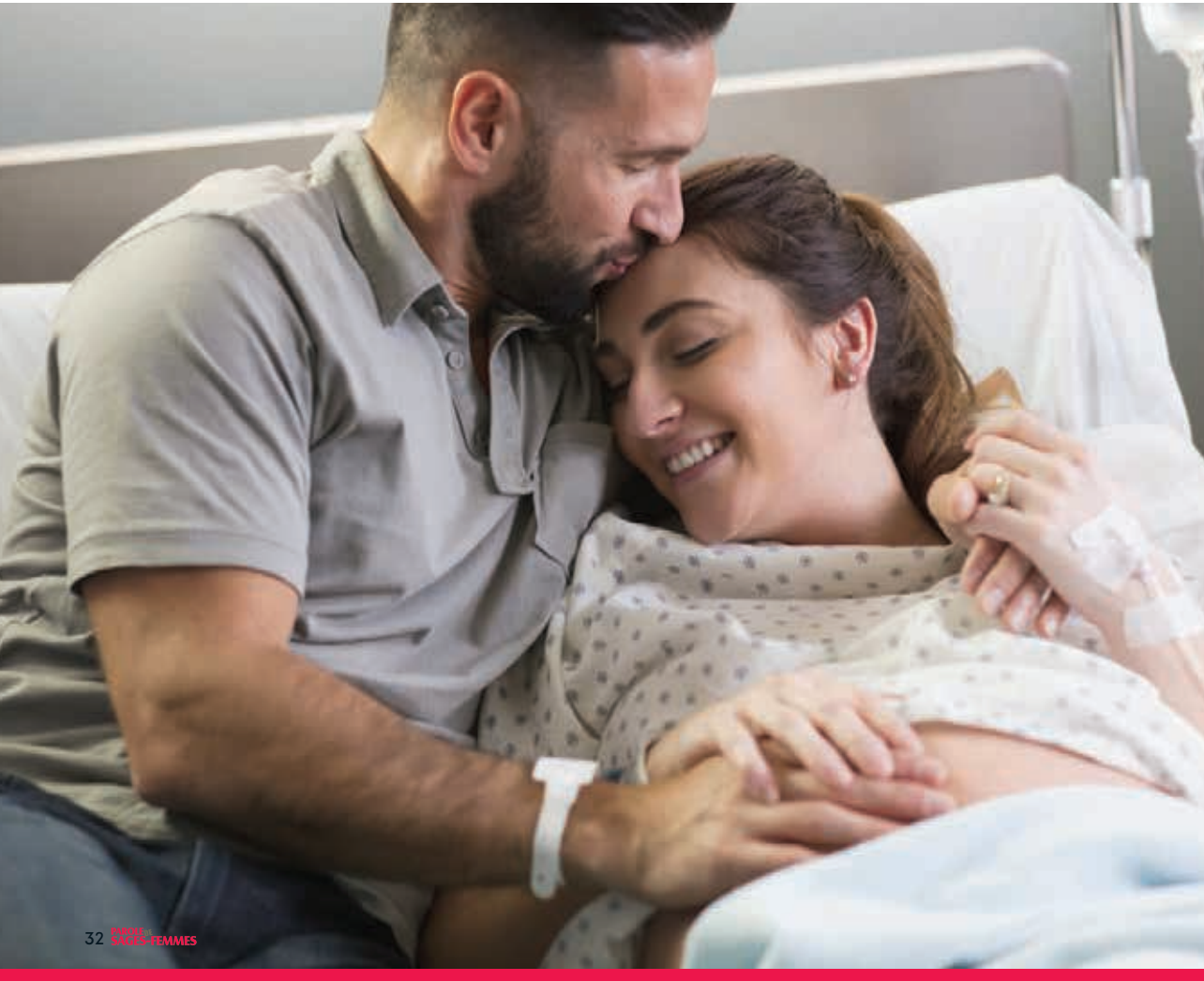
Les pères revendiquent leur place auprès de leur enfant. Ils ne sont plus les seuls à détenir la fonction d'autorité paternelle et à transmettre l'éducation. Le lien père-enfant n'est pas garanti systématiquement comme dans les années passées par la filiation. « *À notre époque, le père se retrouve alors tiraillé entre deux rôles : une plus grande implication qui semble légitime, et le maintien d'une distance qui, entre le père et l'enfant, semble s'être inévitablement étendue au cours de l'histoire* »[5].

Références :

1 Renaut, La Libération des enfants, Contribution philosophique à une histoire de l'enfance, 2002
2 A. Burguière, Annales. Histoire, Sciences Sociales, 2001/2, 313
3 Neyrand 2000 : 279
4 M-F Morel, « Naître sans violence : les mutations de l'accueil du nouveau-né dans les années 1970, Quand les professionnels de la santé et des sciences sociales se rencontrent, Paris, EAC Editions Archives Contemporaines, 2016, p. 37-57
5 Meunier Castelain Meunier Christine, Pères, mères, enfants, 1998

QUE SE PASSE-T-IL DANS LE PSYCHISME DES PÈRES ?

À l'inverse de la mère, un père en devenir ne ressent pas les sensations directes de la maternité. Pourtant, pour lui aussi, depuis l'annonce de la grossesse à la naissance de l'enfant, un processus psychique va cheminer tout au long de ces 9 mois de gestation.



Par **Agathe Lochelongue**,
psychologue spécialisée en périnatalité, Paris

Au cours de mon expérience professionnelle et des différents témoignages de pères - que j'ai accompagnés dans mon cabinet sur le chemin de la paternité et de la parentalité - j'ai pu observer que les hommes vivaient aussi une période de bouleversements psychiques.

Les remaniements psychiques

Devenir père relève principalement d'un désir et d'une représentation imaginaire. Pour les futurs pères, grossesse et accouchement sont à la limite du représentable. Se penser père peut alors susciter beaucoup d'interrogations, de doutes, de contradictions, de pensées et de sentiments ambivalents. L'homme peut se sentir projeté dans son histoire, revivre sa relation à ses parents, à ses paires pouvant, l'accompagner dans une paternité stable, soit le faire douter de ses capacités à devenir père lui-même - en projetant sur l'enfant à venir ses propres conflits internes. Ainsi l'homme peut ressentir l'enfant à naître comme persécuteur de sa propre histoire. Devenir père implique aussi de renoncer à sa place d'enfant, de fils tout en reléguant ses propres parents dans la catégorie des aînés – répétant ainsi ce même schéma avec son enfant à naître. Lui-même, un jour, pourra faire de son père le grand-père de son enfant. C'est toute une lignée transgénérationnelle qui s'inscrit à la naissance d'un enfant.

