PAROLE DE SAGES-FEMMES

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 37 • Été 2021

LE MAGAZINE QUI VOUS DONNE LA PAROLE

LE VAPOTAGE EST-IL SANS DANGER POUR LES FEMMES ENCEINTES ?

CONSEILS DE PROS

4 QUESTIONS SUR LE SYNDROME DE PIERRE ROBIN

ÉTUDE

EMBRYONS CONGELÉS ET DON À LA RECHERCHE : QUELLE SYMBOLIQUE POUR LES PARENTS ?

À LA LOUPE

VIOLENCES EN FRANCE : TROP DE FEMMES CONCERNÉES !

RENCONTRE

AVEC AUDREY DUGUÉ
LA PIÈCE DE THÉÂTRE « PREMIER CRI » NOUS INVITE À SUIVRE QUELQUES HEURES DE LA VIE D'UNE SAGE-FEMME

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

ASSISTER À L'ACCOUCHEMENT MODIFIE-T-IL LA SEXUALITÉ DES PÈRES ?

DOSSIER

SORTIE PRÉCOCE

- **RAPPEL DES BONNES PRATIQUES**
- **POURQUOI CERTAINES FEMMES REFUSENT-ELLES LES SORTIES PRÉCOCES ?**
- **SORTIE PRÉCOCE ET ACTIVITÉ LIBÉRALE**

DES INFORMATIONS FIABLES ET DES OUTILS PRATIQUES POUR VOS PATIENTES.

Doctissimo

SANTÉ ▲ FAMILLE ▲ BIEN-ÊTRE

www.doctissimo.fr

ÉDITO

Sea, relax and sun !

En ces mois difficiles marqués par la crise sanitaire que nous affrontons depuis plus d'un an, nous espérons pouvoir passer un été plus clément.

Vacances à l'horizon pour les plus chanceux, il est temps de se centrer sur soi. Quelques minutes suffisent pour se détendre et pour ce faire, nous vous avons concocté une routine de postures de yoga, à réaliser sans modération. Exit stress et fatigue, les mères et les nouveau-nés ont besoin de sages-femmes en forme !

A l'ombre d'un parasol, vous pourrez aussi prendre connaissance des articles sur les sujets variés de ce numéro d'été : la sortie précoce en maternité, la cigarette électronique pendant la grossesse, les embryons congelés et le don à la recherche, etc. Nous remercions, d'ailleurs au passage, les sages-femmes qui ont souhaité partager leur expérience et leur savoir.

PDSF vous souhaite un bel été et une bonne lecture !

Géraldine Dahan Tarrasona

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 37

3 **Édito** Sea, relax and sun !

ACTUS

5 **Actus France** • Endométriose, PMA : Un poids de plus sur les complications mères-enfants • Le congé menstruel à l'essai à Montpellier • Le cycle menstruel et les Françaises en chiffres • Naître avant 35 SA, quelle évolution 5 ans après ? • Pré-éclampsie : La souffrance psychologique des mères • Les IVG médicamenteuses possibles en ville jusqu'à 9 SA • Sensibilisation au bon usage des médicaments • Ce qu'il faut savoir sur le congé paternité • Prolapsus génital : Quelle prise en charge ?

10 **Actus Monde** • **Nouvelle-Zélande** Un congé payé après une fausse couche : Une 1re dans le monde ! • **Inde** Elle pleure des larmes de sang à chaque cycle menstruel • **USA** La colère des parents rétrécit le cerveau des enfants - Des fils de suture qui changent de couleur en cas d'infection • **Espagne** Plus de chance d'avoir une fille pour les femmes stressées • **Monde** En chiffre : Les fausses couches

12 **À la loupe** Violences en France : Trop de femmes concernées !

14 **Rencontre** avec Audrey Dugué : La pièce de théâtre « Premier Cri » nous invite à suivre quelques heures de la vie d'une sage-femme.

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

18 **Le vapotage** est-il sans danger pour les femmes enceintes ?

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

20 **Assister à l'accouchement** modifie-t-il la sexualité des pères ?

DOSSIER SORTIE PRÉCOCE

22 **Rappel des bonnes pratiques**

26 **Pourquoi certaines femmes refusent-elles les sorties précoces ?**

28 **Sortie précoce et activité libérale**

ÉTUDE

31 **Embryons congelés et don à la recherche :** Quelle symbolique pour les parents ?

CONSEILS DE PROS

34 4 questions sur **le syndrome de Pierre Robi**n

PROFESSION SAGE-FEMME

36 **International**

39 **Dans ma bibliothèque de pro**

40 **Détente**

42 **À noter dans vos agendas**

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Rédaction

Directeur de la publication
Olivier Abecassis

Rédactrice en chef
Géraldine Dahan Tarrasona

Directrice des communautés Doctissimo
Karine Levy Heidmann

Cheffe de rubrique Doctissimo
Agathe Thine

Réalisation

Nilay Cosquer
Philippe Fernandes

Photographies
Getty Images

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

Remerciements :

Audrey Dugué, Maud-Catherine Barral, Marie Moeris, Kim Laroutis, Anh-Chi Ton, Delphine Petit, Sophie Sauvaire-Jourdan, Marianne Portmann

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 : 2021 - ISSN en cours

Imprimeur : Docside 59, rue du Fg Poissonnière 75009 PARIS

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

Le cycle menstruel et les Françaises en chiffres

D'après un sondage réalisé par *Ifop* pour *20 minutes* et la marque de culotte *Eve and co*, sur 1009 femmes âgées entre 15 à 49 ans :

- **68%** des Françaises sont favorables au congé menstruel
- **30%** des femmes souffrent ou ont souffert de précarité menstruelle, **19%** ont dû faire un choix entre acheter des protections périodiques et un autre achat de première nécessité
- **15%** révèlent avoir fabriqué leurs protections périodiques
- **81%** des femmes souhaitent le remboursement des protections hygiéniques par la Sécurité sociale

Source : 20 minutes

Le congé menstruel à l'essai à Montpellier

Une entreprise de Montpellier, la Collective, offre à ses employées la possibilité de prendre un jour de congé payé en cas de règles douloureuses. Cette disposition, mise en place depuis janvier, va être testée dans l'année. Si d'autres pays l'ont déjà adoptée, c'est une première en France, mais qui pose question à certaines associations. En effet, si un sondage *Ifop* réalisé pour *20 minutes* et *Eve &* Co, une entreprise de protections menstruelles, montrait que 68% des femmes étaient favorables au congé menstruel, des associations redoutaient que la généralisation du congé menstruel génère davantage de discriminations envers les femmes…

Source : Ladepeche.fr

Endométriose, PMA :
Un poids de plus sur les complications mères-enfants

Selon les résultats d'une étude menée par des chercheurs français, l'endométriose tient un rôle dans l'augmentation des pathologies maternelles et fœtales.

Publiée dans la revue Reproductive Biomedecine Online, une étude nationale longitudinale de l'Agence de Biomedecine a analysé 4 170 780 d'accouchements uniques entre 2013 et 2018 en France. Les chercheurs ont comparé 3 groupes. Le premier incluant des grossesses spontanées sans endométriose (4 083 732), le second, avec des grossesses spontanées avec endométriose (31 101) et le troisième avec endométriose dont les accouchements sont issus de fécondation in vitro (6934).

En comparant les conceptions spontanées avec ou sans endométriose, les résultats mettent en évidence que l'endométriose augmente le risque de thrombose veineuse (OR ajusté [aOR] 1,51, P <0,001), pré-éclampsie (aOR 1,29, P <0,001), placenta praevia (aOR 2,62, P <0,001), décollement placentaire (aOR 1,54, p <0,001), naissance prématurée (aOR 1,37, p <0,001), petit pour l'âge gestationnel (aOR 1,05, P<0,001) et les malformations (aOR 1,06, P = 0,049).

Avec la PMA, les risques sont aussi plus élevés, comparativement aux femmes avec endométriose et grossesse spontanée. En effet, la PMA majorerait le risque de placenta prævia (aOR 2,43, IC à 95% 2,10 à 2,82, P <0,001), de naissance prématurée (aOR 1,42, IC à 95% 1,29 à 1,55, P < 0,001) et de petit poids pour l'âge gestationnel (aOR 1,18, IC à 95% 1,10 à 1,27, p <0,001), indépendamment de l'effet de l'endométriose.

Par contre, le risque de pré-éclampsie, de décollement placentaire ou de malformations congénitales n'a pas augmenté avec la PMA.

Des résultats importants à prendre en compte pour accorder une vigilance particulière aux femmes enceintes avec endométriose, que la grossesse soit spontanée ou induite par PMA.

Référence : Endometriosis and assisted reproductive techniques independently related to mother-child morbidities: a French longitudinal national study. Reprod Biomed Online. 2020 Dec 28:S1472-6483(20)30633-7

Ce qu'il faut savoir sur le congé paternité

Paru au Journal Officiel le 12 mai 2021, un décret précise les modalités du congé paternité qui a été étendu à 28 jours depuis le 1er juillet 2021.

Pour soutenir sa compagne et s'occuper de sa progéniture – en accord avec la commission des 1000 jours -, le 2e parent dispose du double de jours qui lui étaient accordés précédemment. Sur ces 28 jours (3 jours de congé de naissance pris en charge par l'employeur et 25 jours de congé paternité indemnisés par la sécurité sociale), 7 jours (soit 3 jours + 4 jours de congé paternité) devront obligatoirement être pris à la naissance de l'enfant. À cette mesure, s'ajoute une autre nouveauté. Le parent pourra fractionner les jours en 2 fois (5 jours minimum) jusqu'au 6e mois de l'enfant et non plus jusqu'au 4e mois.

En cas de naissances multiples, le congé s'étend à 35 jours (3 jours de congé de naissance et 32 jours de congé de paternité) fractionnables jusqu'à 3 fois.

Source : Décret n° 2021-574 du 10 mai 2021 relatif à l'allongement et à l'obligation de prise d'une partie du congé de paternité et d'accueil de l'enfant - JORF n°0110 du 12 mai 2021 Texte n° 23 - legifrance.gouv.fr

Les IVG médicamenteuses possibles en ville jusqu'à 9 SA

La HAS a réactualisé ses recommandations sur l'IVG médicamenteuse en ville. Désormais, les femmes peuvent la demander jusqu'à 9 SA. En avril 2020, pour limiter les conséquences du confinement, les femmes pouvaient demander une IVG médicamenteuse en ville jusqu'à 9 SA au lieu de 7 SA. Comme l'a annoncé la HAS dans un communiqué de presse, ce délai est pérennisé. Cette modification de stratégie vise à faciliter l'accès des femmes aux soins, à réduire le délai d'attente de l'IVG mais aussi à désengorger les établissements de santé pour qu'ils puissent se concentrer sur les IVG chirurgicales.
Pour la HAS, « l'accès à l'IVG doit être simple et rapide : chaque femme doit obtenir un rendez-vous dans les 5 jours suivant son appel » avec un médecin ou une sage-femme.

Source : has-sante.fr

Sensibilisation au bon usage des médicaments

Seules 3 femmes sur 10 se disent suffisamment informées sur les risques des médicaments pendant la grossesse. C'est bien trop peu ! Alors pour toucher un maximum de personnes, tant auprès du grand public que des professionnels de santé, l'ANSM a lancé une campagne de prévention et d'information intitulée : « Enceinte, les médicaments c'est pas n'importe comment ! ». Il est temps de s'emparer de ce sujet : 36% des femmes qui attendent leur 1er enfant et 48% de celles qui attendent leur 2e enfant ou plus ont déjà pratiqué l'automédication. Et ce sont 800 à 1200 naissances qui sont concernées par des malformations liées à la prise de médicaments chaque année (sur 12 000 malformations en France). Pour promouvoir cette campagne de prévention, l'ANSM diffuse des vidéos sur les réseaux sociaux et communique des messages essentiels : Préparer sa grossesse avec son médecin ou sa sage-femme, ne pas faire d'automédication, ne pas arrêter seule son traitement, informer tous les professionnels de santé concernés.

