

# PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 38 • Automne 2021

LE MAGAZINE QUI VOUS DONNE LA PAROLE

SANTÉ ORALE  
ET GROSSESSE :  
**5 POINTS  
À CONNAÎTRE**

## ÉTUDE

**LES ANOMALIES  
FUNICULAIRES**  
MAJORENT-ELLES  
LES RISQUES  
OBSTÉTRICAUX ?

## RENCONTRE

AVEC **FRÉDÉRIQUE PERROTTE**  
« JE ME SUIS RENDU COMPTE QUE  
LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES  
FEMMES EN SITUATION DE HANDICAP  
PRÉSENTAIT DES CARENCES »

## ENTRE PROS

ÊTES-VOUS ATTENTIF  
À LA DOULEUR DES  
NOURRISSONS ?

## À LA LOUPE

**POUR SE RENDRE  
À LA MATERNITÉ,**  
DE PLUS EN PLUS  
DE FEMMES FONT  
PLUS DE **45 MINUTES**  
DE TRAJET

## MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

**LE BILAN PRÉNATAL  
DE PRÉVENTION :**  
SES OBJECTIFS,  
SES MODALITÉS

## DOSSIER

# LA TÉLÉMÉDECINE : UNE AVANCÉE AU SERVICE DES PATIENTES ET DES SAGES-FEMMES

- PAROLE DE SAGE-FEMME LIBÉRALE
- QUE S'EST-IL PASSÉ DEPUIS LA CRISE SANITAIRE ?
- TÉLÉCONSULTATION : OUI, MAIS PAS N'IMPORTE COMMENT...

# capri care®

## FABRIQUÉ PAR LE LEADER MONDIAL DES LAITS INFANTILES DE CHÈVRE

**98 %**  
DES PARENTS  
LE RECOMMANDENT<sup>1</sup>



TAUX  
DE FER  
OPTIMAL



1<sup>ÈRE</sup> FORMULE INFANTILE  
AU LAIT DE CHÈVRE  
CLINIQUEMENT ÉVALUÉE<sup>2</sup>

GOÛT DÉLICAT  
APPRECIÉ DES  
NOURRISSONS

TAUX DE PROTÉINES,  
MINÉRAUX ET VITAMINES  
ADAPTÉS

CONSERVATION  
DES LIPIDES LAITIERS  
(SANS HUILE DE PALME)<sup>3</sup>



Ce document est strictement réservé aux professionnels de santé. Capricare® est distribué en pharmacie par le Laboratoire PediAct. Avis important: le lait maternel est l'aliment idéal et naturel du nourrisson. 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.

1. Sur un panel de 162 testeurs ayant utilisés Capricare® 2ème âge / 2. Zhou J. (2013) - Grant and al (2005) / 3. Pour le respect de la biodiversité

Crédit photo: Pexels

Distribué par

**PediAct**





# ÉDITO

## D.E.C.E.P.T.I.O.N

Impossible pour ce numéro de ne pas revenir sur le rendez-vous en visioconférence du 16 septembre dernier avec le ministre de la Santé Olivier Véran.

Le rapport de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales), sorti quelques jours plus tôt, avait déjà ouvert le bal de la « déception », avec un constat réaliste sur la situation des sages-femmes, mais formulant des propositions peu concrètes et une perception de la profession « désuète et paternaliste » comme le souligne le communiqué du CNOSF.

À l'issue de la visioconférence du 16/09/2021, la colère des sages-femmes n'a pas été apaisée, au contraire, ce sentiment d'être méprisé-e-s est plus grand encore.

Alors que le ministre de la Santé s'engage à revaloriser les sages-femmes avec une prime de 100€ net par mois et une hausse de salaire de 100€ brut par mois à compter de janvier 2022 - soit une dépense de 40 millions d'euros par an -, la profession ne peut pas crier « Victoire » !

Cette augmentation est-elle à la hauteur d'une profession médicale ?

Le rapport de l'IGAS, commandé par le ministre de la Santé, fait d'ailleurs état d'une revalorisation plus haute, de 624€ net mensuel...

Et qu'en est-il de la problématique du manque d'effectif de sages-femmes dans les maternités qui met en péril la sécurité et la qualité des soins prodigués aux mères et aux enfants ? À ce jour, nous n'avons pas de réponse...

Le malaise des sages-femmes reste et restera tant que les causes de leurs souffrances et leurs difficultés ne seront pas traitées en profondeur. Malheureusement, en attendant que les choses évoluent des sages-femmes risquent d'abandonner le métier...

Géraldine Dahan Tarrasona

# PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 38

3 **Édito** D.E.C.E.P.T.I.O.N

## ACTUS

- 5 **Actus France** • La contraception gratuite pour les moins de 25 ans dès janvier 2022 • Maternités d'Ile-de-France : Transparence sur les pratiques obstétricales • EN CHIFFRES : Le cancer du col de l'utérus • Médicaments : Trop de prescriptions à l'usage des enfants • Pour soigner les soignants, une maison spéciale a ouvert ses portes • Les « Rencontres » la nouvelle émission digitale de Doctissimo • Grossesse et pollution : Le poids de naissance de l'enfant diffère selon le trimestre d'exposition • 30e Grand prix evian : les lauréates ont assuré! • Troubles hypertensifs et grossesse : Quelle prévalence en France ? • Après deux années de débat, l'Assemblée nationale a fini par légaliser la PMA. Mais qu'est-ce que cela implique ? • Les Français, la PMA et la GPA
- 12 **Actus Monde** • **Colorado** : Anxiété, périnatalité : les pères sont aussi concernés • **IVG** : une loi « anticonstitutionnelle » au **Texas** • **Argentine** : La maternité compte dans le calcul de la retraite • **Brésil** : Allaitement : n'importe où, n'importe quand • **Australie** : Dépister la restriction de la croissance fœtale : quelles conséquences sur le devenir du nouveau-né ? • **Grande-Bretagne** : L'anatomie génitale féminine, cette mystérieuse du grand public • **Édimbourg** : Endométriose : L'intervention chirurgicale n'est pas toujours une bonne option
- 14 **À la loupe** Pour se rendre à la maternité, de plus en plus de femmes font plus de 45 minutes de trajet
- 16 **Rencontre** avec Frédérique Perrotte - « *Je me suis rendu compte que le suivi gynécologique des femmes en situation de handicap présentait des carences* »

## GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

- 20 Santé orale et grossesse : 5 points à connaître

## MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

- 22 Le bilan prénatal de prévention : Ses objectifs, ses modalités

## DOSSIER

- 24 Téléconsultation : Parole de sage-femme libérale
- 26 Téléconsultation : que s'est-il passé depuis la crise sanitaire ?
- 28 Téléconsultation, oui, mais pas n'importe comment...

## ÉTUDE

- 30 Les anomalies funiculaires majorent-elles les risques obstétricaux ?

## CONSEILS DE PROS

- 32 Êtes-vous attentif à la douleur des nourrissons ?

## PROFESSION SAGE-FEMME

- 36 International
- 40 Dans ma bibliothèque de pro
- 41 Opinion
- 42 À noter dans vos agendas

# PAROLE DE SAGES-FEMMES

## Rédaction

Directeur de la publication  
François Pelissier

## Rédactrice en chef

Géraldine Dahan Tarrasona

## Directrice des communautés

### Doctissimo

Karine Levy Heidmann

## Cheffe de rubrique Doctissimo

Agathe Thine

## Réalisation

Cécile Morel  
Philippe Fernandes

## Photographies

Getty Images

## Directrice commerciale pôle santé

Anne Pelloux  
anne.pelloux@unifygroup.com  
paroledesagesfemmes.com

## Remerciements :

Frédérique Perrotte,  
Blandine Boquet, Caroline  
Marette, Véronique Simonnot,  
Marion Volle, Audrey  
Duvrac, Laetitia Martin

## Mayane|group

Parole de sages-femmes  
est éditée 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



## LA CONTRACEPTION GRATUITE pour les moins de 25 ans dès janvier 2022

Depuis 2020, les jeunes filles de moins de 15 ans bénéficient d'une prise en charge de la contraception. Cette mesure sera étendue aux moins de 25 ans. Dans une annonce faite en septembre dernier, le ministre de la Santé, Olivier Véran, trouvait « insupportable que des femmes ne puissent pas se protéger, ne puissent avoir une contraception, si elles en font le choix, parce que ça leur coûte trop cher ». En effet, cette mesure a été prise du fait du recul de la contraception chez les jeunes femmes dont la principale raison est d'ordre financière.