Cette aventure de la paternité mobilise également les conséquences d'un changement de vie. Le désir d'enfant représente une certaine mutation dans la construction de l'homme. La paternité constitue ainsi une sorte de nouvelle adolescence. Peut-on parler de « patrescence » - au même titre que celui de « matrescence » pour la mère ?

Tout comme la mère, le père peut revivre sa vie intra-utérine en s'identifiant à l'enfant à naitre, ce qui peut provoquer nombre de remaniements et d'angoisses inexpliquées. Voir sa compagne enceinte, devenir mère, peut réveiller des sentiments inconscients en lien avec sa propre gestation. Sa relation à sa propre mère est mise en avant tout comme celle, d'avec le petit enfant qu'il a été et son enfant intérieur. Sur le chemin du devenir père, l'homme retrouve souvent des fantasmes de son enfance...

Le désir d'enfant du jeune garçon - au même titre que celui de la petite fille - montre un désir de donner la vie, fantasmé sur le fait d'enfanter « comme maman » et d'être fort « comme papa ».

Au cours de l'évolution de la grossesse, nous pouvons observer certains symptômes du côté du père. On parlera souvent de troubles digestifs, de nausées ou de la fameuse « couvade ».

« La première fois que je l'ai tenue dans mes bras, j'ai pris conscience que c'était ma fille et que je l'aimerai toute ma vie »

La rencontre avec l'enfant

De nombreux témoignages évoquent le fait de devenir « réellement » père au moment de la naissance de l'enfant – « la première fois que je l'ai tenue dans mes bras, j'ai pris conscience que c'était ma fille et que je l'aimerai toute ma vie ». La relation d'attachement avec l'enfant est un processus plus long, qui parait plus intense pour l'homme. Il se voit alors propulser en un quart de seconde dans la « peau » d'un père. C'est comme si toute la responsabilité d'un enfant se présentait à lui par ce petit corps. Ce qui peut

« Les pères, eux aussi, ont besoin d'être encouragés, de se sentir écoutés et compris dans ce moment de chamboulements psychiques. »

se faire plus en douceur pour la mère qui porte cet enfant pendant neuf mois. Il est ainsi fréquent de voir des pères chambouler par cette nouvelle vie et avoir besoin de prendre leur temps ou de se raccrocher à ce qu'ils connaissent – leur histoire familiale. C'est le moment de devenir père comme les hommes de la famille et en particulier comme son propre père. Pour pallier cette incapacité anatomique de porter l'enfant, la place du père est une conquête de jour en jour – présence du père pendant les échographies et les cours de préparation à l'accouchement, à la maternité et dans la salle d'accouchement, participer aux premiers soins du nouveau-né, le congé paternité allongé, le congé parental pour le père, le déclaration à l'état civil, etc - invitant le père auprès de l'enfant. La déclaration de l'enfant à la mairie, quelques jours après sa naissance - si le choix est fait où l'enfant portera le nom du père - celui-ci lui cède sa place d'enfant et l'inscrit dans sa lignée. Cette nomination traditionnelle et à la fois symbolique du père, présente son enfant, mais aussi son nouveau statut de père – à la société. Une filiation symbolique qui illustre la dette de vie qui lie le sujet devenu père à ses ainés.

Néanmoins, beaucoup de père culpabilisent de ne pas ressentir tout de suite des sentiments très forts pour leur bébé. Ils ne disent rien et se renferment, et mettent en place des mécanismes de défense qui peuvent impliquer l'enfant et la maman. Ces pères ont besoin de temps. Tous ne réagissent pas de la même façon et ne vivent pas la même expérience. C'est évident dans la mesure où tous n'ont pas la même histoire et le même vécu avec la notion de parents et de parentalité.

Les pères, eux aussi, ont besoin d'être encouragés, de se sentir écoutés et compris dans ce moment de chamboulements psychiques. Et il est important que ces derniers puissent trouver un espace pour parler de leurs ressentis, doutes et inquiétudes. Cela ne fait pas d'eux des « mauvais pères ». Les accompagner sur le chemin de la parentalité c'est leur permettre de devenir le père qu'il souhaite réellement et qu'ils ont pu fantasmer dans l'enfance.

Références : La dette de vie, Itinéraire psychanalytique de la maternité – Monique BYDLOWSKY, Ed. Puf
Devenir mère – Monique BYDLOWSKI, Ed. Odile Jacob
Vivre et transmettre le meilleur pendant sa grossesse – Sophie METTHEY, Ed. Le souffle d'or

DES INFORMATIONS FIABLES ET DES OUTILS PRATIQUES POUR VOS PATIENTES.