Plus d'infos sur : medicamentsetgrossesse.fr

Pré-éclampsie : La souffrance psychologique des mères

Souffrir d'une pré-éclampsie et de ses éventuelles complications peut plonger les mères dans une grande souffrance psychologique. C'est ce que mettent en lumière les chiffres d'une enquête réalisée par l'association Santé Grossesse auprès de 1000 femmes.

Peur, angoisse, culpabilité sont les sentiments qu'éprouvent les mères après avoir vécu une pré-éclampsie, avec respectivement, 81%, 85% et 78%. Ces mères sont plus susceptibles de développer une dépression du post-partum puisque, selon les chiffres, 49% expriment une tristesse et un repli sur soi, 25% se sentent incapables de s'occuper de leur bébé et 10% ont des idées suicidaires. Mais alors, comment ces mères se font-elles aider pour aller de l'avant ? Pour 61% d'entre elles, c'est par la lecture de témoignages d'autres mères : 26% par l'écriture et le partage de leur histoire, 26% également par le soutien d'un professionnel de la psychologie et 27% déclarent se faire aider par d'autres mamans sur les réseaux sociaux.

En ce qui concerne l'écoute des professionnels médicaux, 35% des femmes l'estiment insuffisante. Cette enquête a le mérite de sensibiliser les professionnels : la pré-éclampsie peut être potentiellement grave alors la prise en charge médicale est importante, mais ne négligeons pas l'accompagnement psychologique.

Source : Association Santé Grossesse contre la pré-éclampsie – Impact psychologique après une prééclampsie/éclampsie 2021. Grossesse-sante.org

Naître avant 35 SA, quelle évolution 5 ans après ?

Selon les résultats de l'étude EPIPAGE-2 publiée dans le BMJ, les enfants nés prématurément sont à hauts risques de troubles neuro-développementaux quel que soit l'âge gestationnel, et ce, d'autant plus lorsque le niveau socio-économique familial est bas. Ces troubles décroissent toutefois quand le terme s'allonge. L'étude de cohorte française EPIPAGE-2 constituée en 2011 nous apprend que les taux de déficiences neuro-développementales sévères à modérées s'élèvent à 28%, les incapacités légères à 38,5%. Une aide à l'école a été utilisée par 27% des enfants nés entre 24 et 26 SA, 14% pour ceux nés entre 27 et 31 SA et 7% entre 32 et 34 SA. Parallèlement, 30 à 40% des enfants présentant un déficit grave ou modéré n'ont pas bénéficié de suivi par une équipe multidisciplinaire (ergothérapeute, orthophoniste, psychologue...)

Si les progrès médicaux ont permis une meilleure prise en charge et survie des nouveau-nés prématurés, il est essentiel d'être attentif à l'évolution sur le plus long terme des enfants nés avant 35 SA, tout comme aux difficultés rencontrées par les parents et particulièrement lorsqu'ils présentent un bas niveau socio-économique.

Source : Neurodevelopmental outcomes at age 5 among children born preterm: EPIPAGE-2 cohort study -BMJ 2021; 373

Prolapsus génital : quelle prise en charge ?

Avec la restriction de l'utilisation des implants pelviens, en France, quelles options thérapeutiques proposer aux femmes souffrant de prolapsus ? La HAS a dernièrement émis des recommandations de bonnes pratiques pour aider les professionnels de santé à proposer la prise en charge la plus adaptée à la patiente. Pessaire, règles hygiéno-diététiques, rééducation périnéale d'un côté, et de l'autre, la chirurgie. Quelle que soit la méthode, la HAS met un point d'honneur à l'information délivrée à la patiente et une décision médicale partagée avec la patiente.

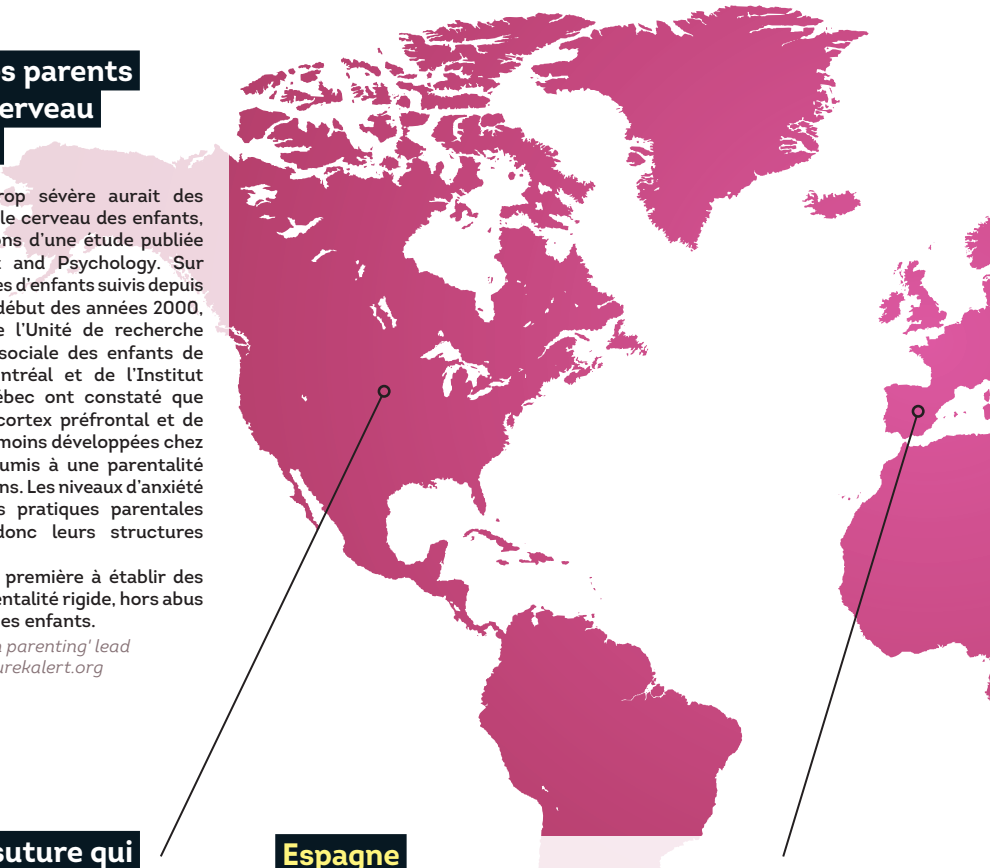
Source : Prolapsus génital de la femme : comment améliorer sa prise en charge ?

COMMUNIQUÉ DE PRESSE - Mis en ligne le 09 juin 2021 -has-sante.fr

USA
La colère des parents rétrécit le cerveau des enfants

Une parentalité trop sévère aurait des effets négatifs sur le cerveau des enfants, selon les conclusions d'une étude publiée dans Development and Psychology. Sur l'analyse des données d'enfants suivis depuis leur naissance, au début des années 2000, des chercheurs de l'Unité de recherche sur l'inadaptation sociale des enfants de l'Université de Montréal et de l'Institut statistique du Québec ont constaté que les structures du cortex préfrontal et de l'amygdale étaient moins développées chez les adolescents soumis à une parentalité sévère entre 2 et 9 ans. Les niveaux d'anxiété des enfants et les pratiques parentales bouleverseraient donc leurs structures cérébrales.
Cette étude est la première à établir des liens entre une parentalité rigide, hors abus graves, et anxiété des enfants.

Source : Does 'harsh parenting' lead to smaller brains? Eurekalert.org



Des fils de suture qui changent de couleur en cas d'infection

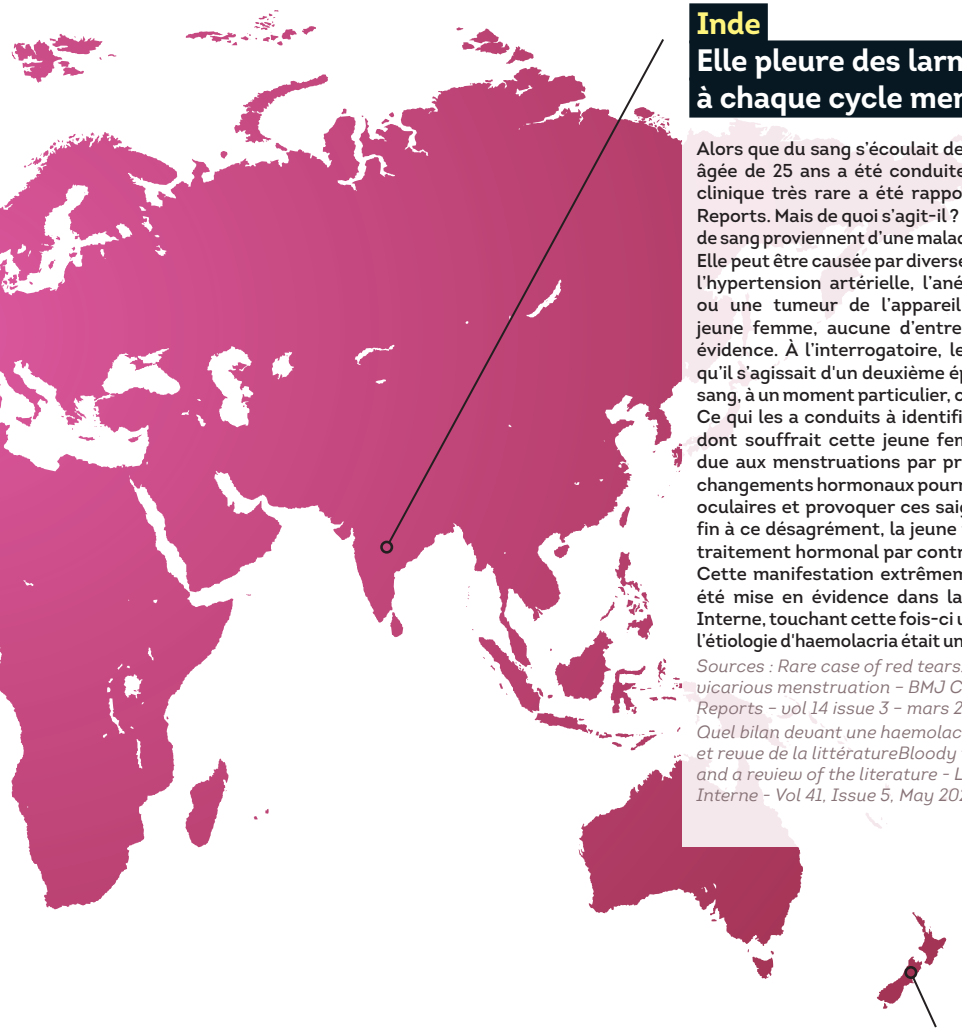
Sensibilisée au fait que 20% des femmes césarisées en Afrique développent une infection, une étudiante, âgée de 17 ans, de l'Iowa City West High School, aux États-Unis, a mis au point des fils de suture très spéciaux. En effet, ils changent de couleur en cas d'infection ! Pour cette invention, elle a utilisé du jus de betterave pour teindre les fils de suture. C'est en fonction du pH de la plaie que les fils passent du rouge vif au violet, indiquant au patient une infection (pH à 9). Autres points positifs, ils sont : solides, non irritants et abordables. Reste que l'étudiante, Dasia Taylor a réalisé une véritable prouesse médicale qui lui a permis de gagner de nombreux prix et de contribuer à la lutte des disparités médicales.

Source : dailygeekshow.com

Espagne
Plus de chance d'avoir une fille pour les femmes stressées

Des chercheurs de l'université de Grenade suggèrent dans un travail, paru dans le Journal of developmental origins of health and disease, que l'état de stress d'une femme en période de conception influe sur le sexe de l'enfant. En effet, une femme stressée donnerait plus souvent naissance à une fille. En mesurant le taux de cortisol de 108 femmes au 1er trimestre et en évaluant leur stress psychologique, les scientifiques ont constaté que la concentration de l'hormone était plus élevée si le bébé était une fille (164,36: 54,45-284,87 pg / mg) que s'il s'agissait d'un garçon (101,13: 37,95-193,56 pg / mg) En soi, de plus grandes chances de donner naissance à une fille ne constituent pas un problème. Par contre, comme alerte une des autrices de l'étude, le stress maternel pendant la grossesse peut entraîner une dépression du post-partum et nuire au développement du fœtus.