Cette mesure, estimée à 21 millions d'euros, qui permettra de prendre en charge la contraception hormonale, le bilan biologique avec la consultation de prescription et tous les soins liés, rentrera en vigueur en janvier 2022.

Sources : [leparisien.fr](http://leparisien.fr), [ladepeche.fr](http://ladepeche.fr)



## MATERNITÉS D'ILE-DE-FRANCE : Transparence sur les pratiques obstétricales

Quel est le taux d'accouchements voie basse, de césariennes, d'épisiotomies ou bien d'anesthésies péridurales ? Les parents peuvent désormais en prendre connaissance en naviguant sur le site [accouchements.sante-idf.fr](http://accouchements.sante-idf.fr). Cette plateforme, créée par l'Agence régionale de santé Ile-de-France en collaboration avec des gynécologues-obstétriciens, des sages-femmes et le Collectif interassociatif autour de la naissance, répertorie les pratiques obstétricales de 78 maternités. En fonction de la proximité géographique, de la situation médicale, les parents accèdent depuis une carte interactive à la fiche de la maternité de leur choix, en Ile-de-France. L'idée étant de faciliter la communication des actes de périnatalité aux parents et aussi de réfléchir pour améliorer les pratiques professionnelles.

Source : [accouchements.sante-idf.fr](http://accouchements.sante-idf.fr)

## EN CHIFFRES :

**Le cancer du col de l'utérus**

→ Chaque année, **3000 femmes sont touchées** par le cancer du col de l'utérus, en France, et 1000 en meurent

→ **3/4 des cas** de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués chez les femmes de **moins de 65 ans**.

→ Seules **28% des filles** de 16 ans sont vaccinées contre l'HPV

→ Environ **58% des femmes âgées de 25 à 65 ans** ont bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus en 3 ans

→ Presque **100% des cas** de cancer du col de l'utérus sont liés à une infection à HPV transmis sexuellement

Source : [santepubliquefrance.fr](http://santepubliquefrance.fr)

## MÉDICAMENTS :

**Trop de prescriptions à l'usage des enfants**

**La France est un des pays les plus prescripteurs et ceci s'applique aussi pour les médicaments à l'usage des enfants.** En effet, selon une étude française, 86 enfants de moins de 18 ans sur 100 ont été exposés à au moins une prescription médicamenteuse au cours d'une année sur la période 2018-2019, soit une augmentation de 4% lorsqu'on compare à une analyse de 2010-2011. Les résultats relayés dans The Lancet Regional Health Europe. Quant aux enfants âgés de moins de 6 ans, plus de 97 sur 100 étaient exposés aux médicaments sur une année entre 2018 et 2019. Parmi les trois classes thérapeutiques les plus prescrites, on retrouve en tête les analgésiques

(64%), puis les antibiotiques (40%) et enfin les corticoïdes par voie nasale (33%). D'ailleurs si les antibiotiques ont connu une baisse de prescription de 12% en 12 ans, Dr Marion Taine, co-auteure de l'étude, explique que cela est « *insuffisant car plus d'un enfant de moins de 6 ans sur deux a reçu une prescription d'antibiotique dans l'année* ».

Avec ces résultats préoccupants, il est temps de prendre conscience de l'importance de la balance bénéfice-risque des médicaments chez les plus jeunes, particulièrement vulnérables aux effets indésirables à court et à long terme.

Source : [presse.inserm.fr](http://presse.inserm.fr)

## POUR SOIGNER LES SOIGNANTS :

**Une maison spéciale a ouvert ses portes**

**La première Maison des soignants a ouvert ses portes à Paris le 31 août dernier.** Après plusieurs années de travail, l'Association Soins aux Professionnels de Santé (SPS) et la région Ile-de-France sont parvenues à la concrétisation de ce beau projet en créant un lieu entièrement dédié à prendre soin des soignants.

Il s'agit d'un lieu d'échanges, de rencontres où les professionnels peuvent être accompagnés pour

leurs besoins de santé. Troubles du sommeil, gestion du stress, burn-out, les soignants disposent de divers ateliers : méditation de pleine conscience, apprendre à mieux s'alimenter... et ont la possibilité de débiter, si besoin, un suivi psychologique. Bref, il s'agit d'une maison pour se ressourcer et pour prévenir ou combattre l'épuisement psychologique des soignants.

Source : [linfodurable.fr](http://linfodurable.fr)

## LES "RENCONTRES" :

### La nouvelle émission digitale de Doctissimo

**Rencontrer des experts, partager en toute bienveillance, dans un cadre chaleureux, un peu comme à la maison, voilà le ton donné aux « Rencontres » de Doctissimo diffusées depuis le 5 octobre dernier sur la toile.**

Pour ce nouveau format de 45 minutes, Doctissimo, en collaboration avec Parole de Sages-Femmes, a ouvert le bal avec des thématiques autour de la maternité : « A quoi sert la préparation à la naissance ? », « Que faire

si l'accouchement ne s'est pas déroulé comme imaginé » ?

Dans un cadre intimiste, de jeunes parents et une femme enceinte ont apporté leurs témoignages et des experts, gynécologue, sage-femme et professeure de yoga, leur éclairage et leurs conseils.

#### **Pour visualiser ces premières Rencontres :**

Rendez-vous sur la page Facebook de Doctissimo !

## 30<sup>E</sup> GRAND PRIX EVIAN : les lauréates ont assurés !

**C'est dans un cadre idyllique que s'est déroulé le 30<sup>e</sup> Grand Prix evian des sages-femmes, les 5 et 6 octobre dernier.** Cette année, ce sont six sages-femmes de Paris, Lille, Nice, de Strasbourg et Clermont-Ferrand qui ont eu le privilège de présenter leur mémoire d'une qualité remarquable. Dignes d'un concours d'éloquence, ces jeunes femmes ont su en 180 secondes captiver l'auditoire avec originalité ou bien humour. Difficile de départager les lauréates. Pour en arriver là, elles sont toutes gagnantes et enrichies de cette expérience. Néanmoins, le jury a eu la lourde tâche de nommer une lauréate pour le Prix Scientifique et le Prix spécial Jury. Pour 2021, c'est Laurine Perry, de Clermont-Ferrand, avec « *Activité physique, comportements sédentaires et grossesse : connaissances, conseils et sentiment de compétence de sages-femmes* », qui a remporté le 1er Prix Scientifique et Juliette Larivière de Lille, avec « *Le toucher relationnel en salle de naissance - Etude qualitative auprès de patients* », qui a gagné le 1er Prix spécial Jury.



PDSF ne manquera pas, à l'occasion des prochains numéros, de vous partager les travaux de toutes les lauréates.

@Herve Schmelzle

De gauche à droite, jury : Claire Ramelli-Lamy, Sandrine Brame, Isabelle Vaast, Marianne Portmann, Stéphanie Paris et les deux lauréates Juliette Larivière (1er Prix spécial Jury) et Laurine Perry (1er Prix Scientifique).



# 93,8%

C'est le taux d'exhaustivité du dépistage néonatal de la surdité bilatérale universel évalué deux ans après le lancement du programme, fin 2014, dans les maternités.