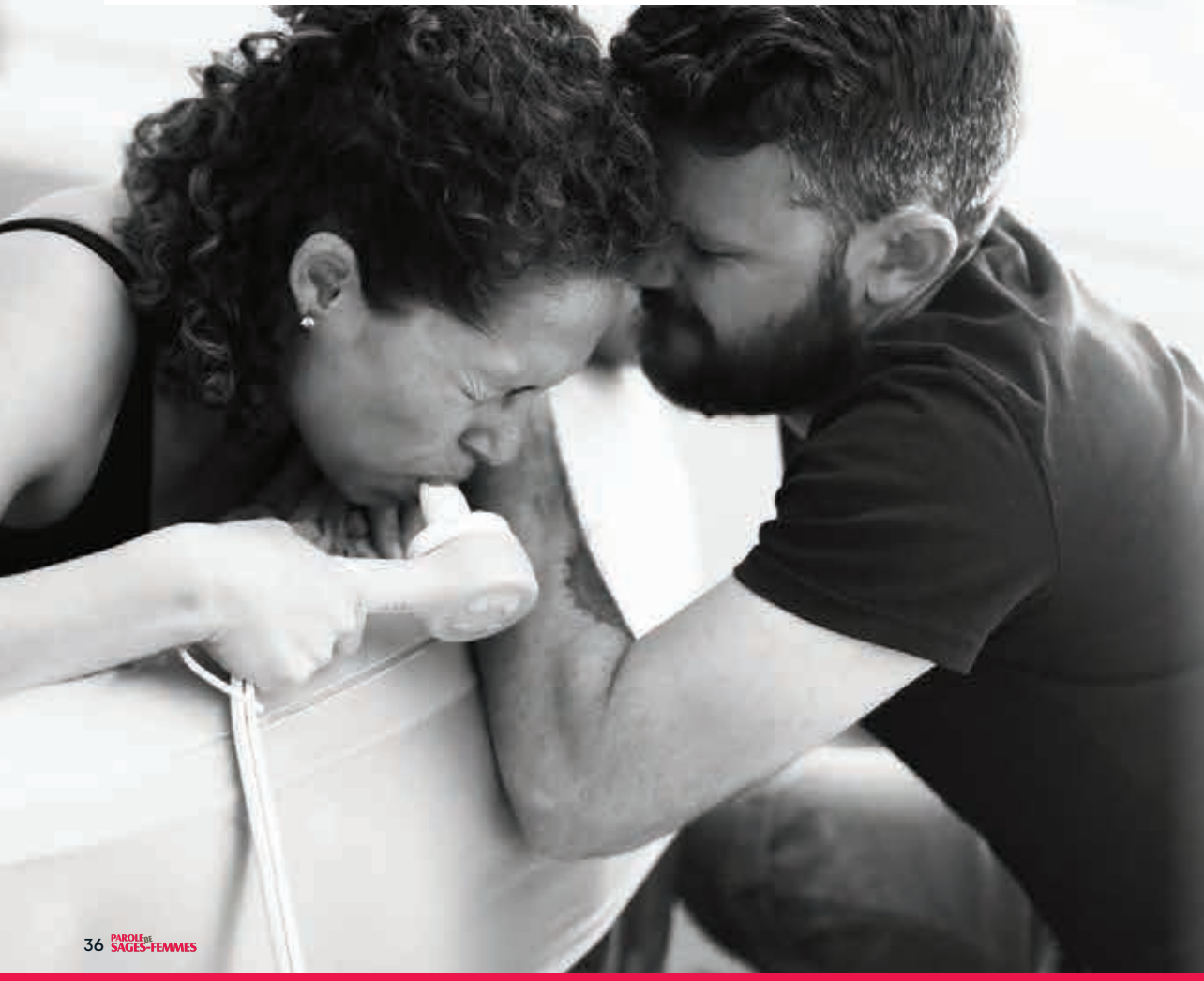
Doctissimo

SANTÉ ▲ FAMILLE ▲ BIEN-ÊTRE

www.doctissimo.fr

NAISSANCE COMPLIQUÉE : Quels impacts sur l'expérience des pères ?

Selon Michel Odent, obstétricien français, assister à l'accouchement peut induire des répercussions psychologiques importantes pour les pères. Voir sa femme dans un état de souffrance, d'animalité peut être choquant. Si à cela s'ajoute une naissance compliquée doit-on craindre des impacts négatifs sur ces pères en devenir ?



De nos jours, la présence du père en salle de naissance est devenue quasi systématique. Si la plupart des hommes sont ravis d'assister à l'accouchement, pour certains, être témoin d'un accouchement peut générer de l'anxiété, de la peur de l'impuissance et affecter son identité de soi, ses relations avec l'enfant et sa partenaire et encore plus lorsque celui-ci se complique. Une étude publiée dans la revue Midwifery (1) rapportait même un état de stress post-traumatique pour certains pères.

Dans la revue Women and Birth (2), une étude a exploré l'impact sur les hommes qui assistaient à des accouchements compliqués. Au total, 17 pères âgés entre 24 et 48 ans ont participé à des entretiens en face à face, par téléphone ou par courrier électronique entre 4,5 mois et 20,5 ans après une naissance compliquée (césarienne en urgence, hémorragie du post-partum, crise d'éclampsie, détresse fœtale, réanimation néonatale). Onze d'entre eux étaient des primipères.

Des expériences difficiles

L'analyse des réponses a mis en évidence les expériences des hommes interrogés à travers 3 thématiques : « pire expérience de ma vie », « négocier ma place : communiquer avec les professionnels de santé », « devenir plus fort ou s'effondrer ». Les pères ont relaté ne pas être préparés, ils ont eu peur pour leur bébé et leur partenaire. Lors de situation d'urgence, ils ont été mis à l'écart alors qu'ils souhaitaient être impliqués. Le fait d'avoir été exclus a majoré leur inquiétude et leur vulnérabilité alors que des pères ne savaient pas ce qui arrivait à leur conjointe.

Au retour à la maison

Assumer les tâches domestiques, s'occuper du nourrisson était pour des pères un fardeau alors que pour d'autres cette situation contribuait à l'affirmation de leur rôle de père.

La naissance traumatisante a renforcé la relation avec leur partenaire et de façon plus générale a augmenté la considération positive envers les femmes. Mais ce n'est pas le cas pour tous les couples car pour d'autres la communication sur la naissance difficile et les relations intimes sont devenues inexistantes jusqu'à provoquer la rupture.

« Lors de situation d'urgence, ils ont été mis à l'écart alors qu'ils souhaitaient être impliqués. Le fait d'avoir été exclus a majoré leur inquiétude et leur vulnérabilité alors que des pères ne savaient pas ce qui arrivait à leur conjointe. »

Préparer les pères

En assistant à un accouchement compliqué, globalement, tous les pères, primipères comme multipères, se sont sentis impuissants, et encore plus en détresse en ayant été mis à l'écart dans les situations d'urgence. Il en ressort qu'ils n'étaient pas préparés à de telles urgences, et pas suffisamment informés lors de la prise en charge des complications de la naissance. Comme le montre une étude (1), les complications survenant à l'accouchement font courir le risque à certains pères de développer une dépression du post-partum. Le fait de n'avoir aucun contrôle sur une situation urgente, majorée par le manque de préparation, rend le vécu de l'accouchement d'autant plus pénible et traumatisant (1,3). Le comportement, les explications des professionnels de santé jouent également un rôle sur les pères influençant positivement ou négativement le vécu des pères. Dans cette étude, les informations données sur les situations compliquées ont réduit l'anxiété et l'inquiétude des pères ce qui contribuait à l'amélioration de l'expérience de la naissance des mères et des nouveau-nés. Cela corrobore une méta-analyse selon laquelle le niveau d'anxiété des pères était lié à leur compréhension de la situation (4).