Source : Hair cortisol levels in pregnancy as a possible determinant of fetal sex: a longitudinal study – Journal of Developmental Origins of Health and Disease - First View , pp. 1 – 6



Inde
Elle pleure des larmes de sang à chaque cycle menstruel

Alors que du sang s'écoulait de ses yeux, une Indienne âgée de 25 ans a été conduite aux urgences. Ce cas clinique très rare a été rapporté dans la revue BMJ Reports. Mais de quoi s'agit-il ? Ces larmes composées de sang proviennent d'une maladie appelée Haemolacria. Elle peut être causée par diverses pathologies telles que l'hypertension artérielle, l'anémie, une inflammation ou une tumeur de l'appareil lacrymal. Pour cette jeune femme, aucune d'entre elles n'a été mise en évidence. À l'interrogatoire, les médecins ont appris qu'il s'agissait d'un deuxième épisode d'écoulement de sang, à un moment particulier, celui du cycle menstruel. Ce qui les a conduits à identifier plus précisément ce dont souffrait cette jeune femme : une haemolacria due aux menstruations par procuration oculaire. Les changements hormonaux pourraient affecter les tissus oculaires et provoquer ces saignements. Pour mettre fin à ce désagrément, la jeune femme a bénéficié d'un traitement hormonal par contraceptifs oraux.
Cette manifestation extrêmement rare a récemment été mise en évidence dans la revue de la Médecine Interne, touchant cette fois-ci un garçon de 14 ans dont l'étiologie d'haemolacria était une carence en vitamine C.

Sources : Rare case of red tears: ocular vicarious menstruation – BMJ Case Reports – vol 14 issue 3 – mars 2021
Quel bilan devant une haemolacria ? À propos d'un cas et revue de la littératureBloody tears: About a case and a review of the literature - La Revue de Médecine Interne - Vol 41, Issue 5, May 2020, Pages 339-342

Monde
En chiffre : Les fausses couches

- **23 millions de fausses couches se produisent dans le monde chaque année, soit 15% du total des grossesses**
- **Cela représente 44 grossesses perdues chaque minute**
- **10% des femmes ont fait une fausse couche**

Source : Miscarriage : worldwide reform of care is needed – Editorial, vol 397, issue 10285

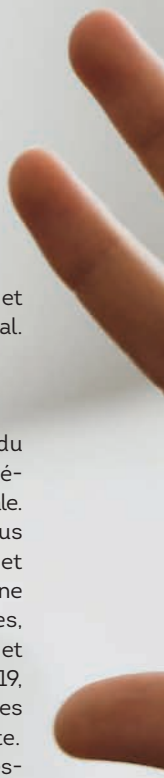
Nouvelle-Zélande
Un congé payé après une fausse couche : Une 1re dans le monde !

Le 24 mars dernier, le Parlement néo-zélandais a adopté un congé payé après une fausse couche. Ainsi, les femmes comme leurs conjoints pourront bénéficier de trois jours de congé. Pionnier pour les droits des femmes, en étant le 1er pays à accorder le droit de vote à celles-ci. La Nouvelle-Zélande ne compte pas s'arrêter là !

Source : Lemonde.fr

VIOLENCES EN FRANCE : TROP DE FEMMES CONCERNÉES !

Les résultats sont sans appel : les violences faites aux femmes, en France, font partie de la société. Une étude du CHU et de l'université de Lille dresse le bilan des violences qu'elles soient verbales, physiques ou bien sexuelles.



« Les résultats de l'étude mettent en lumière plus de dépressions chez les victimes de violences et une plus grande consommation de toxiques. »

Des taux de violences qui font froid dans le dos

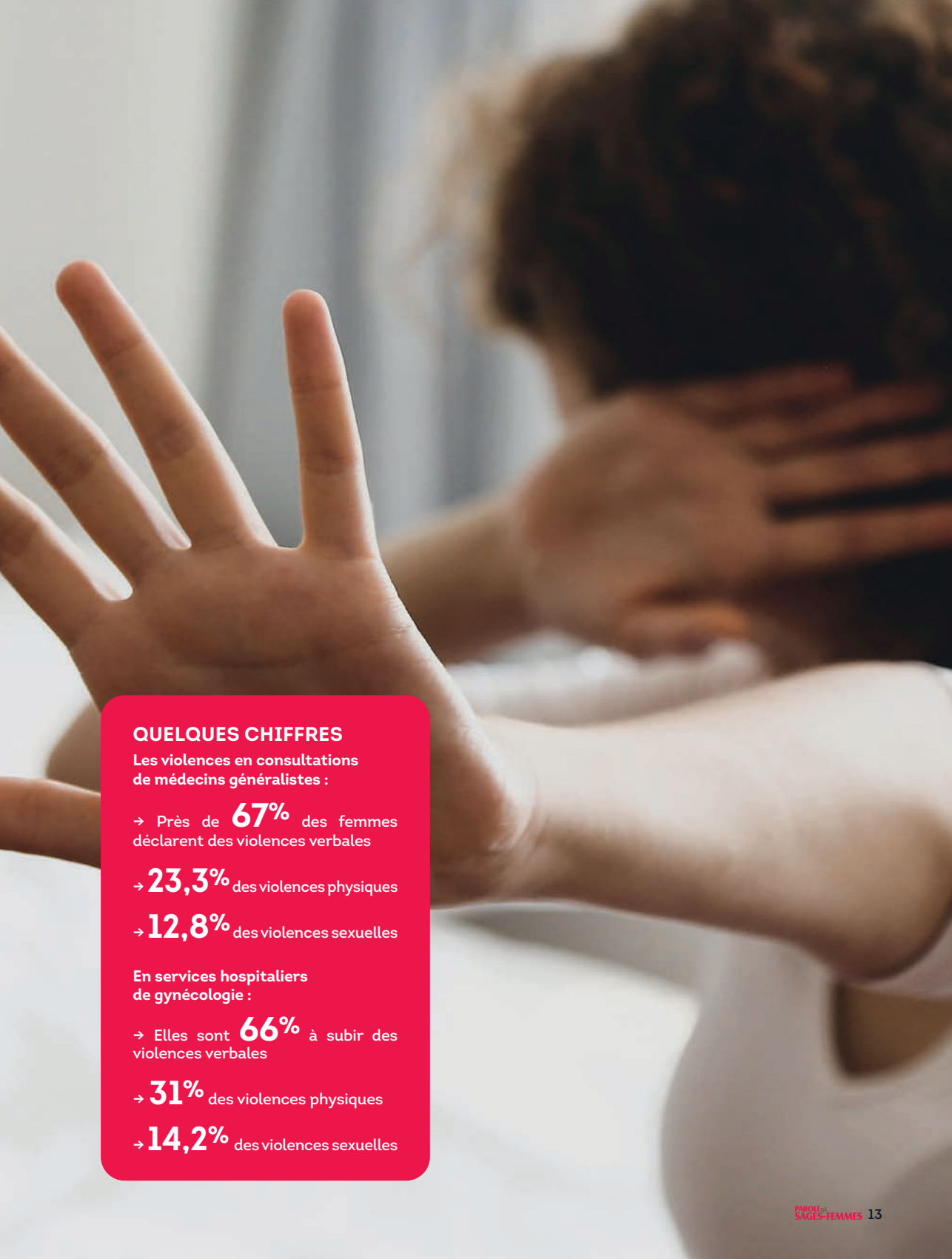
Les femmes se confient peu ou pas aux professionnels de santé au sujet des violences qu'elles subissent. Elles sont aussi peu nombreuses à déposer plainte, tout comme à s'adresser à des associations d'aide aux victimes. C'est ce que révèle une étude épidémiologique, transversale, descriptive, menée pendant 8 mois, dans la région des Hauts-de-France, en milieu carcéral,dans les cabinets de médecins généralistes et à l'hôpital, dans les services de gynécologie.

Pourtant cette étude met en lumière des chiffres troublants. Sur les 251 femmes majeures incluses (hors femmes enceintes consultant pour leur suivi de grossesse), **73,7%** subissent des violences verbales, **40,8%** sont concernées par des violences physiques et **23,9%** par des violences sexuelles. En analysant plus spécifiquement chaque secteur, les violences sexuelles peuvent atteindre **96,6%** et les violences physiques **84,7%**, en milieu carcéral.

Des femmes vulnérables, une santé plus fragile

Ces violences, provenant le plus souvent du conjoint ou de l'ex-compagnon, ont des conséquences délétères sur la santé physique et mentale. Les résultats de l'étude mettent en lumière plus de dépressions chez les victimes de violences et une plus grande consommation de toxiques. Ils ne font que confirmer ceux d'études précédentes, dont celles de l'OMS ou bien le rapport Henrion, et appuient les recommandations de la HAS de 2019, à savoir pratiquer le dépistage systématique des violences, même en l'absence de signe d'alerte. Ces femmes, avec une mauvaise estime d'elles-mêmes et dans la culpabilité, sont moins enclines à raconter spontanément ce qu'elles endurent. Les professionnels doivent donc oser tendre leur main (ou plutôt leurs oreilles) pour aider ces femmes à sortir de leur spirale infernale.

Sources : Violences verbales, physiques et sexuelles faites aux femmes : étude en consultation de gynécologie en milieu hospitalier, dans des cabinets de médecine générale et en milieu carcéral dans la région Hauts-de-FranceVerbal, physical and sexual violence against women: Study in gynecology consultation in hospitals, general practices and prisons in the Hauts-de-France region – Sexologies – Février 2021
La violence à l'encontre des femmes - who.int/fr



QUELQUES CHIFFRES

Les violences en consultations de médecins généralistes :

→ Près de **67%** des femmes déclarent des violences verbales

→ **23,3%** des violences physiques

→ **12,8%** des violences sexuelles

En services hospitaliers de gynécologie :

→ Elles sont **66%** à subir des violences verbales

→ **31%** des violences physiques

→ **14,2%** des violences sexuelles

LA PIÈCE DE THÉÂTRE « PREMIER CRI » NOUS INVITE À SUIVRE QUELQUES HEURES DE LA VIE D'UNE SAGE-FEMME

Sage-femme pendant cinq ans, Audrey Dugué poursuit son engagement pour que la bienveillance et la « réhumanisation » regagnent l'univers hospitalier et utilise la comédie pour faire passer son message.

© D.R

Par **Audrey Dugué**,
sage-femme et comédienne

Parole de Sages-Femmes : **Pouvez-vous parler de votre parcours professionnel ? Pourquoi s'orienter vers sage-femme ?**

Audrey Dugué : Mon choix s'est porté relativement tard sur le métier de sage-femme. En terminale, ayant renoncé à mon désir de devenir comédienne, j'ai choisi de m'inscrire à la faculté de médecine. Je ne connaissais pas le métier de sage-femme à ce moment-là, je n'y avais jamais songé. Ma sœur a accouché au moment où j'entrais à l'université de médecine, et j'ai découvert qu'il y avait à l'issue du concours, la possibilité d'intégrer l'école de sage-femme. Je me suis dit que c'était une belle alternative au monde du théâtre. Mais dans un coin de ma tête, il y avait toujours ce rêve, un jour peut-être, d'être comédienne.

PDSF : **Pourquoi avoir arrêté d'exercer ? Comment le théâtre est arrivé dans votre vie**

AD : Dans ma famille, nous n'allions pas au théâtre. À des concerts, des festivals de musique, oui. Mais le monde du théâtre m'était complètement étranger. Pourtant, sans jamais y être allée, j'en éprouvais une attirance très forte. La première fois que je suis allée au théâtre, j'avais 15 ans. J'y étais allée seule, n'ayant trouvé personne assez intéressé, pour m'y accompagner. Et ça a été une révélation ! Je me souviens avoir été subjuguée du début à la fin, bouleversée, en larmes. J'ai su que c'était le métier que je voulais faire : comédienne. Sauf que ce n'était pas un choix qui semblait raisonnable, et que je

« C'est l'histoire de sa découverte de l'univers hospitalier et de ses rêves qui s'étiolent face à la violence de la réalité à laquelle elle n'était pas tout à fait préparée. »

me suis heurtée à ces paroles « il faut distinguer les métiers des passions ». Ramené à un manque de maturité, ce désir un peu inavouable un peu honteux est resté secret.
J'ai attendu la fin des études de sage-femme, pour passer les auditions des concours et intégrer les conservatoires. Puis j'ai attendu la fin de ma formation de comédienne pour arrêter le métier de sage-femme, que j'ai exercé pendant cinq ans. Je ne regrette pas une seconde d'avoir exercé le métier de sage-femme. Au fond, je remercie infiniment ceux qui m'ont découragée de faire du théâtre. Parce que je l'ai vraiment beaucoup aimé ce métier.