*Source : Le dépistage universel de la surdité permanente bilatérale néonatale en France : évaluation de son déploiement après deux années de fonctionnement – BEH N° 10 - 29 juin 2021*

## **GROSSESSE ET POLLUTION : le poids de naissance de l'enfant diffère selon le trimestre d'exposition**

**L'exposition in utero aux particules fines est un sujet de plus en plus étudié. Pour autant, son impact sur le poids de naissance n'est pas très clair.** En utilisant les données de 13.334 femmes de la cohorte longitudinale ELFE, des chercheurs français ont estimé l'exposition des mères aux particules fines trimestre par trimestre et l'impact sur le poids de naissance du nouveau-né.

En considérant la grossesse dans son intégralité, aucune association significative n'a été observée entre exposition maternelle à la pollution et poids de naissance.

En revanche, les différences apparaissent lorsque l'analyse est réalisée trimestre par

trimestre. Au premier trimestre, le poids de naissance augmente d'environ 44 g pour toute augmentation de 5 microgrammes d'exposition aux PM 2,5 (particules fines inférieures à 2,5 micromètres) et PM 10, et 18,4 g pour toute augmentation de 10 microgrammes d'exposition au NO2. A contrario, le poids de naissance est plus faible pour les trimestres suivants et particulièrement pour le troisième : une diminution de 48,1 g avec une exposition PM 2,5. En milieu rural, cette tendance était majorée.

*Source : Maternal Ambient Exposure to Atmospheric Pollutants during Pregnancy and Offspring Term Birth Weight in the Nationwide ELFE Cohort. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(11). doi: 10.3390/ijerph18115806. PMID: 34071637*

## TROUBLES HYPERTENSIFS ET GROSSESSE : Quelle prévalence en France ?

Une étude française publiée dans l'*International Journal of Environmental Research and Public Health* a évalué les troubles hypertensifs gravidiques sur plus de 6 millions de grossesses entre 2010 et 2018 et les femmes ont été suivies 6 semaines après leur accouchement. Les résultats mettent en évidence que 7,3 % des femmes ont présenté une grossesse avec troubles hypertensifs graves dont 8,4% des nullipares et 6,5% des multipares. Ils nous apprennent aussi que les femmes concernées par les troubles hypertensifs sont plus âgées, sont plus souvent issues d'un milieu social défavorisé et plus susceptibles de présenter un diabète gestationnel et des antécédents de maladies cardiovasculaires. Pour les formes sévères d'éclampsie, la pathologie touchait autant les nullipares que les multipares. L'étude sensibilise enfin sur les patientes souffrant d'hypertension artérielle antérieure à la grossesse qu'elle soit persistante ou non, car elle multiplierait le risque de prééclampsie de 7,5 lorsqu'elle est persistante et de 6,2 lorsqu'elle ne persiste pas chez les nullipares (15,1 et 12,2 chez les multipares). L'hypertension artérielle gravidique multiplierait, quant à elle, par 2,9 le risque de prééclampsie chez les nullipares et par 4,2 chez les multipares. En conclusion, les patientes concernées par une hypertension artérielle, qu'elle soit antérieure à la grossesse ou survenant pendant celle-ci, méritent une attention particulière pour prévenir les risques de mortalité...

Référence : Ouidir M, Seyue E, Rivière E, Bernard J, Cheminat M, Cortinouis J, Ducroz F, Dugay F, Hulin A, Kloog I, Laborie A, Launay L, Malherbe L, Robic PY, Schwartz J, Siroux V, Virga J, Zaros C, Charles MA, Slama R, Lepeule J. Maternal Ambient Exposure to Atmospheric Pollutants during Pregnancy and Offspring Term Birth Weight in the Nationwide ELFE Cohort. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11). doi: 10.3390/ijerph18115806. PMID: 34071637



« les femmes  
concernées par  
les troubles  
hypertensifs sont  
plus âgées... »



## Les français, la PMA et la GPA

D'après une enquête réalisée par l'IFOP pour l'Association des Familles homoparentales :

- **67% des Français** sont favorables à l'élargissement de la PMA pour les femmes célibataires et les couples de femmes
- **53% des Français** sont favorables à la GPA pour les couples homosexuels
- **70% des Français** jugent qu'une famille homoparentale est une famille à part entière

*Sources : La position des Français sur la PMA, la GPA et le don de gamètes - Enquête publiée à la lecture de la 3e lecture du projet de bioéthique à l'Assemblée nationale. Rapport d'étude pour l'ADFH - 3 juin 2021 - Ouest-France.fr - Actu.fr ifop.com/wp-content/uploads/2021/06/118228\_Rapport\_Ifop\_ADFH\_2021.06.04.pdf*



## **LA PMA POUR LES COUPLES DE FEMMES ET FEMMES CÉLIBATAIRES : mais qu'est- ce que cela implique ?**

**Pleine de rebondissements, la décision attendue par de nombreuses femmes a été adoptée avec 326 votes contre 115, le 29 juin dernier : la procréation médicalement assistée est désormais ouverte aux couples de femmes ainsi qu'aux femmes célibataires.**

La France devient ainsi le onzième pays européen, aux côtés de l'Espagne, le Portugal, la Belgique, à autoriser cette mesure. Dorénavant, toutes les femmes peuvent bénéficier de quatre tentatives de fécondations in vitro et six tentatives d'inséminations intra-utérines, sans condition d'infertilité, prises en charge à 100% par l'Assurance maladie, et ce, jusqu'à leur 43e anniversaire. Les femmes n'auront plus besoin de traverser les frontières pour enfanter. Selon une enquête menée par la Croix en 2020, plus de 2400 femmes consultent, chaque année, en Belgique et en Espagne pour recourir à la PMA.

La loi prévoit aussi de nouvelles modalités en ce qui concerne la filiation. Les deux femmes, et pas seulement celle qui a porté l'enfant, pourront devenir les parents légaux. Ainsi, ils apparaîtront sur l'acte de naissance, mariés ou non. Ceci sous couvert qu'une déclaration anticipée ait été réalisée chez le notaire. En ce qui concerne l'accès aux origines, à l'âge de 18 ans, les enfants nés de dons, pourront déposer un dossier auprès d'une commission d'accès aux origines. Ils pourront accéder aux données non identifiantes et s'ils le souhaitent et à l'identité du donneur. Ceci implique pour le donneur l'obligation d'accepter que son identité puisse être révélée un jour.

## Colorado

### Anxiété, périnatalité : les pères sont aussi concernés

La transition vers la parentalité n'est pas une étape anodine ! Si l'anxiété maternelle est de plus en plus étudiée durant la période périnatale, les hommes sont aussi bouleversés. Comme en témoigne une étude du *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, sur une méta-analyse de 23 études, incluant 40 124 participants : 9,9% des pères étaient concernés par l'anxiété pendant la grossesse et 11,7% lors de la première année du post-partum. Ces taux sont bien plus élevés que celui de l'anxiété de la population générale évalué, par l'Organisation mondiale de la santé, entre 2,2% et 3,8%.

La santé mentale des pères, encore taboue, mérite donc des actions de prévention !