Références : 1- Fathers in the birth room: what are they expecting and experiencing? A phenomenological study - Midwifery, 27 (2011), pp. 588-594
2- A qualitative study of the impact of adverse birth experiences on fathers Women Birth Women Birth. 2021 Jan 22:S1871-5192(21)00005-6
3- Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy Midwifery, 19 (2) (2003), pp. 96-105
4- A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby - Midwifery, 3 (1) (2015), pp. 9-18

TÉMOIGNAGE DE SAGE-FEMME

Qu'est-ce que vous inspire cette étude ? Quelle est votre expérience sur ce sujet ?

Avec **Nicolas Dutriaux**,
sage-femme libéral à Herblay

Cette étude me rappelle une situation récente. Une accouchée transférée dans une autre maternité pour rapprochement mère-enfant parce que son enfant nécessitait des soins en réanimation néonatale. La mère va bien, par contre le père a vu le psychologue et il souffre d'un stress post-traumatique.

Le jour de l'accouchement, l'équipe est partie en urgence au bloc pour césariser sa femme. On lui a dit « dans 10 minutes on vous ramène votre femme et votre enfant ». Sauf qu'il a attendu 1h30 sans nouvelle, il n'a pas été tenu informé que sa femme se portait bien mais que l'équipe s'occupait de la réanimation de son bébé. Pendant cette longue attente, il a cru qu'il était veuf et sans enfant... Dans cette situation, la mère n'évoquait pas de mauvais vécu. Mais cela peut être plus compliqué à gérer dans leur relation de couple, et parents-enfant quand les 2 éprouvent des difficultés. C'est pourquoi, dans le suivi post-partum à domicile, il est important de demander le vécu d'accouchement de la mère mais aussi celui du père pour orienter vers un psychologue et proposer un accompagnement spécifique.

J'ai l'intime conviction que des crises de la quarantaine des pères sont dans un certain nombre de fois liées à une dépression du post-partum non dépistée. Ils reprennent le travail rapidement, s'enferment dedans et un jour survient un burnout !

En anténatal, les pères doivent être préparés aux scénarii d'accouchements compliqués, ils doivent savoir qu'ils peuvent demander des informations aux équipes et que dans certains cas les nouvelles peuvent tarder selon les situations. Après, c'est les rassurer, eux aussi peuvent craquer, il n'y a pas de honte à pleurer. Le vrai courage c'est de savoir appeler à l'aide ! D'ailleurs les réseaux périnatals sont là pour les mères mais aussi pour les pères.

La crise sanitaire a dénoué dans certaines maternités ce qu'on avait mis en place au forceps, à savoir la présence des pères au bloc césarienne, en salle de réveil où bien lorsqu'ils sont autorisés à rester auprès de leur femme à imposer toute sortie comme définitive. Mais que font-ils lorsqu'ils ne se sentent pas bien et doivent prendre l'air ?

Cette période est compliquée pour tout le monde, pour autant certaines situations requièrent plus de souplesse.

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

LABEL IHAB :
QU'EN PENSENT LES PROFESSIONNELS ?

En France, 51 maternités ont reçu le label Initiative Ami des Bébés (IHAB). Toutes prônent ce même état d'esprit où l'humanisation est au cœur des soins centrés sur la famille et le nouveau-né. Toutefois, la démarche IHAB implique des changements de pratiques qui ne vont pas toujours de soi pour les professionnels de santé. Dans son mémoire de fin d'études *, récompensé au Grand Prix evian en 2020, Océane Buisson s'est emparée de cette thématique pour questionner non pas les parents vis-à-vis du label IHAB mais les acteurs des maternités, les professionnels de santé.

Océane Buisson,
sage-femme à Mamoudzou

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

Océane Buisson : J'ai décidé de travailler sur ce sujet de mémoire car beaucoup de maternités font la démarche d'obtenir ce label IHAB. À travers mes nombreux stages lors de mes années étudiantes, j'ai eu la possibilité de travailler dans de nombreuses maternités labellisées IHAB. J'ai de fait entendu différents échos de la part des professionnels de santé par rapport à l'application des principes du label et de ses recommandations, du stress lors des évaluations, des apports et des contraintes que cela engendrait... Au final, en recherchant davantage dans la littérature, il existe beaucoup de sujets d'étude sur les bénéfices, les apports et le ressenti du côté des mères et des nouveau-nés. En revanche, il n'existe que très peu d'études sur le versant des professionnels de santé. D'où cette volonté de vouloir me consacrer exclusivement à leur avis, leur vision. De plus, les valeurs du label IHAB sont portées par l'UNICEF et l'OMS avec cette volonté d'accompagner et de placer les parents et leur nouveau-né au cœur des soins avec le respect du biorythme de chacun. Il me paraissait très instructif et très intéressant de travailler sur ce sujet en particulier.

PDSF : **Quels sont les principaux résultats ?**

OB : J'ai eu la chance de pouvoir réaliser cette étude dans une maternité nouvellement labellisée possédant une équipe très dynamique. Il existe une forte adhésion constatée au sein des équipes. Cela se traduit notamment par une cohésion d'équipe autour des principes de l'IHAB et un discours unifié notamment autour de l'allaitement maternel. De plus, les soignants constatent une valorisation et une reconnaissance de leur travail. Les professionnels de santé relèvent également la personnalisation et l'humanisation des soins. Il existe également certaines limites, les professionnels de santé déplorent notamment le manque de temps ainsi que le manque de personnel dans la prise en charge des couples et de leur nouveau-né afin de pouvoir mettre en application de manière optimale les recommandations IHAB.

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

OB : Oui, j'ai été surprise par les résultats de mon étude. Les résultats recueillis sont au final très nuancés, très divers et soulèvent certaines contradictions au sein des équipes. Il existe beaucoup de questionnements de la part des professionnels de santé mais aussi beaucoup de perspectives d'avenir et d'évolution. Par exemple, la volonté de mise en place de divers ateliers (atelier portage ou encore atelier massage), la volonté d'intégrer l'aspect environnemental au quotidien (réduction des perturbateurs endocriniens dans certains produits cosmétiques de maternité) ou encore la volonté d'accompagner au mieux les couples avec l'ouverture d'une salle nature.

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

OB : Ce travail m'a permis de mieux connaître le label IHAB et ce qu'impliquait son application au sein d'une maternité ainsi que les différents enjeux qu'il engendrait. Il m'a également apporté l'opportunité de discuter avec de nombreux professionnels de santé. À titre personnel, ce travail m'a permis de me questionner sur ma pratique de sage-femme, et de me remettre en question. Et j'ai pu me rendre compte des efforts fournis et de la motivation de chacun afin de mener à bien ce projet de labellisation mais aussi de le perpétrer au quotidien auprès des familles.