PDSF : **Vous avez écrit une pièce de théâtre, de quoi parle-t-elle ?**

AD : C'est une plongée dans l'univers obstétrical. La pièce de théâtre « Premier Cri » nous invite à suivre quelques heures de la vie d'une sage-femme. De naissance en urgence vitale, elle nous dévoile son quotidien en salle de naissance. Elle nous laisse entrer dans l'intimité du soin. Elle partage ses souvenirs, dévoile ses fantasmes et ses peurs, nous offre ses confidences. C'est aussi depuis les méandres de sa pensée que le spectateur est témoin de ce qui se déroule au cœur de l'hôpital.
C'est l'histoire de sa découverte de l'univers hospitalier et de ses rêves qui s'étiolent face à la violence de la réalité à laquelle elle n'était pas tout à fait préparée. Elle fait entendre la parole d'une mise au monde difficile, d'une course permanente contre le temps et la mort, d'une incompréhension qui parfois sépare les soignants des soignés, d'une déshumanisation, des atteintes réciproques à la dignité, mais parle aussi de cette douceur et de cette bienveillance essentielles à l'Être, des liens précieux à tisser, si brefs soient-ils,

et d'une "réhumanisation" possible et nécessaire des relations à l'Autre.
Au-delà de ce que cela raconte de l'univers médical, l'hôpital est un miroir éloquent et fascinant de notre société.

PDSF : Que souhaitez-vous transmettre à travers ce projet ?

AD : Ce projet est né d'un désir, d'une nécessité profonde de dire, comme un débordement.
L'hôpital s'invitait souvent par bribes dans les conversations quand j'exerçais, puis prise dans un autre quotidien que celui de l'hôpital, les histoires se sont diluées au fil du temps. J'avais des projets en tant que comédienne, je trouvais un épanouissement dans un autre univers et je ne me suis plus préoccupée de mon passé de sage-femme. Et puis ce passé à l'hôpital a ressurgi, un matin, et c'est devenu une nécessité de le raconter, le mettre en mots, en corps, en mouvement, le faire renaître.
Je crois qu'en me lançant dans le travail, je ne savais pas exactement où cela irait. Je me suis laissé cette liberté-là, qui est de ne pas anticiper ni présumer, mais laisser les choses et les sens se révéler dans l'écriture.
J'ai entrepris un travail de remémoration, j'ai souhaité écrire au plus près des évènements passés, dire l'intime du mieux que j'ai pu, au plus proche de la vérité qui est la mienne, prendre soin de la réalité, afin de ne pas trahir, et la professionnelle que j'étais et ceux que j'ai côtoyés. Afin d'avoir suffisamment de matériaux

« Au-delà de ce que cela raconte de l'univers médical, l'hôpital est un miroir éloquent et fascinant de notre société. »

pour le mettre ensuite en action et le transposer dans une démarche théâtrale. Le livrer sur scène dans toute son organicité, pouvoir le faire sentir, révéler le caché, lever le voile sur ce que l'on croit connaître de la venue au monde et qui n'est pas tout à fait la réalité.
Finalement, je parle des relations humaines, de notre société, et du travail. Même s'il s'agit de l'univers hospitalier, je crois que cela reflète le monde du travail en général, et peut faire écho, même à quelqu'un ignorant tout du fonctionnement de l'hôpital - je pense notamment à cette course effrénée contre le temps et cette optimisation des tâches-.
Ma volonté première n'était pas d'en faire une fable politique, en tout cas, au sens militant, mais le théâtre est politique, et en dévoilant l'intime, la fable que je souhaitais sociale est de fait involontairement éminemment politique.
C'est aussi la richesse et la difficulté de ce métier que j'ai envie de partager, et toutes les questions que cela pose dans notre rapport au monde et à l'Autre.

PDSF : Quels sont vos souhaits ?

AD : D'exulter ? Désir peut-être d'autant plus fort qu'il y a - j'ai ce sentiment en tout cas -, une forme de silence, d'abnégation, d'acceptation de leurs conditions de travail chez les sages-femmes, et cela sans jugement aucun ; notre formation, notre volonté première étant d'accompagner, de faire au mieux pour un couple, de servir au sens d'aider, de manière noble, et non pas "servitude", la notion du mieux étant soumise à des conditions loin d'être optimales ; faut-il y avoir une forme d'acceptation ? Dévoiler ce que les gens croient connaître de la venue au monde. Faire venir le respect, une certaine reconnaissance. Et aussi, bien sûr, faire vivre ce projet, le vendre à des programmateurs pour que ce projet puisse aller à la rencontre du public en participant au festival d'Avignon.

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

LE VAPOTAGE EST-IL SANS DANGER POUR LES FEMMES ENCEINTES ?

La grossesse représente une opportunité pour arrêter de fumer. Pour y parvenir, les femmes ont besoin d'un accompagnement solide et personnalisé. Alors que la cigarette électronique fait de plus en plus parler d'elle, a-t-elle sa place dans l'aide au sevrage tabagique des femmes enceintes ?

La cigarette électronique, une aide probable au sevrage

Les cigarettes électroniques ont fait leurs débuts en France en 2010. Leur but ? Proposer une alternative plus « saine » aux fumeurs pour se débarrasser de la cigarette classique. Si elles ont rencontré un vif succès depuis leur mise sur le marché, elles connaissent aussi la controverse. Entre nocivité et aide au sevrage, les avis divergent, et des chercheurs ont en fait leur sujet d'étude.

Selon la revue Cochrane, publiée en 2020, les résultats, avec des preuves qualifiées de « modérées », montraient que la cigarette électronique à la nicotine aidait plus de personnes à arrêter de fumer que les thérapies de remplacement de la nicotine ou des cigarettes électroniques sans nicotine. Du côté des sociétés savantes (Société francophone de tabacologie et Société de pneumologie de langue française), la cigarette électronique serait « probablement une aide efficace pour arrêter de fumer » - 700 000 fumeurs ont arrêté de fumer en 7 ans avec la cigarette électronique seule ou bien associée à d'autres aides –, mais « elle doit dans ce cas être utilisée de façon transitoire, en l'absence de données précises sur ses effets à long terme ».

On ne connaît pas ses effets à long terme sur la santé

L'ANSES se charge en France d'assurer le contrôle des liquides pour les cigarettes électroniques et jusque-là, aucun d'entre eux ne pose de problèmes sanitaires. Il manque toutefois des études sur les conséquences cliniques et épidémiologiques à plus long terme des cigarettes électroniques. Partant de là, il est impossible d'affirmer que le dispositif

est sûr pour les femmes enceintes et les fœtus. Selon des chercheurs du Sud Dakota ayant mené une étude sur 457 femmes enceintes utilisatrices de cigarettes électroniques, l'impact de la vape est moindre – sur la croissance fœtale au 3e trimestre de grossesse - « que la cigarette traditionnelle, mais plus que l'abstinence ». La position du CNGOF dans ses recommandations de 2020 est plutôt ferme et préconise « d'appliquer le principe de précaution ». Selon accord professionnel, « il est recommandé de déconseiller l'initiation ou la poursuite des produits de vapotage pendant la grossesse et de dispenser les mêmes conseils de sevrage que pour le tabagisme ».

Alors que dire aux femmes enceintes sur le vapotage ?

Avec **Maud-Catherine Barral**,
sage-femme tabacologue à Lyon

L'utilisation de la cigarette électronique pendant la grossesse reste une question sans réponse franche. En l'état actuel des connaissances, il convient de respecter le principe de précaution. Il est recommandé de déconseiller l'initiation ou la poursuite des produits de vapotage pendant la grossesse (accord professionnel). Aussi, il est recommandé de dispenser les mêmes conseils de sevrage que pour le tabagisme (accord professionnel) chez les utilisatrices de produits de vapotage (CNGOF).

Par contre, dans la pratique un certain nombre de patientes tombent enceintes alors qu'elles sont vapoteuses, pour celles-ci un accompagnement vers le sevrage de la cigarette électronique est conseillé. Lors de la consultation, nous évaluerons la consommation de nicotine journalière pour la remplacer par des substituts nicotiniques transdermiques et/ou oraux ainsi que la dépendance comportementale pour la remplacer par un autre plaisir, afin que la patiente ne soit pas en frustration. Il serait contre-productif de déconseiller une cigarette électronique sous prétexte de précaution sans proposer un accompagnement spécifique au risque d'une rechute tabagique (sûrement plus toxique) .

La question est plus délicate quand la patiente qui souhaite arrêter de fumer demande si elle peut utiliser une cigarette électronique. Pour ma part, je ne conseille pas son utilisation en première intention, mais si après l'introduction de substitut nicotinique et un suivi rapproché, le taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré est toujours très élevé (>10 ppm) et que la patiente souhaite essayer la cigarette électronique, je l'informe de son absence de validation médicale, mais aussi de son intérêt dans la réduction des risques s' il y a arrêt complet du tabac fumé. Il faut s'adapter à ce que les patientes veulent ou peuvent faire dans leur sevrage ; la réduction des risques peut être la seule alternative envisageable pour cette grossesse et pour la femme à ce moment-là. Mais nous gardons toujours comme objectif l'arrêt complet, quitte à passer par différentes étapes (patch, réduction de consommation et parfois la cigarette électronique...).

En pratique, ce que l'on peut conseiller aux femmes enceintes, c'est de prendre rendez-vous avec une sage-femme tabacologue qui saura au mieux répondre à leurs questions et les accompagner dans leur démarche, quelle qu'elle soit, arrêt ou réduction.

Références : Rapport d'experts et Recommandations - Prise en charge du tabagisme en cours de grossesse - Elaborés par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) et la Société francophone de tabacologie (SFT), avec le soutien financier de Santé publique France - 2020
Informations sur la cigarette électronique utilisée dans un objectif d'aide au seurage tabagique – Société Francophone de Tabacologie – 2019
Lettre de la Société Francophone de Tabacologie n°114 – octobre 2020
Electronic cigarettes for smoking cessation- Cochrane Library - 2020

ASSISTER À L'ACCOUCHEMENT MODIFIE-T-IL LA SEXUALITÉ DES PÈRES ?

De nos jours, la plupart des pères assistent à l'accouchement. Il s'agit même d'une norme sociétale. Mais leur présence à cet heureux évènement est-il sans conséquence sur leur sexualité future ? Marie Moeris a mené une étude observationnelle descriptive*, dans laquelle elle a analysé l'impact sur la sexualité future des pères présents en salle d'accouchement, à la maternité et trois mois après la naissance.