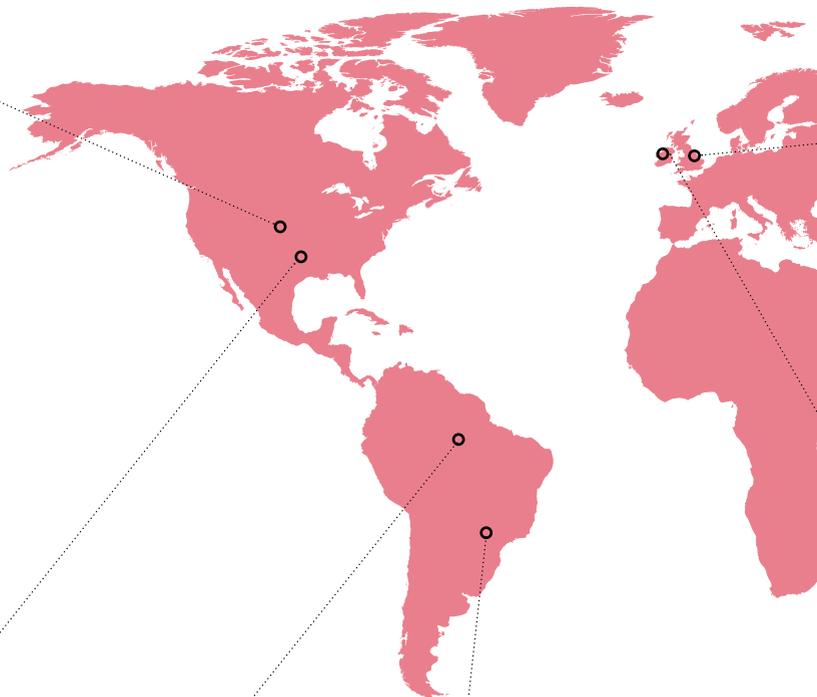
*Source: Anxiety among fathers during the prenatal and postpartum period: a meta-analysis - Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology - doi.org/10.1080/0167482X.2021.1885025*

## Texas

### IVG : une loi « anticonstitutionnelle »

Depuis le 1er septembre, une nouvelle loi qui restreint le droit des femmes est entrée en vigueur au Texas. Elle interdit l'IVG dès que les battements cardiaques de l'embryon sont perceptibles, c'est-à-dire aux alentours de la 6e semaine de grossesse, alors que de nombreuses femmes ignorent encore être enceintes et ce, même en cas d'inceste ou de viol. Dans cet état très conservateur, les mesures sont drastiques et incitent même à la délation les citoyens en portant plainte au civil contre les personnes qui avortent et contre les organisations qui pratiquent les IVG. En se lançant dans cette « chasse » aux IVG, ils sont dédommagés de 10 000 dollars en cas de condamnation. Joe Biden a jugé cette loi « anticonstitutionnelle », pour autant, la Cour suprême américaine ne l'a pas bloquée.

Sources : France24.com, Lemonde.fr



## Brésil

### Allaitement : n'importe où, n'importe quand

Allaiter en public a fait couler beaucoup d'encre ces derniers temps. Alors pour aider à changer les mentalités et à rendre « normal » cette façon naturelle de nourrir un enfant, un couple de photographes, résidant au Brésil, s'est lancé dans le projet photo « Anytime, Anywhere ». Celui-ci a été initié en 2015 et a provoqué l'enthousiasme des mères. Un appel à participation des photographes sur les réseaux sociaux et une centaine de femmes étaient déjà partantes pour défendre cette cause. Ils ont déjà photographié des femmes allaitant en public au Brésil et en Pologne et envisagent de poursuivre avec une troisième série à Paris. Pour découvrir les photos, rdv sur leur compte Instagram : [@anytimeanywhereproject](#)

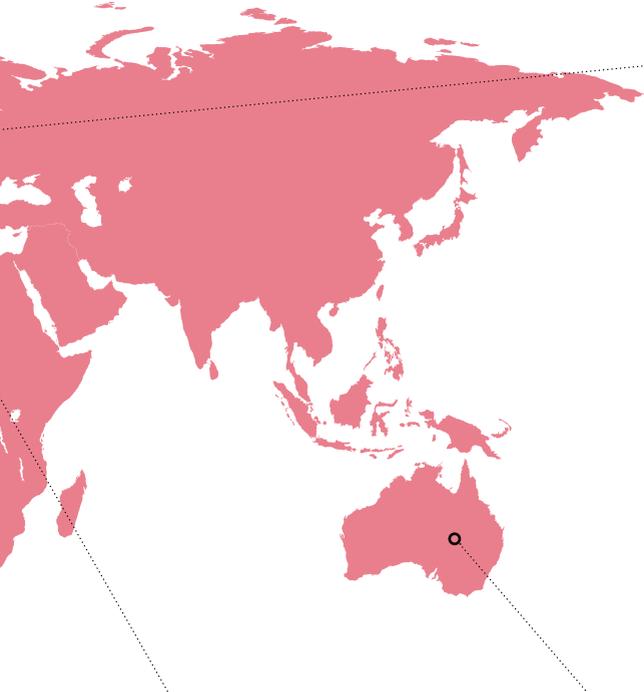
Source : Positiur.fr

## Argentine

### La maternité compte dans le calcul de la retraite

Une avancée pour le droit des femmes ! En Argentine, les mères pourront bénéficier d'annuités supplémentaires pour leur départ en retraite. En vigueur depuis le 4 août, le dispositif permet aux mères de plus de 60 ans, à qui il manquait les 30 années de cotisation nécessaire, de gagner des annuités. Dès cette année, ce sont 155.000 femmes ayant des enfants qui bénéficieront de ce droit. L'Argentine devient ainsi le seul pays d'Amérique latine à reconnaître la maternité dans le calcul des retraites.

Sources : Lacroix.com, cnews.fr



## Grande-Bretagne

### L'anatomie génitale féminine, cette mystérieuse du grand public

Vagin, clitoris, urètre, vulve, anus, périnée, si ces mots sont connus, qu'en est-il de la connaissance de leur emplacement ?

Des chercheurs britanniques ont évalué les connaissances du grand public sur l'appareil génital externe de la femme et sur le prolapsus des organes pelviens dans une étude parue dans l'*International Urogynecology Journal*.

Verdict ? Parmi les 191 personnes interrogées (171 femmes et 20 hommes de plus de 18 ans), seuls 46% ont nommé correctement les trois orifices des organes génitaux externes. Le vagin apparaissait comme la structure génitale la plus connue avec 67% de bonnes réponses, par contre, seuls 35% connaissaient l'urètre. Sur 103 personnes qui ont tenté de nommer les différentes parties sur une planche anatomique, elles n'étaient que 9% à reconnaître les 7 structures (les grandes lèvres, petites lèvres, le clitoris, l'urètre, le vagin, le périnée et l'anus). Le périnée n'a été identifié que pour 18% des répondants. Aussi, les auteurs ont constaté une confusion entre l'urètre et le clitoris ; le clitoris a été confondu pour 9% avec l'urètre et inversement pour 49%.

En conclusion, l'anatomie féminine, on en parle beaucoup, mais on ne la connaît pas si bien !

Source : *Public understanding of female genital anatomy and pelvic organ prolapse (POP): a questionnaire-based pilot study - International Urogynecology Journal (2021)*  
[link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-021-04727-9](https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-021-04727-9)

## Édimbourg

### Endométriose : L'intervention chirurgicale n'est pas toujours une bonne option

Réduire les douleurs de l'endométriose en pratiquant une intervention chirurgicale chez les femmes souffrant de cette pathologie chronique n'est pas toujours la meilleure alternative thérapeutique. En tout cas, selon le professeur de gynécologie et de sciences de la reproduction au MRC Center for Reproductive Health de l'Université d'Édimbourg, Andrew Horne, retirer les tissus envahis par l'endométriose pourrait même entraîner des complications. Le professeur avance que l'endométriose devrait être classée en 3 types pour définir le meilleur traitement, à savoir l'endométriose péritonéale superficielle, l'endométriose ovarienne kystique et l'endométriose profonde. Ainsi, en cas d'atteinte ovarienne, le risque étant de développer des kystes susceptibles de rompre et de déclencher des douleurs intenses. Dans ce cas, la chirurgie est préconisée. En revanche, si l'endométriose est péritonéale et superficielle – elle concerne 80% des patientes –, la probabilité que le tissu endométriosique ectopique soit responsable des douleurs est plus faible. C'est le tissu malade, en interagissant avec les nerfs du bassin qui va provoquer des douleurs. Et comme l'explique Dr Horne, dans *The Guardian*, « dans les cas de douleur neuropathique, il est très peu probable que des chirurgies répétées soient une bonne chose ». La chirurgie pourrait même aggraver la situation.