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

OB : Pour rester dans l'actualité, ce travail pourrait se prolonger en prenant en compte l'impact du COVID 19 avec la mise en application du label IHAB. Ou encore élargir l'étude en prenant en compte l'avis des sages-femmes libérales par exemple !

**« LABEL « INITIATIVE HÔPITAL AMI DES BÉBÉS » : LA PAROLE EST AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ - Étude qualitative menée auprès des professionnels de santé au sein d'une maternité labellisée IHAB des Hauts-de-France. Université Catholique de Lille, faculté de médecine et maïeutique, filière maïeutique. Océane Buisson*

LE CLAMPAGE RETARDÉ DU CORDON MAJORE-T-IL LE RISQUE D'ICTÈRE DU NOUVEAU-NÉ À TERME ?

Alors que le clampage retardé du cordon ombilical est une pratique recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé, par la Haute Autorité de Santé depuis 2018 et fait suite à un avis favorable de la Société Française de Néonatalogie, des études l'associent à une augmentation du risque d'ictère néonatal. Eva Egreteau a investigué sur ce sujet, elle nous apporte son éclairage.

Par **Eva Egreteau,**
sage-femme à la maternité Port-Royal, Paris

Quels bénéfices du clampage retardé ?

Le clampage précoce est défini par un clampage du cordon avant 30 secondes de vie. La définition du clampage retardé varie selon les études : après 1 minute, 2 minutes ou jusqu'à l'arrêt des pulsations du cordon. Selon la HAS cela correspond à un clampage au-delà de 30 secondes.

Il présenterait des bénéfices pour le nouveau-né :

- **À court terme :** une augmentation de la volémie du nouveau-né. La perfusion des poumons augmente ce qui facilite la résorption du liquide pulmonaire alvéolaire.
- **À moyen terme :** une augmentation des réserves en fer à 6 mois et une diminution de l'anémie jusqu'à 12 mois. Ces effets sont d'autant plus bénéfiques que la mère est anémiée ; l'intérêt est majeur dans les pays à faible niveau de revenus, avec grande prévalence de la carence martiale, mais aussi en Europe où la prévalence des anémies hypochromes est tout de même de 3 à 7%.
- **À long terme :** Une étude suédoise suggère un impact positif sur le développement cognitif et neurologique, ainsi que sur la motricité fine. Ces conclusions sont encore à étayer par d'autres études.

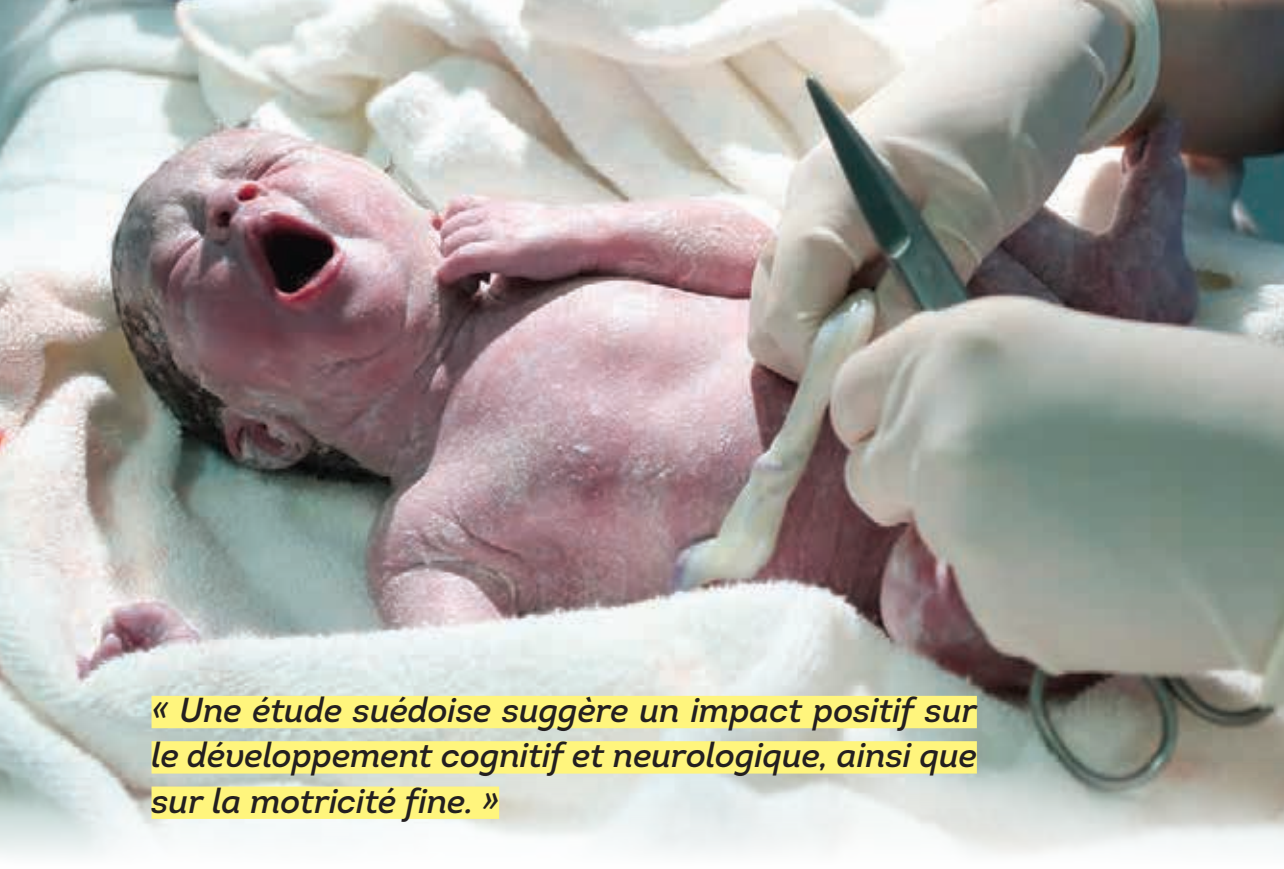
Pourquoi le clampage retardé est-il soumis à la controverse ?

Bien que plusieurs recommandations internationales et françaises se soient prononcées en faveur de la pratique du clampage retardé du cordon ombilical chez le nouveau-né à terme, l'absence de consensus et la crainte d'effets adverses peuvent expliquer que cette pratique ne soit pas appliquée de manière systématique.