Par **Marie Moeris,**
sage-femme à Melun

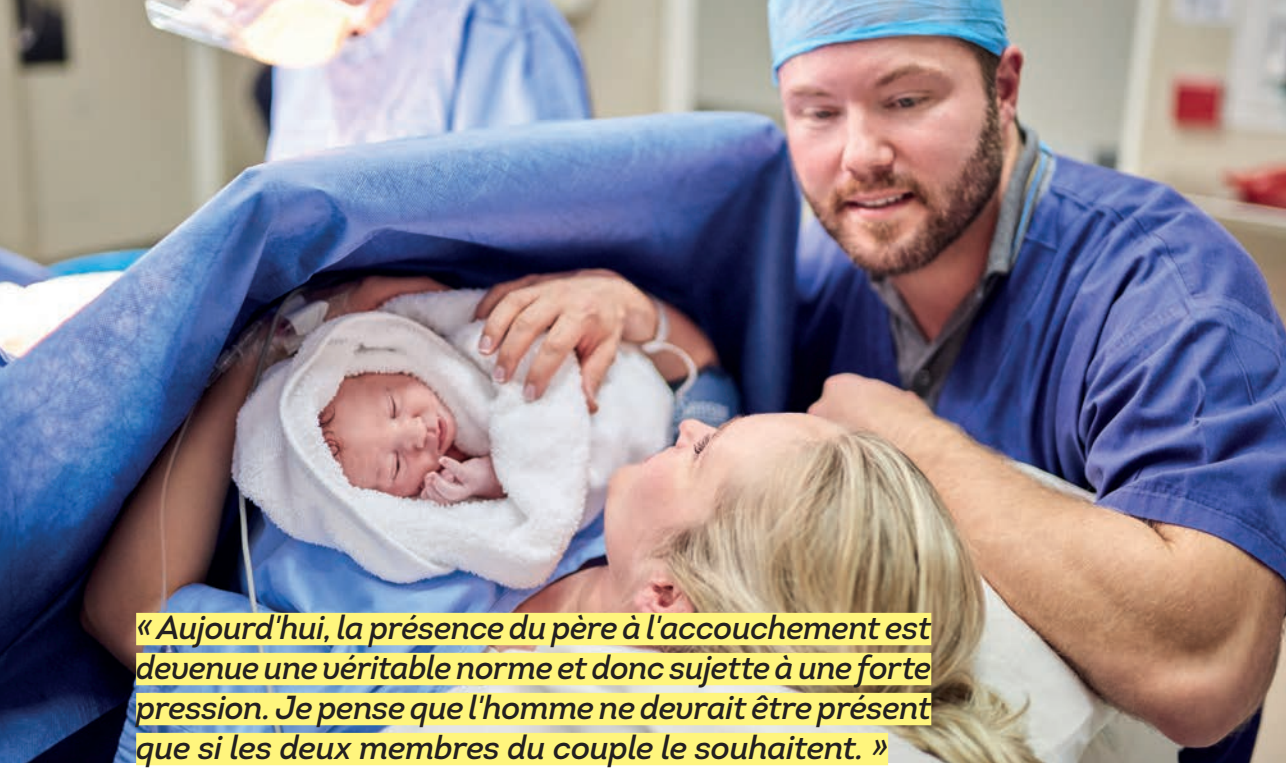
Comment se sentent les hommes en salle d'accouchement ?

Il est reconnu que des enjeux complexes se jouent à l'accouchement pour l'homme dans la dualité de ses positions de futur père et de partenaire sexuel. Les questionnaires des 45 hommes inclus dans mon étude confirment que leurs émotions ressenties en salle de naissance sont très variées, parmi elles : le bonheur, la fierté, l'utilité, l'empathie, la curiosité, la sérénité, mais aussi l'impuissance, le stress, la culpabilité, la gêne... La plupart d'entre eux sont convaincus d'avoir aidé leur compagne par leur présence. Pour autant, certains hommes ont très mal vécu la souffrance de leur femme et 11% en sont véritablement choqués.

Quels sont les évènements en salle d'accouchement qui peuvent impacter la sexualité ultérieure des hommes ?

Il est difficile de répondre précisément à cette question, car les facteurs interagissant avec la sexualité des hommes autour de la naissance ne se résument pas à leur vécu en salle de naissance. Nombreux sont les facteurs qui influencent la reprise de la sexualité. Dans mon mémoire, l'impact était plutôt rare, car seul un homme sur 10 considérait sa présence à l'accouchement comme un de ces facteurs. Pour ces cinq pères, l'impact était positif dans 40% des cas et négatif dans 60%. Au lendemain de l'accouchement, un tiers des pères ont répondu qu'ils étaient choqués à cause d'au moins un élément tel que : les douleurs de leur femme, leurs cris, la rapidité du travail, la rupture de la poche des eaux, la présence d'un circulaire, les saignements, la vue du placenta, la délivrance artificielle... Trois mois après, seul un homme présentait des difficultés à gérer l'image du sexe déchiré de sa conjointe. Aussi, ce n'est pas parce qu'un homme est perturbé à court terme qu'il le sera également sur le moyen, voire le long terme. Et inversement.

Enfin, pour près d'un tiers, leur présence a modifié leur relation de couple. La majorité a trouvé que leur couple avait gagné en complicité tandis que 8% ont ressenti un blocage qu'ils décrivaient globalement comme un changement d'état d'esprit comparé à avant la grossesse. Mais encore une fois, les facteurs sont multiples ce qui rend difficile l'établissement de généralités.



« Aujourd'hui, la présence du père à l'accouchement est devenue une véritable norme et donc sujette à une forte pression. Je pense que l'homme ne devrait être présent que si les deux membres du couple le souhaitent. »

Comment les aider à mieux appréhender les émotions pour leur sexualité future ?

Des progrès sont à faire pour améliorer le vécu des hommes autour de la naissance. Il devrait ainsi être consacré un temps d'écoute et d'échange pour ceux qui en ressentent le besoin. La sage-femme doit pouvoir aborder la sexualité, qui ne doit plus être taboue, lorsque le conjoint est présent en consultation ou en préparation à la naissance. Quand la situation le permet en salle de naissance, elle doit échanger avec lui pour comprendre ses attentes et ses éventuelles craintes. Le but est d'éviter un impact négatif de la salle d'accouchement sur sa propre expérience et ainsi sur son couple et sa sexualité. Renforcer leur implication leur permettrait également un vécu plus positif. Le dialogue pourrait s'étendre après la naissance, pour revenir sur des événements qui ont été mal vécus, au sein par exemple d'un groupe de parole réservé aux hommes.

Assister à l'accouchement : pour ou contre ?

Aujourd'hui, la présence du père à l'accouchement est devenue une véritable norme et donc sujette à une forte pression. Je pense que l'homme ne devrait être présent que si les deux membres du couple le souhaitent. Dans ce cas, je suis tout à fait pour que le futur père puisse accompagner sa conjointe en salle de naissance, en comprenant pleinement les enjeux et en y étant préparé.

Dans mon mémoire, les hommes avaient l'air au clair avec ce à quoi ils voulaient ou non assister. Ils semblaient s'être projetés et avoir déjà réfléchi à la question avant d'entrer en salle d'accouchement. En effet, certains hommes étaient curieux et prêts à voir tout ce qu'il était possible de voir et le jour J, ils étaient a priori capables de faire la part des choses entre le sexe qui enfante et le sexe érotique. Les autres se mettaient eux-mêmes des barrières pour se préserver.

De surcroît, c'est à nous de nous adapter en tant que sages-femmes pour pouvoir protéger les hommes qui ne sont pas désireux de « tout » voir, mais aussi pour pouvoir, à mon sens, laisser le conjoint observer ce qu'il a envie de regarder, au risque de le laisser frustré, comme ça a été le cas pour un homme dans mon étude.

** Présence du père à l'accouchement : impact sur sa sexualité future : à propos de 45 pères questionnés en maternité et trois mois après la naissance, Marie Moeris. École de sage-femme Université de Caen. Promotion 2014-2018. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01868055/document*

DOSSIER

SORTIE PRÉCOCE DE LA MATERNITÉ

SORTIE PRÉCOCE : RAPPEL DES BONNES PRATIQUES

Les sorties précoces se sont démocratisées au cours de ces dernières années. Si les arguments économiques sont en faveur d'une réduction du séjour en maternité, il reste impératif de cibler les sorties précoces pour les mères et les nourrissons identifiés à bas risque afin d'assurer un retour à domicile en toute sécurité et éviter les réhospitalisations.

La HAS a publié en 2014 ses recommandations de bonnes pratiques pour que les patientes et leurs nouveau-nés, éligibles à la sortie précoce, puissent rentrer à domicile dans des conditions optimales d'accompagnement. Ces préconisations visent à définir les critères d'accompagnement pour la dyade mère-nourrisson à bas risque, à limiter les complications du post-partum et à prévenir les complications graves évitables.

La durée du séjour

La durée d'hospitalisation standard après un accouchement voie basse est comprise entre 72h et 96h et celle après une césarienne entre 96h et 120h. En cas de sortie précoce, l'accouchée et son nouveau-né, sous réserve de critères bien établis, peuvent quitter la maternité au cours des 72 premières heures suivant un accouchement voie basse ou bien dans les 96 premières heures suivant un accouchement par voie haute. Toutefois, pour proposer un retour à domicile anticipé, la mère et le nouveau-né doivent appartenir à une population dite à bas risque.

Quand proposer une sortie précoce ?

La sortie précoce s'adresse aux dyades mère-enfant à bas risque, qu'il soit médical, psychique et social.

CRITERES POUR DEFINIR LE BAS RISQUE CHEZ LA MÈRE

Critères pour un retour à domicile après une durée de séjour standard

- Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères
- Soutien familial et/ou social adéquat
- Absence de pathologie chronique mal équilibrée
- Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
- Si hémorragie du post-partum immédiat, celle-ci a été contrôlée et traitée (si nécessaire)
- Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
- Absence de signes thromboemboliques
- Douleur contrôlée
- Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité

Critères supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce

- Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat ***
- **Accord de la mère ou du couple**

**instabilité psychique, antécédents de dépression du post-partum, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc.*

***mineure, précarité, logement non adéquat, etc.*
****pertes sanguines estimées supérieures à 1 500 cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.*

CRITERES POUR DEFINIR LE BAS RISQUE CHEZ L'ENFANT

Critères pour une sortie après une durée de séjour standard

- Nouveau-né à terme ≥ **37 S**A singleton et eutrophe
- Examen clinique normal° réalisé **impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie**
- Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
- Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi
- Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
- Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupes à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas*)
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
- Dépistages néonatals réalisés à la maternité
- Suivi post-partum après la sortie planifié : un rendez-vous avec le professionnel référent du suivi **dans les 48 heures suivant la sortie,** sinon dans la semaine (cf. schéma de l'organisation du parcours de soins)

Critères supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce

- Nouveau-né à terme ≥ 38 SA, singleton et eutrophe
- Apgar ≥ 7 à 5 minutes
- Examen clinique normal° le jour de sortie
- Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi
- Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (uniquement groupe à bas risque* d'ictère sévère)
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
- Vitamine K1 donnée
- Dépistages néonatals prévus
- Suivi post-partum après la sortie organisé : 1re visite prévue dans les 24 heures après la sortie de maternité

° dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60/min, fréquence cardiaque > 90 et < 170/min au repos
** définis selon les courbes de référence utilisées*

Source : Extrait de la synthèse de la recommandation de bonne pratique - Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés - Mars 2014

EXISTE-T-IL UNE DURÉE OPTIMALE D'HOSPITALISATION POUR LES MÈRES ET NOURRISSONS À BAS RISQUE ?

NON. Les données de la littérature et les expériences étrangères ne permettent pas de définir une durée de séjour optimale à la maternité pour une population à bas risque. Par contre, le suivi médical au retour à domicile est très important, de même que l'organisation de la sortie, qui doit être suffisamment préparée en anténatal.

MATERNITÉ DE NIVEAU 3 : POURQUOI CERTAINES FEMMES REFUSENT-ELLES LES SORTIES PRÉCOCES ?

La mise en place en 2007 de la tarification à l'acte des hôpitaux a entraîné une réduction de la durée moyenne de séjour en maternité. Si bien qu'entre 2002 et 2009 elle est passée de 3,8 à 4,1 (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé avril 2013). Au-delà de cet aspect économique, tandis que des mères souhaitent retrouver le cocon familial rapidement après la naissance de leur enfant, d'autres, en revanche, préfèrent séjourner plus longtemps à la maternité. Mais alors, quels sont les freins de ces femmes éligibles aux sorties précoces ? Kim Laroutis, sage-femme, s'est intéressée à ce sujet pour des patientes ayant accouché en maternité de niveau 3. Elle nous en dit plus sur les résultats de son étude.

Avec **Kim Laroutis,** sage-femme libérale à Plan-de-Cuques

Parole de Sages-Femmes : **Vous avez mené une étude dans deux maternités de niveau 3. Les patientes éligibles aux sorties précoces ont répondu à des questions portant sur les grossesses précédentes, grossesse actuelle, les avantages et les inconvénients d'une sortie précoce, sur une période de trois mois en 2016. Au total, 193 patientes ont été incluses dans l'étude. Quelle était la proportion de patientes éligibles aux sorties précoces ?**

Kim Laroutis : Pour la première maternité, 30,3% de patientes ayant accouché étaient éligibles pour sortir précocement, et 66,6% d'entre elles souhaitaient sortir précocement. Les patientes qui pouvaient et souhaitaient sortir précocement représentaient 20,4% des accouchées. Concernant la deuxième, 23,9% de patientes étaient éligibles pour sortir précocement, et 68,3% d'entre elles souhaitaient sortir précocement. En combinant les deux critères, elles représentaient 16,4% des patientes ayant accouché à la maternité.