Source : *Theguardian.com*

## Australie

### Dépister la restriction de la croissance fœtale : quelles conséquences sur le devenir du nouveau-né ?

Dans un article du *Journal of Paediatrics of Child Birth*, des chercheurs ont analysé les issues néonatales de fœtus suspectés de restriction de croissance fœtale. Selon la conclusion, le dépistage du défaut de croissance et l'induction de l'accouchement réduit la mortalité, mais pas la morbidité néonatale. En comparant les issues néonatales de fœtus avec restriction de croissance (<3e percentile) et naissance induite, ceux sans intervention et ceux non dépistés, les chercheurs ont observé un taux plus faible de mort-nés (0,8% vs 16,4%) et de mortalité néonatale (3,8% vs 5%) comparativement aux fœtus avec restriction fœtale, mais non dépistée en anténatal. Par contre, le taux d'admission en unité de soins intensifs néonataux atteignait 3% pour les nouveau-nés dépistés et dont la naissance avait été déclenchée contre 1,1% pour les non dépistés.

Reference : *Does detection of fetal growth restriction improve neonatal outcomes? Journal of Paediatrics and Child Health Volume57, Issue5 - May 2021 - Pages 677-683*

# POUR SE RENDRE À LA MATERNITÉ DE PLUS EN PLUS DE FEMMES FONT PLUS DE 45 MINUTES DE TRAJET

LE TAUX DE FEMMES RÉSIDANT À 45 MINUTES D'UNE MATERNITÉ AUGMENTE DEPUIS LES ANNÉES 2000 SELON UNE ÉTUDE DE LA DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES).

Le temps de trajet pour accéder à une maternité progresse de 15%, soit un trajet passé, en moyenne, de 8 à 9 minutes entre 2000 et 2017, pour la moitié des femmes en âge de procréer. Une des causes? La fermeture des petites maternités. **En effet, en 17 ans, le nombre de maternités est passé de 717 à 496.**

Si cette augmentation de 1 minute peut sembler anodine, toutes les femmes sur le territoire français ne sont pas logées à la même enseigne. Dans certains départements, elles sont de plus en plus nombreuses à faire plus de 45 minutes de route pour accéder à une maternité.

En fait, si les maternités n'avaient cessé de fermer leurs portes depuis les années 2000, la part des femmes résidant à plus de 45 minutes de ces lieux aurait pu décroître de 11%. Mais sur la période 2000 à 2017, les maternités ont fermé, ont déménagé et ont fusionné. Seules deux ont ouvert sans être issues de ces mutations. **Résultats ? L'accessibilité aux maternités est restée au mieux identique ou au pire s'est dégradée**, comme c'est le cas dans le Lot, la Nièvre et le Cantal. Par exemple, dans le Lot, le pourcentage des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité est passé de 6 %, en 2000, à 24 % en 2017, suite à la fermeture de trois des quatre maternités présentes en 2000.

Dans le même temps, les maternités sont devenues plus grandes et plus spécialisées. En cas de grossesse pathologique, pour accéder à une maternité de niveau 3, les femmes résident en

moyenne à 22 minutes de celles-ci en 2017 contre 24 minutes, en 2000. Le temps de trajet s'est donc raccourci excepté pour 11 départements, les Alpes de Haute-Provence, des Hautes-Alpes, de l'Aveyron, du Cantal, de la Corse-du-Sud, de la Haute-Corse, de l'Indre, du Lot, du Lot-et-Garonne, de la Lozère et de la Nièvre, où les femmes font plus de 45 minutes de trajet. L'accessibilité à ces maternités reste toutefois inchangée entre 2000 et 2017.

Sources : [drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2024%20-%20La%20naissance%20%20les%20maternit%C3%A9s%20.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2024%20-%20La%20naissance%20%20les%20maternit%C3%A9s%20.pdf)  
[drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1201.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1201.pdf)

## QUELQUES CHIFFRES :

→ En France métropolitaine, le nombre de maternité est passé de 1369 en 1975, à 814 en 1996 et enfin à **471 en 2018** (hors service de santé des armées).

→ Alors que **le taux de natalité se maintenait entre 710 000 ou 800 000**, le nombre de lits en service d'obstétrique a été quasiment divisé par deux. Le taux d'utilisation des lits a augmenté, **il est passé en moyenne de 22 accouchements annuels par lit à 48.**

→ La durée moyenne de séjour est passée de **8 jours en 1975**, à **5,3 en 1996**, puis à **4,6 en 2018.**



**« En 17 ans,  
le nombre de maternités  
est passé de 717 à 496. »**

## LA RESTRUCTURATION DES MATERNITÉS

### → En 1972

La parution du décret Dienesch, applicable aux cliniques privées d'accouchement, impose des normes de sécurité très détaillées pour les locaux et le plateau technique. **Quinze lits minimum** étaient notamment requis pour obtenir l'autorisation d'exercice d'une maternité. Ce décret a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. La même année, des normes identiques à celles du décret Dienesch sont mises en œuvre dans le secteur public. Ce sont alors les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes, qui ont été touchées.

### → En 1998

Le 9 octobre 1998, les décrets de Périnatalité définissent **trois types de maternités**, qui prennent en charge les grossesses selon le niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. L'objectif est d'orienter les femmes enceintes vers les structures adaptées, en fonction de ces niveaux de risque, grâce à un suivi prénatal précoce. Ces dispositions ont été complétées par les plans Périnatalité 1995-2000 et 2005-2007.



### Frédérique Perrotte

Sage-femme coordinatrice du réseau ville-hôpital endométriose RESENDO  
au Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph

**« Je me suis rendu compte que le suivi gynécologique des femmes en situation de handicap présentait des carences »**

ALORS QUE SEULS 58% DES FEMMES EN SITUATION DE HANDICAP DÉCLARENT UN SUIVI EN ÎLE-DE-FRANCE, L'ASSOCIATION COACTIS SANTÉ MILITE POUR L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS.

Un de ces projets est celui d'avoir développé des fiches-conseils sur le suivi gynécologique des femmes en situation de handicap.

d'Éducation Familiale), contributrices à la réalisation de ces fiches nous en disent plus.

Frédérique Perrotte, sage-femme, et Blandine Boquet, médecin (Centre de Planification et



**PAROLE DE SAGES-FEMMES : Pourquoi avoir participé à ces fiches à destination des professionnels ?**

**FRÉDÉRIQUE PERROTTE :** Quand j'étais coordinatrice au sein du Réseau de Santé Périnatal Parisien, j'ai répondu à plusieurs appels à projet sur le handicap. **Je me suis rendu compte que le suivi gynécologique des femmes en situation de handicap présentait des carences.** Elles étaient souvent oubliées. **Ces femmes ne sont pas dépistées assez tôt pour le cancer du col de l'utérus,** en partie, à cause d'une représentation erronée de leur sexualité. Leur accès aux soins est aussi compliqué, en effet, seules 58%<sup>1</sup> des femmes en situation de handicap, en Ile-de-France, déclarent un suivi gynécologique contre 77%<sup>2</sup> des femmes en population générale. Alors quand Odile Antoine, la coordinatrice du projet HandiConnect de l'association CoActis Santé, m'a contactée pour participer à la création de fiches sur le suivi gynécologique de ces femmes, j'ai naturellement accepté.

**PDSF : Que trouve-t-on sur ces supports ?**

**FP :** Nous avons construit trois fiches à destination des médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes et pour les médecins coordinateurs en Établissement et Services Médico-Sociaux qui réalisent le suivi gynécologique afin de leur donner des pistes sur le suivi des femmes en situation de handicap. Nous avons beaucoup travaillé sur la représentation de ces femmes pour mettre à mal les idées reçues par exemple, « voir un gynéco ? Pour quoi faire ! », « Pas de sexualité pour les handicapés ! »... Ainsi, on rappelle les essentiels, à savoir les thèmes à aborder en consultation gynécologique chez les femmes handicapées, les examens complémentaires au besoin, et comment préparer la consultation. Une fiche propose un arbre décisionnel pour aider le professionnel à passer le relais et indique les structures vers lesquelles orienter la femme en situation de handicap.