Tout d'abord la crainte des conséquences hématologiques, dont la polyglobulie, avec une hausse du risque d'ictère. Ce qui implique une augmentation de l'hyperbilirubinémie, et par conséquent la nécessité d'une surveillance rapprochée et allongée des nouveau-nés. Ce qui pourrait impacter la durée de séjour en maternité.

Clampage tardif et ictère du nouveau-né

Plusieurs études rapportent une augmentation de l'hématocrite, mais sans manifestation clinique de la polyglobulie. Alors que d'autres retrouvent une élévation significative de l'hyperbilirubinémie chez les enfants ayant bénéficié d'un clampage retardé. Cependant, les conclusions divergent sur l'augmentation du recours à la photothérapie et



« Une étude suédoise suggère un impact positif sur le développement cognitif et neurologique, ainsi que sur la motricité fine. »

d'études récentes ne retrouvent pas d'impact sur le recours à la photothérapie. (1–6)

Pour en savoir plus, ce sujet a fait l'objet de mon travail de fin d'études. Dans celui-ci, nous avons comparé 2 populations à bas risque de nouveau-nés ≥ 37 SA nés par voie basse spontanée. Le premier groupe (160 nouveau-nés) avait reçu d'un clampage retardé (jusqu'à l'arrêt des battements du cordon ombilical), l'autre groupe (160 nouveau-nés) un clampage précoce. Les populations étaient appariées sur le terme, le mode d'alimentation et le sexe. Nous avons éliminé les facteurs confondants d'ictère lorsqu'ils étaient retrouvés (incompatibilité ABO, déficit en Glucose-6-Phosphate Deshydrogenase ou en Pyruvate-Kinase, antécédent familial d'ictère). Nos résultats ne montraient pas de différence significative du recours à la photothérapie entre nos 2 groupes. Par ailleurs, nous n'avons pas mis en évidence de différence sur la valeur du pic de BTC (bilirubine transcutanée) ni sur le jour de survenue de ce pic. Ainsi, d'après nos conclusions, la généralisation de la pratique du clampage retardé chez les nouveau-nés à terme, conformément aux recommandations de l'OMS et de la HAS, ne semble pas impacter le taux d'ictère et le taux de photothérapie, ce qui ne devrait pas impacter la durée de séjour en maternité. Ces résultats rejoignent ceux des études les plus récentes parues sur le sujet. (1–6)

Références :

Impact néonatal du clampage retardé du cordon ombilical sur l'ictère chez le nouveau-né à terme. Université Paris Descartes, faculté de médecine de Paris – École de Sage-femme de Baudelocque. Eva Egreteau.

1. Katheria AC, Lakshminrusimha S, Rabe H, McAdams R, Mercer JS. Placental transfusion: a review. J Perinatol. févr 2017;37(2):105-11.

2. Krishnan L, Kommu PPK, Thomas BJ, Akila B, Daniel M. Should Delayed Cord Clamping Be the Standard of Care in Term Low Risk Deliveries? A Randomized Controlled Trial from a Medical College Hospital in South India. J Clin Neonatol. juill 2015;4(3):183-7.

3. Rana N, Ranneberg LJ, Målquist M, Kc A, Andersson O. Effect of delayed cord clamping on risk of hyperbilirubinemia in term newborns : A randomised clinical trial in Nepal. Acta Paediatr [Internet]. 2019 [cité 30 mars 2019]; Disponible sur: http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-379548

4. Yang S, Duffy JY, Johnston R, Fall C, Fitzmaurice LE. Association of a Delayed Cord-Clamping Protocol With Hyperbilirubinemia in Term Neonates. Obstet Gynecol. aur 2019;133(4):754.

5. Rana N, Ranneberg LJ, Målquist M, Kc A, Andersson O. Delayed cord clamping was not associated with an increased risk of hyperbilirubinaemia on the day of birth or jaundice in the first 4 weeks. Acta Paediatr. 2020;109(1):71-7.

6. Qian Y, Ying X, Wang P, Lu Z, Hua Y. Early versus delayed umbilical cord clamping on maternal and neonatal outcomes. Arch Gynecol Obstet. sept 2019;300(3):531-43.

RENCONTRE AVEC UNE SAGE-FEMME SAOUDIENNE

Ibtesam Omar Jahlan est sage-femme en Arabie saoudite, elle partage avec nous son parcour s professionnel et son expérience.

Ibtesam Omar Jahlan,
sage-femme doctorante, professeure adjointe
à l'université King Saud, Arabie saoudite

Parole de Sages-Femmes : **Pouvez-vous nous parler de votre expérience professionnelles ?**

Ibtesam Omar Jahlan : J'ai obtenu mon diplôme d'infirmière spécialisée à l'Université King Saud, école d'infirmières, en Arabie Saoudite. J'ai choisi le domaine académique, en raison de la pénurie de professeurs dans les universités saoudiennes à cette époque. Je suis donc intervenue dans le département de santé maternelle et infantile de la faculté d'infirmières de l'Université King Saud. En 2008, j'ai obtenu une bourse de l'université afin de poursuivre mon cursus avec un master, puis un doctorat en maïeutique à l'Université Monash, en Australie.

Je n'ai pas choisi la profession de sage-femme, mais c'est elle qui m'a choisie, car j'ai toujours été attirée par la salle d'accouchement, son dynamisme, le travail et le miracle de la naissance. Actuellement, je suis vice-présidente du département des soins infirmiers en santé maternelle et infantile au collège des sciences infirmières de l'université King Saud. Parallèlement, je suis évaluatrice accréditée pour les programmes de la Commission saoudienne des spécialités de la santé (SCFHS) et présidente du comité scientifique du diplôme de sage-femme au SCFHS. Aussi, je me suis portée volontaire pour être la trésorière

« Le rôle des sages-femmes en Arabie saoudite est très limité à la salle de travail et dans certaines institutions, elles travaillent comme infirmières de maternité. Il n'y a donc pas de sages-femmes indépendantes. »

du Groupe des Sages-Femmes Saoudiennes (SMG). Ce groupe a pour objectif d'améliorer la santé reproductive des femmes en Arabie saoudite grâce à la promotion des pratiques, des recherches des sages-femmes.