PDSF : **Au final, quels étaient les freins des patientes à la sortie précoce ?**

KL : Au travers des réponses des patientes, j'ai pu identifier quatre thématiques : médical, psychologique, institutionnel et familial.
Pour les freins d'ordre médical, les patientes évoquent une asthénie (pour 14%) et des douleurs (plus de 12%).
Le versant psychologique rentre en ligne de compte, puisque plus de 34% des femmes craignent des complications pour elles-mêmes et pour leur nouveau-né.
Les patientes (26,3%) semblent apprécier le fonctionnement institutionnel si bien qu'elles souhaitent rester à l'hôpital pour une bonne prise en charge multidisciplinaire. Elles doutent des biens fondés de l'accompagnement à domicile en sortie précoce.
Ensuite, le vecteur familial regroupe la primiparité (11,4%), les difficultés à s'occuper des aînés (5,2%) et la relation privilégiée à la maternité mère-nourrisson (1,55%).
Les thèmes autour du psychologique, de l'institutionnel et de la sphère familiale étaient

« Le versant psychologique rentre en ligne de compte, puisque plus de 34% des femmes craignent des complications pour elle-même et pour leur nouveau-né. »

significativement plus prégnants chez les primipares, avec respectivement 39,2%, 51,4% et 24,3% comparativement aux multipares (34,5%, 26,1% et 14,3%).

PDSF : **Alors que d'autres pays tels que les Pays-Bas sont bien plus en avance que la France concernant les sorties précoces, comment contrebalancer les freins mis en évidence dans votre étude ?**

KL : Il s'agit d'abord d'informer les patientes en anténatal. Les patientes que j'ai rencontrées étaient en demande de sortie précoce, mais n'étaient pas au courant des possibilités d'accompagnement pour leur retour à domicile.
Les sorties précoces en 2016 n'étaient pas encore ancrées dans notre culture. Lorsque nos mères, seulement une génération plus tôt, nous racontent leur accouchement, elles rapportent une durée de séjour de presque une semaine...
Les femmes ont tendance à penser qu'en rentrant plus tôt à domicile, elles n'auront pas d'accompagnement. Pourtant, une sage-femme libérale passe dans les 24 heures suivant la sortie de la maternité, pour assurer une consultation qui peut durer régulièrement jusqu'à 2h en fonction des besoins des patientes. Il me semble que depuis 2016, on remarque une évolution positive concernant les sorties précoces. Les sage-femmes libérales s'équipent de biliflash et sont davantage sensibilisées à cette demande croissante. La mise en place du bilan prénatal permet d'offrir la possibilité aux femmes enceintes de rencontrer en anténatal leur sage-femme qui s'occupera de leur sortie précoce ou standard. Les hôpitaux quant à eux, informent de plus en plus en anténatal les patientes en leur expliquant l'importance de ce bilan prénatal. Que ce soit par l'information ou par l'adaptation des praticiens, nous sommes sur la bonne voie pour augmenter le taux de sortie précoce en France tout en permettant une meilleure prise en charge des patientes.

SORTIE PRÉCOCE : ET ACTIVITÉ LIBÉRALE

Le retour à domicile des accouchées impose la visite d'une sage-femme libérale dans les 24 heures suivant la sortie précoce de la maternité. Anh Chi Ton, offre ce type de service à ses patientes. Elle a accepté de répondre à quelques questions pour nous livrer son expérience.

Avec **Anh-Chi Ton,** sage-femme libérale à Paris

Parole de Sages-Femmes : **D'après ce que vous avez pu observer dans votre activité, la crise sanitaire a-t-elle eu un impact sur les sorties précoces ?**

An Chi Ton : Je n'ai pas l'impression qu'avec la crise sanitaire, j'ai davantage de sorties précoces. Je vois surtout des 2e, 3e pares qui veulent rentrer chez elles plus vite pour s'occuper de leurs aînés..

PDSF : **Comment organisez-vous les sorties précoces dans votre activité libérale ?**

ACT : Je réalise beaucoup de consultations à mon cabinet, de préparation à la naissance et à la parentalité, de rééducation périnéale. Mon planning me permet de réserver une à deux visites de post-partum par jour. Alors faute de créneaux, je vois surtout les femmes que j'ai suivies en anténatal.

PDSF : **Au fil de votre expérience, quelle thématique est devenue essentielle lors de votre suivi à domicile ?**

ACT : Chez les femmes que j'ai déjà suivies en anténatal, la visite à domicile dure 1h à 1h30. Il y a la surveillance médicale, mais aussi le récit d'accouchement. Les femmes ont besoin de raconter cet évènement qui a marqué leur vie. À mes débuts, je ne posais pas la question sur le vécu d'accouchement, mais je me suis vite rendu compte que c'était essentiel dans la prévention de la dépression du post-partum.

PDSF : **Quelles sont les difficultés rencontrées lors des visites à domicile ?**

ACT : Je dirais que les femmes ne sont pas préparées au retour à domicile, quand elles sortent à l'improviste. Elles cherchent sur Google une sage-femme et en choisissent une au hasard. Je trouve fou qu'en 2021, les femmes enceintes n'aient pas une sage-femme libérale identifiée ! Quand on voit une femme pour la première fois après l'accouchement, on ne sait pas ce qui a été dit en amont, les conseils qu'elles ont reçus... Il faut aussi prévoir plus de temps.

PDSF : **Pouvez-vous rappeler « la check-list » des examens à réaliser le lendemain de la sortie de la maternité ?**

ACT : Je procède comme à la maternité, je réalise un examen complet clinique et obstétrical de la

« Avant je trouvais que sortir de la maternité avant J3 était trop précoce. Finalement, avec un peu de recul, je trouve que si les femmes sont bien accompagnées par une sage-femme qu'elles connaissent, cela vaut vraiment le coup. »

maman et je leur pose beaucoup de questions sur leur accouchement, leur moral.
Côté bébé, je le pèse et je refais tout l'examen clinique. Je suis vigilante sur l'ictère. Depuis mes débuts en libéral, rares ont été les situations d'ictère néonatal nécessitant une photothérapie. Concernant le poids, je n'ai jamais eu de mauvaise surprise avec des pertes pondérales trop importantes.

PDSF : **Votre avis sur les sorties précoces ?**

ACT : Avant je trouvais que sortir de la maternité avant J3 était trop précoce. Finalement, avec un peu de recul, je trouve que si les femmes sont bien accompagnées par une sage-femme qu'elles connaissent, cela vaut vraiment le coup. Lorsque je travaillais à l'hôpital, je n'ai pas le souvenir d'être restée 1h à 1h30 dans la chambre de chaque patiente…

PDSF : **Aujourd'hui, quels sont les questionnements les plus fréquents des patientes rentrées à domicile précocement ?**

ACT : Les questionnements les plus fréquents portent sur des conseils de puériculture : « Vous pouvez me dire comment faire le bain, on peut revoir comment nettoyer le nez ou bien le cordon ? ».

PDSF : **Qu'est-ce qui pourrait faciliter le quotidien des sages-femmes libérales (travail en termes de coordination ville/hôpital …)?**

ACT : Je dirais que toutes les femmes devraient être informées qu'il est possible de sortir précocement de la maternité (en l'absence de contre-indication)

et de leur conseiller de choisir une sage-femme en anténatal pour préparer leur retour à domicile après l'accouchement.
Aux Pays-Bas, les femmes sortent de la maternité 4h à 6h après leur accouchement. La sage-femme effectue des visites à domicile, mais il y aussi les « kraamzorg », qui interviennent, à la manière d'une assistante maternelle ou d'une aide-soignante à domicile. Elle va s'occuper de la mère, de l'enfant, donne des conseils sur l'allaitement maternel ou artificiel, prépare le repas, fait le ménage, va chercher les aînés à l'école... Ces services sont offerts dans les 8 jours suivant la naissance et englobent 49 heures. Cette assistance s'intègre à l'Assurance maladie obligatoire, elle est donc accessible à tous. Je pense que ce serait super de développer ce type de service pour nos mamans, en France.

« Aux Pays-Bas, les femmes sortent de la maternité 4h à 6h après leur accouchement. La sage-femme effectue des visites à domicile, mais il y aussi les « kraamzorg », qui interviennent, à la manière d'une assistante maternelle ou d'une aide-soignante à domicile. »

KRAAMZORG : KESAKO ?

Avec **Delphine Petit,**
Kraamzorg à Amsterdam

Kraamzorg est une profession qui n'existe qu'aux Pays-Bas. Les kraamzorg interviennent dans les 8 à 10 jours après l'accouchement au domicile des couples pour s'assurer du bien-être de la mère et du nourrisson. Toutes les femmes peuvent bénéficier d'au moins 49h d'intervention. Les missions sont assez larges et vont de la vérification de l'involution utérine des femme, à la pesée du bébé, en passant par l'accompagnement de l'allaitement, à l'évaluation des relations parents-enfants aux tâches ménagères et gestion de la fratrie.

Pour en savoir plus sur les kraamzorg, à lire sur paroledesagesfemmes.com
paroledesagesfemmes.com/parole-de-Sages-femmes/initiatives/kraamzorg-rencontre-avec-une-aide-maman-des-pays-bas

EMBRYONS CONGELÉS ET DON À LA RECHERCHE :

QUELLE SYMBOLIQUE POUR LES PARENTS ?

La Procréation Médicale Assistée a connu de grands progrès au cours de ces dernières années. Mais au-delà de l'aspect technique et médical, émergent d'autres réflexions menées par les couples, dont celle sur le devenir des embryons congelés.

Avec **Marianne Portmann,**
sage-femme à Mulhouse

Marianne Portmann, sage-femme, a cherché à mieux comprendre la relation entre la vision des couples portée sur l'embryon congelé et leur décision d'en faire don à la recherche. Elle nous en dit plus sur son travail* original récompensé au Grand Prix Evian 2020.

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

Marianne Portmann : Les domaines de la psychologie, de la sociologie et de l'éthique m'ont toujours passionnée. Je m'interroge sans cesse sur la pensée humaine et son fonctionnement. J'ai découvert la technique de congélation des embryons pendant mes études, lors d'un cours sur le Diagnostic préimplantatoire que j'ai découvert la technique de la congélation des embryons. J'ai trouvé cette technique tout bonnement extraordinaire : comment après avoir été interrompu, le cycle de la vie reprend-il son cours ? Mais surtout... Que pensent les couples qui ont recours à la congélation des embryons ?
En me renseignant plus à ce sujet, j'ai découvert qu'il y avait actuellement une volonté de facilitation de la recherche sur l'embryon. Recherche peu connue par le grand public, pourtant indispensable pour les avancées scientifiques !
Ces éléments ont donné naissance à mon sujet : symbolique des embryons congelés et don à la recherche.
J'ai alors mené une étude qualitative dans le service d'AMP au centre médico-chirurgical obstétrique à Strasbourg entretiens semi-directifs sur une période de quatre mois, auprès de couples en parcours de FIV et auprès de couples ayant cédé leur(s) embryon(s) surnuméraires à la recherche.