# OÙ TROUVER CES FICHES ?

Sur le site [handiconnect.fr](http://handiconnect.fr)

→ N°54 suivi gynécologique des femmes en situation de handicap pour gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes pratiquant le suivi gynécologique

→ N°55 suivi gynécologique des femmes en situation de handicap pour médecins généralistes, médecins coordinateurs en Établissements et Services Médico-sociaux

→ N°56 Suivi et soins gynécologiques des femmes en situation de handicap : quand passer le relais. Pour les gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes

Extrait fiche n°56 : Arbre décisionnel



**Dr Blandine Boquet**

Gynécologue obstétricienne travaillant en centre de planification et d'éducation familiale, Paris

## Quels sont les besoins en termes de suivi gynécologique des femmes en situation de handicap ?

Les femmes sont les mêmes avec ou sans handicap. Après, il est vrai que le suivi avec des femmes présentant un handicap psychique est plus compliqué, notamment pour parler contraception. D'un point de vue matériel, il faut disposer de lieux adaptés et accessibles.

Je pense qu'il ne faut pas infantiliser les personnes handicapées. Ce sont des personnes comme tout le monde avec ou sans sexualité, avec des besoins en santé sexuelle. Pour les consultations, il faut aller à leur rythme, les informer sur le déroulé de la consultation et

différer l'examen clinique dans la mesure du possible. Il faut savoir aussi que ces femmes sont plus souvent concernées par des violences.

Sources : 1. Étude handiGyneco ARS IdF : Diagnostic de la filière de soins gynécologique et obstétricale accueillant des femmes en situation de handicap sur le territoire francilien consulter 2. Congrès National des Observatoires de la Santé 2008 Les inégalités de santé. Health, preventive health care, and health care access among women with disabilities in the 1994-1995 national health interview survey, supplement on disability. Women's Health Issues, 2006, 16(6), 297-312.



# 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)

Recevez votre coffret  
ou téléchargez notre  
documentation



AU LAIT DE VACHE FRANÇAIS

AU LAIT DE CHÈVRE



FORMULE  
CLASSIQUE

FORMULE  
ENRICHIE  
PRÉ & PROBIOTIQUES



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.

\* Conformément à la réglementation applicable en 2020



## SANTÉ ORALE ET GROSSESSE : 5 POINTS À CONNAÎTRE

LA SANTÉ BUCCALE DES FEMMES ENCEINTES N'EST PAS À PRENDRE À LA LÉGÈRE. LES MODIFICATIONS DE LA GROSSESSE LES RENDENT PLUS VULNÉRABLES AUX INFECTIONS DENTAIRES, ELLES-MÊMES, FACTEURS DE RISQUE DE COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES. LES SAGES-FEMMES ONT UN RÔLE DE PRÉVENTION À JOUER, ALORS FAISONS LE POINT, POUR NE PAS PASSER À CÔTÉ !

### 1. Les modifications de la grossesse bouleversent la santé dentaire des femmes enceintes

Les femmes connaissent de nombreux changements pendant la grossesse et leur cavité buccale n'est pas épargnée.

En effet, l'augmentation des apports alimentaires à tendance sucrée et acide, les nausées, les vomissements, les régurgitations,

l'hypersialorrhée, le pH plus acide de la cavité buccale (6,7 à 6,2) vont contribuer au développement de pathologies buccales.

### 2. Les femmes enceintes sont plus vulnérables aux pathologies buccodentaires et parodontales

Les modifications, induites en partie par une dysbiose et l'acidité de la cavité buccale, vont favoriser le développement de pathologies

### **buccodentaires et parodontales.**

Parmi elles :

- La maladie carieuse est une infection au sein de l'émail qui rend la dent sensible. Si elle n'est pas soignée, elle nécrose au-delà de la racine et peut évoluer vers un abcès.
- L'érosion dentaire est due à une déminéralisation chimique provenant de l'acidité buccale, elle-même liée à la modification du flux salivaire et à un reflux gastrique
- La gingivite survient en réaction de défense de la gencive vis-à-vis des bactéries présentes sur la surface de la dent. Quand l'accumulation de la plaque est conséquente, une rougeur va apparaître particulièrement dans les espaces interdentaires et au niveau de la papille gingivale. Plus l'accumulation de plaque est importante, plus les signes s'accroissent, à savoir, rougeurs, œdèmes, saignements provoqués par le brossage puis spontanés au fur et à mesure du temps.
- La parodontite survient quand la gingivite n'est pas traitée. Elle peut provoquer une destruction osseuse dont les conséquences sont des récessions gingivales et des mobilités dentaires.
- L'épulis est une excroissance gingivale qui se développe à partir de la gencive. Elle augmente l'inflammation de la gencive, elle crée des difficultés d'hygiène dentaire et entraîne une gêne fonctionnelle. Généralement, elle régresse après l'accouchement, le cas échéant la tumeur peut être éliminée chirurgicalement.

### **3. Les maladies parodontales pendant la grossesse exposent la femme enceinte à des complications obstétricales**

Les bactéries et les médiateurs inflammatoires liés à la maladie parodontale sont capables d'atteindre la barrière placentaire. Ces manifestations sont à risque de complications obstétricales. En effet, des études mettent en évidence une association positive entre maladie parodontale pendant la grossesse et risque de prématurité ou de prééclampsie. Selon Offenbacher (1996), la maladie parodontale sévère multiplie par 7 le risque de

naissance prématurée et pour Papapanou (2013), il existe une association significative entre maladie parodontale et prématurité pour prééclampsie .

### **4. Le traitement parodontal pourrait réduire le risque de complications obstétricales**

Le traitement parodontal est sans danger pour la mère et l'enfant et pourrait apporter des bénéfices. Il réduirait le risque de complications périnatales particulièrement chez les femmes à haut risque (méta-analyse 2015). D'autres auteurs ont montré un rapport significatif entre le succès du traitement parodontal et un accouchement à terme (Jeffcoat and al 2011).

Le traitement consiste à éliminer les facteurs de rétention de plaque bactérienne en nettoyant en profondeur lorsque la patiente est atteinte d'une parodontite.

### **5. Il est possible de prévenir les complications dentaires chez la femme enceinte :**

- En instaurant un bilan buccodentaire trimestriel
- En sensibilisant la patiente à la santé orale pour réduire la plaque dentaire : brossage des dents avec brosse souple pendant deux minutes, au minimum deux fois par jour, utilisation de bossettes interdentaires, de bain de bouche à la chlorhexidine et recommandation d'une alimentation équilibrée
- En ne différant pas les soins urgents. Chaque trimestre a ses particularités, pour le premier, seuls les soins urgents sont réalisés, le deuxième est la période propice pour intervenir, quant au troisième, le dentiste privilégiera des séances courtes en position demi-assise et interviendra pour les traitements urgents.

Aussi l'Assurance maladie propose un bilan de prévention gratuit à toutes les femmes enceintes au 4e mois de grossesse. Sinon, les soins sont pris en charge à 100% le premier jour du sixième mois de grossesse.



**Caroline Marette**

Sage-femme libérale à Offranville

## LE BILAN PRÉNATAL DE PRÉVENTION : SES OBJECTIFS, SES MODALITÉS

INSTAURÉ EN 2019, LE BILAN PRÉNATAL DE PRÉVENTION N'EST PAS SI BIEN CONNU DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET ENCORE MOINS DU GRAND PUBLIC. LE POINT AVEC CAROLINE MARETTE, SAGE-FEMME LIBÉRALE.