PDSF : **Comment devient-on sage-femme en Arabie Saoudite ? Quel est le cursus ?**

IOJ : Malheureusement, les diplômes proposés dans la spécialité de sage-femme et la reconnaissance de la profession en Arabie saoudite ont toujours été limités. Une façon d'être accréditée en tant que sage-femme est d'obtenir une maîtrise en maïeutique après le baccalauréat en sciences infirmières générales. Pour ma part, j'ai choisi d'étudier la pratique sage-femme au niveau international pour obtenir une vision plus large de la portée réelle des pratiques de sage-femme et des différents modèles de soins obstétricaux qui n'existent pas ici en Arabie Saoudite.

PDSF : **Comment travaillent les sages-femmes dans les hôpitaux saoudiens (horaires...) ?**

IOJ: Dans la plupart des hôpitaux, les sages-femmes travaillent en 12 heures dans d'autres c'est en 8 heures. Travailler en 12 heures est un véritable obstacle pour les femmes saoudiennes qui désirent travailler comme infirmière ou comme sage-femme car c'est une population très axée sur la famille.

PDSF : **Y a-t-il des sages-femmes libérales en Arabie Saoudite ? De quelles activités sont-elles responsables ?**

IOJ : Le rôle des sages-femmes en Arabie saoudite est très limité à la salle de travail et dans certaines institutions, elles travaillent comme infirmières de maternité. Il n'y a donc pas de sages-femmes indépendantes. Cependant, le Groupe des Sages-Femmes Saoudiennes (SMG) et le ministère saoudien de la santé (MOH) ont publié avec succès le premier guide pour les sages-femmes en Arabie saoudite, pour guider leur règle, leurs classifications et leurs privilèges dans les hôpitaux saoudiens. Le groupe saoudien de sages-femmes a organisé des événements et des ateliers liés à la pratique des sages-femmes au cours des 5 dernières années après être devenu membre de la confédération internationale des sages-femmes (ICM).

PDSF : **Pouvez-vous nous raconter un accouchement qui vous a le plus marqué ?**

IOJ : Je vais commencer par mon histoire personnelle. J'ai accouché de mes deux premiers enfants dans un hôpital privé, je n'ai pas senti le contrôle de mon corps ; on m'a fait respirer du gaz avec une concentration élevée et sans aucune discussion avec moi sur les options de contrôle de la douleur ou ce gaz et ses effets. J'ai donc respiré le gaz, je me suis endormie jusqu'au moment de pousser. Pour mon 3e bébé, j'ai accouché en Australie dans une maison de naissance et j'ai pu ressentir tout le contrôle de mon corps. Le soutien constant de la sage-femme m'a permis de mettre au monde sans douleur, sans médicaments, dans la position que j'ai choisie. Ce fut l'expérience d'accouchement la plus belle et la plus joyeuse de ma vie.
Voici l'une des histoires d'accouchement les plus tristes et inoubliables ; Je faisais mon internat à l'hôpital, à Riyad. Une femme primipare a été admise au service, elle n'avait pas fait de suivi dans cet hôpital pendant sa grossesse. Elle est arrivée à dilatation complète mais avec une présentation du siège. Cette femme maigre était très épuisée pour pousser le bébé. L'accouchement était compliqué, toute l'équipe faisait de son mieux pour sortir la tête, mais après 15 minutes d'effort, il était trop tard car le nourrisson était mort. C'est l'un des pires accouchements auquel j'ai assisté, mais cette tragédie a mis en évidence la nécessité d'éduquer les femmes de la communauté saoudienne sur l'importance du suivi pendant la grossesse.

saudimidwifery.org

LE TOP 3 DES FICTIONS SUR LA MATERNITÉ

AUTHENTIQUES, BOULEVERSANTS, CINGLANTS OU COMIQUES, PDSF VOUS A CONCOCTÉ LE TOP 3 DES FILMS ET SÉRIES SUR LA MATERNITÉ À VOIR OU À REVOIR.

Pieces of a woman

Un véritable ascenseur émotionnel pour les spectateurs, Pieces of a woman est une série de Netflix qui fait couler beaucoup d'encre. Ici, c'est un sujet tabou et dramatique qui est abordé : le deuil périnatal. Inspirée d'un fait de société, la série relate l'histoire de Martha, accompagnée d'une sage-femme, qui donne naissance à domicile. Mais des modifications du rythme cardiaque foetal se produisent et l'enfant décède. Poussée par sa mère autoritaire, Martha se lance dans les poursuites judiciaires contre la sage-femme. Cette sombre histoire plonge cette mère morcelée dans le chagrin et la coupe de son conjoint et de sa famille.

Tully

Tully met en lumière les difficultés auxquelles peuvent être confrontées les mères. La fatigue, les cernes n'ont pas épargné Marlo incarnée par Charlize Théron, l'actrice principale de Tully. Son corps malmené par cette 3e grossesse tente de faire face au quotidien, aux tâches ménagères malgré des nuits sans sommeil. Authentique, le film met en lumière la charge mentale qui submerge les mères et qui peut les plonger dans une abyssale dépression du post-partum

The letdown

La série The letdown, ou Super mamans en français, est une série australienne qui raconte l'histoire d'Audrey une jeune maman. Avec humour, on découvre les débuts de cette femme dans son statut de mère. Larguée dans le début de cette nouvelle vie, ses questionnements sont sans tabou : les difficultés d'allaitement, les nuits blanches, les fuites urinaires, le sexe après l'accouchement... Une série qui décomplexe les nouvelles mères.

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

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

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

Devenir père

Cheminer dans la paternité est une phase tout aussi complexe et puissante que la maternité. Devenir père change un homme. Si la joie d'avoir cet enfant le comble de bonheur, il peut aussi ressentir cette crainte de ne pas être à la hauteur, de ne pas trouver sa place. Mais alors, comment devenir père ? Dans cet ouvrage, Anna Oliveirio Ferraris, psychologue et psychothérapeute, donne les repères d'une figure paternelle « suffisamment bonne ». Spécialiste du développement, elle répond aux questions des pères en devenir pour les aider à construire la sécurité affective nécessaire au bon développement de l'enfant.

Devenir père aux éditions Eyrolles d'Anna Oliverio Ferraris. 18€

La bible de l'écho-anatomie fœtale

« L'écho-anatomie normale du fœtus » est l'ouvrage de référence pour les échographistes.
Pour réaliser des examens de dépistage et de diagnostic de qualité en échographie, il est important de connaître la base, c'est-à-dire l'anatomie fœtale. Cet ouvrage propose aux échographistes de nombreuses illustrations d'échographie normale du fœtus, et ce, aux différents termes de la grossesse. Il s'appuie sur tous les outils échographiques actuels à savoir, l'échographie conventionnelle, l'échographie volumique, le doppler ...