PDSF : **Sur les douze entretiens que vous avez menés, la vision des couples sur l'embryon congelé évoluait au cours du parcours en assistance médicale à la procréation et même après. Elle variait en fonction des informations délivrées par les professionnels et du vécu des couples. Le don à la recherche des embryons n'était ainsi pas la première intention parmi les couples interrogés. Avez-vous été surprise par les résultats de votre étude ? Pourquoi ?**

« ...c'est le grand potentiel de l'embryon, à savoir l'embryon = bébé = enfant, qui prédomine, et qui complique toute prise de décision. Nous sommes donc bien loin de la vision purement scientifique que j'imaginais. »

MP : J'ai été très surprise par les résultats. J'avais notamment émis comme hypothèse que les couples, ayant donné leurs embryons surnuméraires à la recherche, avaient une vision très "scientifique" de l'embryon, basée sur le développement cellulaire, presque sur l'embryon défini comme amas de cellules. De ce fait, je pensais qu'ils donnaient à la recherche par grande conviction scientifique. Alors que pas du tout ! Le don à la recherche est pour certains la meilleure des solutions - après élimination des autres possibilités de devenir des embryons surnuméraires lorsque le projet parental est accompli, à savoir la destruction et le don à un autre couple - mais pour d'autres, il est plutôt la moins mauvaise des solutions. Ce qui fait que le don à la recherche était un choix par dépit. Par ailleurs, c'est le grand potentiel de l'embryon, à savoir l'embryon = bébé = enfant, qui prédomine, et qui complique toute prise de décision. Nous sommes donc bien loin de la vision purement scientifique que j'imaginais.

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

MP : J'ai tout d'abord découvert une discipline, où la sage-femme a des compétences qui m'étaient totalement inconnues. J'ai pu assister aux consultations avec les gynécologues et les biologistes, aux explications de traitements pour les FIV, aux échographies de contrôle, aux ponctions ovocytaires, aux FIV en laboratoire, aux transferts intra-utérins des embryons... J'ai rencontré des couples formidables, qui se sont confiés sur leur parcours de vie, qui semble plus assimilé à un parcours

du combattant pour avoir un enfant. Ces couples ont une grande force mentale, qui est totalement exemplaire !
Professionnellement, ce fut une expérience très enrichissante, qui m'a permis de comprendre à quoi sont confrontés les couples ayant recours à une AMP (Assistance Médicale à la Procréation). Malheureusement, l'infertilité touche de plus en plus de couples, et la sage-femme est de plus en plus amenée à les accompagner tout au long de leur parcours. Cela m'a permis d'adapter l'accompagnement de ces couples, au parcours particulier.
Personnellement, ce fut une grande leçon de vie. D'une part, grâce aux couples et à leur volonté sans faille. D'autre part, grâce au rappel que nous sommes tous identiques les premiers jours du développement : quelles que soient nos conditions socio-économiques, notre carrière, notre élévation sociale, nous avons tous été "des petites bulles".

QUELLES PERSPECTIVES POUR LES EMBRYONS SURNUMÉRAIRES ?

Suite à une FIV, plusieurs embryons peuvent être obtenus. Un seul embryon est transféré à la fois, pour éviter les grossesses multiples. Les embryons restants sont congelés. Les couples doivent alors informer leur centre d'assistance médical à la procréation sur le devenir ces embryons en remplissant un formulaire annuel.

Ils ont la possibilité de les garder pour eux en continuant le stockage, mais aussi de mettre fin à la congélation en les détruisant, en faisant don (anonyme et gratuit) à un couple infertile ou présentant un risque de transmettre une maladie génétique, ou bien en les donnant à la recherche.

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

MP : Il y a encore tant de champs à explorer ! Je ne me suis entretenue qu'avec des couples ayant donné à la recherche, il reste encore ceux qui ont choisi la destruction, le don à un autre couple, mais aussi ceux qui ne parviennent pas à faire un choix et qui stockent les embryons pendant de nombreuses années.
Tout ceci dans le but de garantir un meilleur accompagnement des couples, pour cette prise de décision, non sans conséquences !

**Symbolique des embryons congelés et don à la recherche : étude qualitative menée dans le service d'AMP du CMCO à Schiltigheim. Diplôme d'état de sage-femme présenté et soutenu par Marianne Portmann. Année universiatire2019-2020. Université de Strasbourg École de sages-femmes de Strasbourg.*

TROUBLE DE LA SUCCION ET DE LA DÉGLUTITION, IL FAUT PENSER AU SYNDROME DE PIERRE ROBIN

La séquence de Pierre Robin est une malformation faciale qui concerne 1/ 10 000 naissances. Elle associe une fente palatine postérieure, un rétrognatisme et une glossoptose. En lien avec un dysfonctionnement du tronc cérébral, elle cause des troubles de la succion déglutition perturbant l'alimentation du nouveau-né.

Avec **Sophie Sauvaire-Jourdan,**
sage-femme à Sainte-Tulle

Rappel de la définition du syndrome de Pierre Robin (SPR)

Le Pierre Robin est une séquence malformative faciale définie par une triade : une fente palatine postérieure, un rétrognatisme et une glossoptose. Cette malformation touche 1/10 000 naissances et atteint autant les filles que les garçons. On retrouve deux formes :

- **Isolée :** associée à aucune malformation (50%)
- **Syndromique :** associée à au moins une autre malformation / pathologie (50%).

Troubles de la succion et déglutition quand suspecter un SPR ?

Par sa triade, le SPR peut être diagnostiqué facilement. Des troubles de la succion déglutition sont donc attendus chez ces enfants. Un trouble de la succion déglutition doit être suspecté devant :

- Une prise de poids insuffisante
- Durée des tétées trop longues
- Prise alimentaire bruyante
- Pleurs inexpliqués (refus de téter, inconfort, douleur...)
- Changement de teint, de rythme respiratoire ou de tonus
- Des fausses routes à répétition
- Malformation maxillo-faciale
- Une mauvaise obturation des lèvres autour du mamelon
- Mauvais mouvement de reptation antéropostérieur de la langue

Quel rôle pour les sages-femmes dans la prise en charge des troubles de la succion et déglutition causés par un SPR ?

Les sages-femmes font partie des professionnels habilités à accompagner la mise en place de l'allaitement (maternel ou artificiel), au dépistage et à la prévention des complications de celui-ci.

« Le SPR est souvent diagnostiqué en anténatal, cela permet une prise en charge pluridisciplinaire adéquate: pédiatre, ORL, sage-femme, puéricultrice, conseillère en lactation, orthophoniste. »

Le SPR est souvent diagnostiqué en anténatal, cela permet une prise en charge pluridisciplinaire adéquate : pédiatre, ORL, sage-femme, puéricultrice, conseillère en lactation, orthophoniste.

Pourquoi est-il important d'être sensibilisé à cette pathologie ? Quels sont les enjeux pour le nouveau-né et la mère ?

De nos jours, les appareils d'échographie sont de plus en plus performants et permettent le dépistage de nombreuses pathologies et malformations.
Tous les échographistes sont sensibilisés au SPR et la majorité des SPR sont diagnostiqués en anténatal.
Cela permet de proposer aux parents une prise en charge adaptée et complète afin de préparer au mieux la naissance de cet enfant.
Une rencontre avec les chirurgiens, les pédiatres est très souvent organisée en anténatal afin de rassurer et de répondre aux questions des parents.
Lorsque le SPR n'est pas diagnostiqué en anténatal, les pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture... permettent un accompagnement, une orientation et une prise en charge rapide de ces nouveau-nés.

STAGE INTÉGRÉ : DIRECTION L'ANGLETERRE !

Pendant sa dernière année d'étude de sage-femme, Kim Laroutis a souhaité concrétiser un beau projet : effectuer son stage intégré dans un pays anglophone. C'est l'Angleterre qu'elle a choisie. Après une expérience riche d'enseignement, elle a finalement déposé ses valises là-bas pour se lancer dans la vie professionnelle.

Kim Laroutis,
sage-femme libérale à Plan-de-Cuques

Parole de Sages-Femmes : **Pouvez-vous nous en dire plus sur votre projet d'étudiante ?**

Kim Laroutis : Étudiante à Marseille entre 2013 et 2017, j'avais le souhait de partir à l'étranger pour voir d'autres pratiques. Au début, je voulais partir aux États-Unis, mais je me suis rendu compte que les sages-femmes étaient plus des infirmières d'obstétrique, elles n'avaient pas les mêmes droits et compétences que nous, ni les mêmes études. Je n'arrivais pas à me retrouver avec notre diplôme et qui en plus, n'était pas valable aux États-Unis. Après avoir pris des renseignements, je me suis finalement tournée vers l'Angleterre pour exercer là-bas, une fois mon diplôme en poche.
Mais avant, je préférais rentrer en complète immersion en réalisant mon stage intégré de 6 mois afin de me préparer à cette nouvelle aventure. J'ai fait part de ce projet aux enseignants de la faculté de médecine de Marseille et ils ont accepté !

Parole de Sages-Femmes : **Comment avez-vous trouvé votre stage en Angleterre ?**

KL : Cette démarche n'est pas habituelle. Il a fallu s'armer de patience et de persévérance. J'ai commencé mes recherches au début du master 1, en septembre. J'ai pris l'annuaire des maternités anglaises et j'ai démarché tous les hôpitaux, les maisons de naissance et j'ai fini par obtenir une première réponse positive en mai. Soit, six mois plus tard ! J'ai trouvé mon hôpital à Peterborough.

PDSF : **La maternité de Peterborough a donc accepté ce stage pendant 6 mois ?**

KL : La cadre de la maternité m'a demandé de lui expliquer mon projet et elle n'a autorisé mon stage que sur une durée de trois mois. J'ai alors cherché un autre hôpital pour effectuer les trois mois suivants, mais je n'ai essuyé que des refus... J'ai recontacté la maternité de Peterborough. J'ai demandé un entretien avec la cadre supérieure pour lui faire part de ma motivation et elle a finalement accepté mon stage pendant six mois. On devait rendre nos décisions de stage trois semaines plus tard, cela s'est joué vraiment à peu !

PDSF : **Comment s'est organisé le stage en Angleterre et l'enseignement théorique à Marseille ?**

KL : La faculté a vraiment été conciliante. Les enseignants ont groupé mes formations et

« C'est super d'accompagner de A à Z les patientes ! On suit vraiment toutes les recommandations sur l'accouchement physiologique. J'ai appris à observer les patientes, à ne pas intervenir lorsque cela n'était pas nécessaire. »

mes évaluations cliniques pour m'éviter trop d'allers- retours.

PDSF : Ce stage vous a-t-il permis de concrétiser votre projet professionnel ?

KL : En début de master 2, j'ai décollé pour l'Angleterre. Un mois avant la fin du stage, la cadre m'a proposé de continuer chez eux, une fois diplômée. J'ai accepté et ils m'ont proposé directement un CDI !
Par contre, les démarches pour la traduction du diplôme et l'inscription au Nursing and Midwifery Council (équivalent du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes) ont été très longues. Je devais être en poste en octobre, mais je n'avais toujours pas les papiers. On a décalé à décembre, mais je ne détenais toujours pas l'intégralité des papiers, j'ai alors été embauchée en qualité d'aide-soignante pendant un mois. En janvier, j'officiais enfin en tant que sage-femme à la maternité de Peterborough !

PDSF : Vous êtes restée deux ans en Angleterre, quels enrichissements tenez-vous de cette expérience ?

KL : Travailler en one to one, c'est formidable car on peut accompagner les patientes de A à Z ! On suit vraiment toutes les recommandations sur l'accouchement physiologique. J'ai appris à observer les patientes, à ne pas intervenir lorsque cela n'était pas nécessaire.
L'accouchement dans l'eau n'a plus de secrets pour moi, ni toutes les positions d'accouchement !
J'ai aussi eu la chance d'accompagner des couples de diverses cultures et de travailler dans le respect des coutumes de chacun.

PDSF : Sage-femme en France, en Angleterre, quelles différences ?

KL : Parmi les grandes différences entre la France et l'Angleterre, il y a les prescriptions. En effet, les sages-femmes ont un droit de prescription très limité, une dizaine de médicaments tout au plus. Les contraceptions n'en font pas partie.
Les sages-femmes peuvent prescrire l'ocytocine pour la délivrance dirigée, mais pas pour le post-partum immédiat. Il faut donc demander à l'obstétricien de garde, car on n'a pas le droit de l'administrer sans prescription.
Une autre spécificité est la préparation des médicaments. Il faut être deux sages-femmes dans le poste de soin fermé (code connu uniquement par les sages-femmes), l'une lit

l'étiquette du médicament (dénomination, date de péremption), vérifie la feuille de prescription, le nom, prénom, date de naissance et allergie de la patiente, l'autre prépare l'injection puis une vérification est réalisée au lit de la patiente. Cela prend énormément de temps.
En Angleterre, il y a beaucoup de rigueur, les pratiques sont très protocolaires. On est en uniforme, un peu comme dans la série « Call the midwife ».
Cependant, le nombre de sages-femmes présentes par garde est plus élevé pour permettre de respecter le « one to one », une patiente en travail par sage-femme, ce qui rend l'accompagnement très agréable autant pour la patiente que pour la sage-femme. Les patientes ont par exemple beaucoup moins recours à la péridurale, se sentent mieux entourées et plus rassurées.