### Depuis quand le bilan prénatal de prévention a-t-il été instauré ?

Le bilan prénatal fait partie des consultations réalisées par les sages-femmes libérales depuis le 10 février 2019.

### Quand est-il pratiqué ?

Il doit être réalisé préférentiellement avant la 24e semaine d'aménorrhée. Le plus tôt possible au début de grossesse pour remplir au mieux ses objectifs et intérêts. Mais il peut aussi être effectué plus tard pour préparer le retour à domicile alors que la sage-femme et la patiente ne se sont pas encore rencontrées.

### Quels sont ses objectifs ? Ses intérêts ?

Cette consultation est un contact anténatal avec la sage-femme libérale qui réalise ou non le suivi de grossesse de la patiente. Celle-ci peut donc être suivie par un(e) gynécologue et bénéficier de cet entretien avec la sage-femme libérale.

Le bilan de prévention a principalement un rôle de prévention auprès des couples. Il permet d'informer les patientes sur le suivi de la grossesse, sur les mesures hygiéno-diététiques (toxoplasmose, listeria, salmonelle), sur les conduites addictives (tabac, alcool et drogues), etc.

Il est aussi l'occasion de préparer les modalités de sortie de la maternité avec un suivi à domicile dans les douze premiers jours par la sage-femme.

### Quelles différences avec l'entretien prénatal ?

L'entretien prénatal a longtemps regroupé le contenu du bilan prénatal ainsi que l'approche de la préparation à la naissance. Ces deux temps individualisés permettent désormais d'avoir deux temps d'écoute avec les couples. Un pour la prévention, l'information autour de la grossesse, son suivi et la préparation du retour à domicile après l'accouchement. L'autre, plutôt centré sur la préparation à la naissance et à la parentalité : informations sur la naissance et ses suites, sensibilisation au travail corporel, donner les clés pour rendre les parents autonomes et confiants avec leur enfant tout en ayant une approche éducative et préventive. L'entretien prénatal est aussi un temps dédié au dépistage des vulnérabilités maternelles, si la patiente n'a pas bénéficié du bilan prénatal.

### Quelle est sa durée ? Quelle est sa cotation ?

Il dure 30 à 40 minutes, il n'y a pas de durée définie comme l'entretien prénatal qui est de 45 minutes. Il est coté SF 12.6 soit 35.28 euros. Il est pris en charge à 100% avec le remboursement sécurité sociale et le remboursement mutuelle avant le 6e mois puis pris en charge à 100% au-delà avec l'Assurance maladie.



**« Cette consultation est un contact anténatal avec la sage-femme libérale qui réalise ou non le suivi de grossesse de la patiente. »**

## DOSSIER

# LA TÉLÉMÉDECINE : UNE AVANCÉE AU SERVICE DES PATIENTES ET DES SAGES-FEMMES





## Véronique Simonnot

Sage-femme sexologue libérale à Montfermeil.

# TÉLÉCONSULTATION : PAROLE DE SAGE-FEMME LIBÉRALE

ENTRÉE DANS LE DROIT COMMUN EN 2018, LA TÉLÉMÉDECINE A VU UNE ASCENSION FULGURANTE DEPUIS LE DÉBUT DE LA CRISE SANITAIRE, EN MARS 2020. LES SAGES-FEMMES SE SONT EMPARÉES DE LA TÉLÉCONSULTATION POUR RÉPONDRE AUX DEMANDES DES PARENTS. VÉRONIQUE SIMONNOT, SAGE-FEMME LIBÉRALE DEPUIS 2003, NOUS LIVRE SON EXPÉRIENCE.

### **PAROLE DE SAGES-FEMMES : Depuis quand utilisez-vous la télé-médecine ?**

**Véronique Simonnot :** Depuis le 1er confinement, en mars 2020.

### **PDSF : Pour quels types de consultations l'utilisez-vous ?**

**VS :** C'est assez large : suivi de grossesse, préparation à la naissance, entretien prénatal, consultation gynécologique de suivi.

### **PDSF : Avec quels outils travaillez-vous ?**

**VS :** Au début, j'utilisais Leah, maintenant Doctolib pour les consultations et ZOOM pour la préparation à la naissance en groupe

### **PDSF : Qu'est-ce que l'utilisation de la télé-médecine a changé pour vous (organisation...) ?**

**VS :** La possibilité de maintenir mon activité à partir de n'importe quel lieu (domicile) même lorsque le cabinet est occupé par ma collègue.

### **PDSF : À quelles difficultés avez-vous été confrontée en utilisant la télé-médecine ?**

**VS :** Les problèmes de connexion, même s'ils sont rares et les difficultés de remboursement de la part de la sécurité sociale qui continue à ce jour à réclamer des indus !

### **PDSF : Aujourd'hui, avec l'essor de la télé-médecine, quelles leçons en tirer ? Pensez-vous pérenniser cette option pour les patientes ?**

**VS :** Si la sécurité sociale le permet, je compte pérenniser cette option à minima. Les patientes préfèrent tout de même, pour la plupart, se déplacer.

# TÉLÉCONSULTATION : QUE S'EST-IL PASSÉ DEPUIS LA CRISE SANITAIRE ?

L'ASSURANCE MALADIE NE PRENAIT PAS EN CHARGE UN ACTE DE TÉLÉCONSULTATION RÉALISÉ PAR UNE SAGE-FEMME AVANT LA CRISE SANITAIRE, ET CE MALGRÉ SON DÉPLOIEMENT EN 2010. L'ÉPIDÉMIE A DÉCLENCHÉ UN COUP D'ACCÉLÉRATEUR ET DÉSORMAIS CES CONSULTATIONS SONT REMBOURSÉES, BIEN QUE LE TEXTE SOIT ENCORE DÉROGATOIRE.

La crise sanitaire a généré un certain nombre de problématiques pour les sages-femmes et les patientes. Poursuivre leur suivi obstétrical en manquant cruellement d'équipements individuels de protection et en ayant peu de possibilités de recevoir les patientes en présentiel. Face à cela, il y avait aussi la peur des femmes générée par le virus et le confinement. Il fallait donc les rassurer et répondre à leurs questionnements. Pour articuler ces contraintes, la télémédecine s'est alors présentée comme la solution pour continuer à accompagner les femmes. Mais la problématique n'était résolue qu'à moitié puisque la téléconsultation était possible par les sages-femmes, mais non remboursée.

## Téléconsultation remboursée depuis le 19 mars 2020

Devant cet état d'urgence, le CNOF a demandé au ministère de la Santé et des Solidarités le remboursement des actes de télémédecine par les sages-femmes. La requête a été acceptée et la téléconsultation est remboursée par l'Assurance maladie à 100% depuis le 18 mars 2020 avec texte dérogatoire.

Un arrêté autorise depuis le 31 mars 2020 la téléconsultations pour l'entretien prénatal précoce, le bilan de prévention et les 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Ceci a été prolongé jusqu'au 31 décembre 2021.

## Télémédecine et IVG : de meilleures perspectives pour accéder aux soins

Difficultés d'accès aux soins et de délais, l'IVG pouvait se transformer en un véritable problème sanitaire. C'est pourquoi un arrêté a été publié le 23 mars permettant, à titre dérogatoire, une téléconsultation pour l'IVG médicamenteuse en ville. Il était possible avec messageries sécurisées de transmettre l'ordonnance à la pharmacie de la patiente afin qu'elle puisse récupérer les médicaments abortifs. Cette alternative a été prolongée et elle reste valable encore aujourd'hui.

## Adaptabilité, créativité, cohésion

La crise sanitaire a montré que les sages-femmes ont trouvé de la ressource dans les outils informatiques. Pour répondre à un enjeu de santé, elles se sont mobilisées et ont fait de la télémédecine un allié. La télémédecine a aussi permis de valoriser des actes jusque-là « transparents » tels que le temps accordé aux parents pour leur donner des conseils et des informations médicales.