Echo-anatomie normale du fœtus de Jean-Philippe Bault, Jean-Marc Levaillant aux éditions Sauramps Medical, 95€

« Ceci est notre post-partum » : un livre authentique sur la réalité de la maternité

En 2020, elle racontait son post-partum sur Instagram sous le hashtag #MonPostPartum. Cette année Illana Weizman, Doctorante en sociologie, fait voler en éclat les mythes autour de la maternité en publiant l'ouvrage « Ceci est notre post-partum : défaire les mythes et les tabous pour s'émanciper ».
Période suivant un joyeux évènement, le post-partum est vécu par des millions de femmes, mais est-il si rose qu'il y parait ? Tabou, les femmes gardent pour elles les troubles que le post-partum distille sur une période indéterminée. Elles cachent leurs souffrances, leurs douleurs physiques comme psychiques comme s'il ne fallait pas raconter que donner naissance provoque des remous dans la vie d'une femme. Illana Weizman en a fait l'expérience. Après son accouchement, elle a eu cette sensation « de corps passé sous un rouleau compresseur », et a rencontré « plusieurs désagréments comme les pertes de sang, l'incontinence urinaire ou les hémorroïdes.» De tout cela, on ne lui en avait pas parlé ! Elle s'est sentie seule, délaissée, déprimée. Dans cet ouvrage, elle décrypte les origines socio-culturelles de ce post-partum si tabou dans notre société. Selon elle, « une société qui laisse les mères dans cet état d'abandon est une société qui est maltraitante envers les femmes ». En s'appuyant sur les témoignages du #MonPostPartum, elle libère la parole des femmes. Elle milite pour que les femmes soient soutenues après l'accouchement et avance des propositions politiques ; la dépression du post-partum touche près de 20% des femmes. La mère ne doit pas passer au 2nd plan après son bébé, mais doit être sur un même pied d'égalité.

Ceci est notre post-partum d'Illana Weizman aux éditions Marabout 17,90€

Comment devenir mère ?

Devenir mère ? Pas si simple. La psychiatre, psychanalyste, Monique Bydlowski nous éclaire sur cet évènement à la fois banal et extraordinaire.
Monique Bydlowski a été pionnière dans les recherches s'intéressant à la dimension inconsciente de la grossesse et à alerter le corps médical sur le nécessaire accompagnement psychologique de certaines femmes enceintes. Elle a consacré toute sa carrière à l'exploration psychique de la fertilité et de la maternité. Et c'est dans cet ouvrage « Devenir mère », fruit de 40 ans de carrière, qu'elle réunit les plus grandes thématiques : comment devient-on mère ? À quoi rêve la femme qui attend la naissance de son enfant ? Comment s'y prépare-t-elle psychiquement ? Comment expliquer le blues ou la dépression postnatale ? Que sait-on aujourd'hui des causes psychiques de l'infertilité ? Comment comprendre les dénis de grossesse ou les infanticides ? Comment faire le deuil d'un enfant à peine né ? Autant de questions auxquelles, elle apporte des éléments de réponse en puisant dans son expérience auprès des femmes qu'elle a suivies à la maternité ou accompagnées en thérapie.

Devenir mère de Monique Bydlowski, aux éditions Odile Jacob. 22,90€

Soins, corps et langage en clinique périnatale

Enrichir ses connaissances sur le bébé et son environnement est essentiel pour leur offrir des soins respectueux. C'est ce que l'ouvrage « Soins, corps et langage en clinique périnatale » vise à démontrer. Pour prendre soin des bébés il faut soigner les parents souffrant de troubles psychiques et vice-versa. Cette ambition découle de la psypérinatalité qui consiste à reconnaître que les soins corporels donnés aux bébés, chargés d'émotions, sont des soins psychiques. Ainsi, pour favoriser une relation corporelle et langagière entre les parents et l'enfant, entre les parents et les soignants et entre le bébé et les soignants, il est essentiel de promouvoir le respect dans leur corps, leur rythme... envers le bébé et ses parents. Alors, comment prodiguer des soins suffisamment « bons » ? Des experts de disciplines variées, anthropologie, pédopsychiatrie, psychologie, histoire vont alimenter la réflexion sur les pratiques des professionnels de la périnatalité.

Soins, corps et langage en clinique périnatale de Michel Dugnat, Natacha Collomb, François Poinso aux éditions Érès 28€

Retrouvez tous les événements sur
www.paroledesagesfemmes.com

À noter
DANS VOS AGENDAS !

Le 22 et 23 mars 2021 – Paris
Journée à thème du Collège National des Sages-femmes
→ **Informations & inscription** : *cnsf.asso.fr*

Le 15 et 16 avril 2021 – Marseille
13e Édition la Médecine de la Femme
→ **Informations & inscription** : *atoutcom.com*

Du 19 au 21 mai 2020 – Montpellier
49es Assises Nationales des Sages-Femmes et 32e Session Européenne et Francophone
→ **Informations & inscription** : *cerc-congres.com*

Du 16 au 19 juin 2021 – Paris
30e Salon de gynécologie obstétrique pratique
→ **Informations & inscription** : *gynecologie-pratique.com*

9-10 septembre - Marseille
11es Rencontres à deux mains
→ **Informations & inscription** : *cerc-congres.com*

capricare

Goût délicat apprécié des nourrissons

1ère formule infantile au lait de chèvre cliniquement évaluée

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

- Nutritionnellement complète.
- Issue de 30 ans de recherche.
- Bénéficie d'un profil lipidique unique grâce à la conservation des lipides laitiers de la crème du lait de chèvre.

Nouvelles formulations avec DHA*

Avis important : le lait maternel est l'aliment idéal et naturel du nourrisson car il convient le mieux à ses besoins spécifiques. En plus du lait, l'eau est la seule boisson indispensable.www.mangerbouger.fr

Capricare® peut contenir des traces de protéines de lait de vache. *De la famille des oméga-3, le DHA contribue au développement normal de l'acuité visuelle des bébés.

Ce document est strictement réservé aux professionnels de santé.

Crédit photo: Gettyimages

PediAct

Capricare® est distribué en pharmacie par le Laboratoire PediAct.

Pour plus d'informations, contactez-nous sur **info@pediact.com**, ou sur notre site **www.capricare.fr**.

La gamme pour **toute la famille**
BIO de **A** à **Z**

COSMETIQUE BIO CHARTE COSMEBIO

ECOCERT COSMOS ORGANIC

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