PDSF : **Qu'est-ce qui vous a le plus surprise pendant vos gardes, sur l'organisation à la maternité de Peterborough ?**

KL : Lorsqu'on arrive en garde, il y a une sage-femme coordinatrice, qui nous attribue les patientes. Elle veille à la bonne organisation du travail, et nous dit même quand nous devons prendre notre pause déjeuner… En cas d'urgence, telle qu'une hémorragie du post-partum, quand la sage-femme présente dans la salle d'accouchement, déclenche la sonnette, en deux secondes, cinq sages-femmes arrivent en renfort. Chacune a son rôle, préparation des médicaments, s'occuper du papa, aller chercher le chariot d'hémorragie… Une sage-femme joue la cheffe d'orchestre et les autres s'activent avec fluidité et sérénité. Il faut dire aussi que chaque année nous avons une formation d'une semaine pour réactualiser les connaissances sur les nouvelles recommandations en obstétrique, néonatologie. On participe à des mises en situation avec simulation notamment dystocie des épaules, hémorragie du post-partum, accouchement par siège avec ensuite analyse des pratiques. C'est une bonne façon de s'entraîner dans les gestes d'urgence, mais aussi de développer l'esprit d'équipe.

SI UNE SAGE-FEMME SOUHAITE PARTIR À L'ÉTRANGER, QUELS CONSEILS LUI DONNERIEZ-VOUS ?

➔ Être patient, l'administratif prend du temps !

➔ Être bilingue. Un petit niveau d'anglais ne suffit pas. Je suis bilingue mais j'avais toujours sur moi mon carnet avec le vocabulaire médical en cas de besoin.

➔ Faire son stage intégré si possible dans le pays avant d'exercer.

➔ Si ce n'est pas possible, demander à l'hôpital de communiquer les recommandations, les protocoles pour s'imprégner du service.

➔ Partir à l'étranger, c'est aussi accepter une nouvelle culture, les avantages et les inconvénients des pratiques professionnelles. Il ne faut pas l'oublier !

Depuis le 1er janvier 2021, le Royaume-Uni n'est plus membre de l'Union européenne (UE). Le Brexit a entraîné des changements importants concernant la reconnaissance des qualifications professionnelles. Pour en savoir plus sur la reconnaissance du diplôme de sage-femme depuis la France vers le Royaume-Uni, rdv sur : www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/brexit-reconnaissance-de-diplomes-et-lps

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

Vous saurez tout sur l'après accouchement

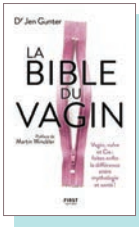
Encore un ouvrage qui parle du post-partum ! Cette fois, c'est la sage-femme Anna Roy qui dévoile ses confidences et les vérités sur cette période sensible.
Fatiguée, démoralisée, à cran, après l'accouchement, la joie et la sérénité ne sont pas toujours au rendez-vous. Les femmes doivent savoir ! « La vie rêvée du post-partum » est le fruit d'une collaboration entre Anna Roy, sage-femme, et la journaliste, fille de sage-femme, Michel Caroline. Dans ces pages, pas de chichi, les autrices abordent la dualité émotionnelle que rencontrent les femmes après leur accouchement, la relation avec l'enfant mais aussi les hémorroïdes... En levant le voile sur cette période taboue et synonyme de vulnérabilité, cet ouvrage apporte des conseils pour accompagner le 4e trimestre, propice à la dépression du post-partum.

La vie rêvée du post-partum d'Anna Roy et Caroline Michel. Aux Éditions Larousse. 15,95€

Un parcours du combattant mis en lumière dans une BD

L'attente d'un enfant peut se faire longue et prendre plusieurs années pour certains couples. Dans la BD « Un bébé si je peux », où se mêlent récit intime et enquête journalistique, l'autrice Marie Dubois raconte le parcours du combattant qu'est la PMA.
Le parcours PMA, c'est pénétrer dans le monde de l'infertilité, celui où les capacités du corps échappent, celui où la honte et la baisse de l'estime de soi et de la libido prennent place. L'autrice a connu cet ascenseur émotionnel pendant sept années. Période éprouvante où elle s'entendait dire que sa problématique était dans sa tête. En donnant un coup de balai aux idées reçues culpabilisantes pour les futures mères, elle aborde le thème de la PMA qui est devenu un problème de santé publique à multiples enjeux : politique, scientifique, éthique et écologique.

Un bébé si je peux de Marie Dubois, Éditions Massot, 19€



Le vagin n'aura plus aucun secret pour vous !

Pas de tabou, vous saurez tout sur le vagin dans cet ouvrage écrit par la gynécologue canado-américaine et chroniqueuse du New York Times, Dr Jen Gunter. Soins vaginaux, vaccination contre l'HPV, consommation de sucre et mycose, probiotiques, autant de thèmes sur lesquels les femmes peuvent se retrouver à lire ou entendre des informations complètement erronées. Alors halte aux pseudosciences ! Entre les fake news et les conseils douteux de stars, le Dr Jen Gunter cherche à rétablir la vérité avec pragmatisme et humour.

La bible du vagin du Dr Jen Gunter – First Éditions 19,95€

Un guide pour comprendre, guider, prendre soin de son enfant

Expert, chroniqueur pour la Maison des Maternelles et créateur de la première plateforme de télémédecine pédiatrique, Arnault Pfersdorff lance un nouveau guide sur la parentalité. Complet, le guide « Votre enfant de 0 à 16 ans » traite toutes les thématiques qui intéressent les parents : santé, vie quotidienne, développement cognitif et moteur, socialisation, scolarité. Près de 146 sujets au cœur des préoccupations des familles et des enfants d'aujourd'hui sont abordés avec un ton bienveillant et déculpabilisant. Fort d'une expertise de 40 ans, Dr Pfersdorff livre ses conseils et astuces pour que tous les parents puissent trouver réponses à leurs questions.

Mon enfant de 0 à 6 ans d'Arnault Pfersdorff aux Éditions Hatier. 24€

BIEN-ÊTRE :
DES POSTURES DE YOGA POUR SE SENTIR MIEUX AU QUOTIDIEN

S'ACCORDER UN PETIT MOMENT DE DÉTENTE, MIEUX DORMIR OU ENCORE SOULAGER LES PETITES DOULEURS CHRONIQUES, LE YOGA PEUT VOUS AIDER AU QUOTIDIEN ! VOICI QUELQUES POSTURES EFFICACES ET SIMPLES À RÉALISER CHEZ VOUS OU EN SALLE DE GARDE !

Avec **Agathe Thine**, journaliste santé
et environnement et professeure de yoga, Paris

LA TORSION ASSISE, pour soulager les lombaires
Cette posture simple vous aidera à détendre le bas du dos.

Assise en tailleur, le dos droit, inspirez profondément, puis sur l'expiration, tournez le buste à droite en amenant la main gauche sur le genou droit et la main droite derrière le dos. Fermez les yeux et respirez profondément cinq fois. Revenez doucement au centre en inspirant, puis faites l'autre côté.

LA POSTURE ANTI-SCIATIQUE, une posture debout prolongée, fatigue, mauvaise position... les douleurs sciatiques sont courantes ! En cas de crise, cette posture simple vous soulagera rapidement. Effectuée quotidiennement, elle préviendra l'apparition des douleurs.

Assise sur un petit coussin, jambes allongées, pliez la jambe droite, amenez le genou droit sur le genou gauche et rapprochez autant que possible le talon droit de la fesse gauche. Si possible, pliez le genou gauche pour rapprocher le talon gauche de la fesse droite. Si cela vous semble compliqué, ou si votre fesse droite se décolle du sol, gardez la jambe gauche tendue. Le dos droit, mains sur le genou droit, fermez les yeux et prenez quelques respirations profondes. Changez de côté.

LA POSTURE DU PAPILLON, pour détendre les cuisses et le bassin et laisser sortir les émotions.
En yoga, travailler l'ouverture des hanches permet de libérer les émotions. En plus d'aider à vous détendre, cette posture d'étirement vous permettra à mieux gérer vos petits chamboulements internes.

Assise, le dos droit, pliez les genoux et amenez les plantes de pieds l'une contre l'autre. Attrapez les chevilles ou les orteils avec les mains en veillant à garder le dos droit. Fermez les yeux et prenez 10 respirations profondes. Puis doucement, sur une expiration, relâchez le buste vers l'avant. Détendez bien les épaules et relâchez la nuque. N'hésitez pas à mettre un coussin sous votre tête pour aider à bien détendre le haut du corps.

L'ARBRE, une posture d'équilibre pour rester ancrée.
Les postures d'équilibre peuvent être surprenantes : très faciles certains jours, elles peuvent être quasi irréalisables le lendemain. C'est normal ! L'équilibre reflète votre état d'esprit du moment ; si vous êtes tourmentée, il vous sera difficile de tenir sur un pied. Mais en pratiquant régulièrement, la posture de l'arbre vous permettra d'être plus "ancrée" et plus apaisée.

Debout, le dos droit, les plantes de pieds bien ancrées dans le sol. Fixez un point devant vous, au niveau de votre regard (pas sur le sol), les mains en prière au niveau de la poitrine. Doucement, pliez le genou droit et amenez la plante du pied droit contre la jambe gauche, soit au-dessus du genou, soit en dessous (mais pas sur le genou). Restez concentrée et respirez profondément au moins 5 fois. Puis doucement, ramenez le pied droit au sol. Puis faites l'autre côté.

LA PINCE DEBOUT, pour soulager toutes les tensions
Cette posture simple procure un étirement doux de tout le corps et relâche toutes les tensions.

Debout, les pieds écartés de la largeur des hanches, relâchez le buste vers l'avant en expirant. N'hésitez pas à plier légèrement les genoux et amenez le poids du corps vers l'avant, sans pour autant laisser les talons se décoller du sol. Attrapez les coudes et respirez profondément en ressentant bien le poids de vos épaules et de votre tête vers le sol.

Retrouvez tous les événements sur
www.paroledesagesfemmes.com

À noter
DANS VOS AGENDAS !

9 et 10 septembre 2021 – Marseille
11es Rencontres à 2 mains
→ **Informations & inscription** :
ra2m.fr

10 septembre 2021 – Rennes
4es Rencontres bretonnes de gynécologie obstétrique
→ **Informations & inscription** :
comnco.com

Du 22 au 25 septembre 2021 – Marseille
26es Journées de médecine fœtale
→ **Informations & inscription :**
medecine-foetale.com

23 et 24 septembre 2021 – Paris
23e Congrès GENESIS
→ **Informations & inscription** :
congresgenesis.fr

24 et 25 septembre 2021 – Paris
6es Journées de formation du centre de l'endométriose
→ **Informations & inscription** :
comnco.com

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

BioGaia®

C'est aussi …

BIOGAIA® COMPRIMÉS + VITAMINE D : une association unique au sein d'un même comprimé de *Lactobacillus reuteri* Protectis® (DSM 17938) et de vitamine D3 dosée à 20µg (800 UI).

… pour booster leurs défenses immunitaires !

1 comprimé par jour

Crédit photo : iStock

Peut être conseillé chez les femmes enceintes et en cours d'allaitement.

Distribué par :

Laboratoire PediAct
www.pediact.com

Exclusivement en pharmacie

La vitamine D contribue au fonctionnement normal du système immunitaire.
Ne pas dépasser la dose journalière recommandée. Les compléments alimentaires doivent être utilisés dans le cadre d'un mode de vie sain et ne pas être utilisés comme substituts d'un régime alimentaire varié et équilibré.

POUR VOTRE SANTÉ, PRATIQUEZ UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE RÉGULIÈRE. WWW.MANGERBOUGER.FR