En attendant, la télémédecine peut répondre aux besoins de certaines patientes, mais attention, tout en respectant les règles de bonnes pratiques. Reste à voir, si les négociations avec l'Assurance maladie permettront d'intégrer la télémédecine de façon pérenne dans la convention des sages-femmes libérales.



## POURQUOI LA TÉLÉMÉDECINE EST-ELLE DANS L'ÈRE DU TEMPS ?

→ Profession de sages-femmes jeunes avec une moyenne d'âge de 40 ans

→ Elles sont volontaires et compatibles avec le numérique : 98,5% des sages-femmes ont une messagerie sécurisée de santé

→ Les patientes sont jeunes et manient le numérique facilement

→ La profession regroupe des compétences compatibles avec la télémédecine

Source : CNOSF

## CONSULTATIONS PRÉNATALES : La télémédecine est-elle sécuritaire pour les patientes ?

Une équipe australienne a évalué la sécurité d'un suivi prénatal combinant des téléconsultations et des consultations en présentiel (6 et 3 pour les grossesses à bas risque et 5 de chaque pour les grossesses à haut risque). Les issues de grossesses analysées entre avril et juillet 2020, avec ce type de suivi ont été comparées à celles entre juillet 2018 et mars 2020, avec soins prénatals classiques. Les auteurs n'ont observé aucune différence significative : 2% de diagnostic de RCIU sur les 2 périodes pour les grossesses à bas risque (5% vs 5% pour les grossesses à haut risque), 1% vs

1% pour les mortinaissances (2% vs 2%), 22% vs 22% pour le diabète gestationnel (30% vs 26%), prééclampsie 3% vs 3% (7% vs 9%).

In fine, plus de 50% de téléconsultations ont été réalisées, elles ont donc permis de réduire les consultations présentielles sans nuire à la sécurité des soins.

Source : Widespread implementation of a low-cost telehealth service in the delivery of antenatal care during the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis. Lancet, July 2021.



## TÉLÉCONSULTATION, OUI, MAIS PAS N'IMPORTE COMMENT : LES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

LE RECOURS À LA TÉLÉMÉDECINE IMPOSE DE BONNES PRATIQUES  
POUR ASSURER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES ACTES. RAPPEL  
DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS, PUBLIÉES EN 2019.

La télémédecine est une alternative pratique à la consultation médicale en présentiel. Elle emploie des actes médicaux réalisés à distance, en utilisant des technologies de l'information et de la communication (article L. 6313-1 du Code de la santé publique). Elle permet d'améliorer l'accès à l'offre de soins, notamment dans les déserts médicaux ou bien pour répondre à des besoins spécifiques comme nous y avons assisté dernièrement avec la poursuite du suivi médical en pleine crise sanitaire. À ce jour, la télémédecine se décline à travers 5 catégories

d'acte : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale. Seuls les médecins, les sages-femmes et odontologistes peuvent y recourir, mais en respectant bien certaines conditions, car ce mode de consultation ne peut être adapté à tous et tout en répondant aux lois et règlements applicables aux conditions d'exercice, aux règles de déontologie et aux standards de pratique clinique.

## Avant la téléconsultation

### → Informer et recueillir le consentement du patient

L'information et le consentement doivent être recueillis avant la téléconsultation ou celui de son représentant légal, alors tracés dans le dossier. Le patient est informé des modalités pratiques de la téléconsultation, de la confidentialité des échanges, du traitement des données personnelles et de la protection et de la sécurité des données. Il est également informé du tarif de la consultation. Il peut s'il le souhaite être accompagné d'une tierce personne.

### → La téléconsultation est-elle pertinente ?

Avant de proposer une téléconsultation, il est question de s'assurer de sa pertinence : est-elle adaptée à la situation clinique du patient ? Le professionnel médical a-t-il accès aux informations administratives nécessaires à la consultation à distance ?

Aussi, le patient doit être apte à utiliser les outils informatiques et à communiquer. Le cas échéant, il pourra se faire aider par un proche ou autre qui doit s'engager à respecter la confidentialité des échanges. Il est essentiel que d'un point de vue technique tout fonctionne correctement.

## Lors de la téléconsultation

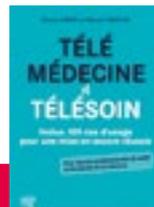
### → Vérification de l'identité du patient

Avant de débiter la téléconsultation, le professionnel procède à la vérification de l'identité du patient et s'assure que les données soient bien référencées dans son dossier. En cas d'urgence, il doit connaître également la localisation du patient.

### → Pour une consultation optimale

Même si l'écran constitue une barrière entre le patient et le professionnel, il est important d'être attentif à sa posture en étant bien en face de la caméra, à ne pas être dérangé pendant la consultation.

Si le professionnel de santé découvre au décours de la consultation que le format à distance n'est plus adapté, il peut y mettre fin en le mentionnant dans le dossier et en proposant au patient une prise en charge adéquate. Ceci s'applique au patient, s'il estime que la consultation n'est pas adaptée à ses besoins.



## Tout comprendre pour pratiquer la télémedecine et le téléssoin

Un ouvrage indispensable pour tous les professionnels de santé amenés à pratiquer la télésanté, et pour les étudiants se préparant à ces métiers. Il s'agit là du premier livre référent sur le sujet. Il présente toutes les données à connaître et 100 cas d'usage pour une mise en œuvre réussie dans chaque spécialité médicale. Télémedecine et téléssoin de Pierre Simon et Thierry Moulin aux Editions Elsevier Masson . 22€.

## C'EST EN 2010 QUE TOUT A COMMENCÉ

C'est le 21 juillet 2009 que l'article 78 de la loi n°2009-879 dite "HPST" (Hôpital, patients, santé et territoire) définit la télémedecine comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication ». La télémedecine est née ! De cette loi découle le décret du 19 octobre 2010 qui définit les quatre actes de télémedecine autorisés. La téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, et la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale. Mais ce n'est que près de 10 ans plus tard, en 2018, que la télémedecine entre dans le droit commun des pratiques médicales.

Sources : Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques OUTIL D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES - Mis en ligne le 20 juin 2019 Fiche Mémo Téléconsultation et téléexpertise Mise en œuvre Mai 2019 [has-sante.fr](http://has-sante.fr)

# LES ANOMALIES FUNICULAIRES MAJORENT-ELLES LES RISQUES OBSTÉTRICAUX ?

LE CIRCULAIRE DU CORDON EST UN ÉLÉMENT QUI EST LE PLUS SOUVENT  
TRACÉ DANS LE DOSSIER MÉDICAL DE LA PARTURIENTE.  
MAIS CETTE ANOMALIE FUNICULAIRE EST-ELLE ASSOCIÉE À UN RISQUE MAJORÉ DE  
MODIFICATION DU RYTHME CARDIAQUE FOETAL, DE LIQUIDE AMNIOTIQUE TEINTÉ  
OU MÉCONIAL, D'EXTRACTION INSTRUMENTALE OU BIEN DE CÉSARIENNE ?  
C'EST CE QUE MARION VOLLE A CHERCHÉ  
À DÉTERMINER DANS SON MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES\*



## Marion Volle

Sage-femme à St Etienne

### **PAROLE DE SAGES-FEMMES : Qu'est-ce qui vous a donné envie de travailler sur ce sujet ?**

**Marion Volle** : Lors de mes stages en salle de naissance, j'ai constaté que des sages-femmes ne notaient pas la présence d'un circulaire dans le cahier d'accouchement voire dans les dossiers, surtout s'il était lâche. Je souhaitais donc avant tout sensibiliser les professionnels à ce type d'anomalie. J'ai ensuite procédé à quelques recherches sur de précédents mémoires, je n'en ai pas retrouvé sur ce thème-là. Je me suis alors intéressée au rythme cardiaque fœtal, car comme nous le savons c'est le moyen de surveillance du fœtus le plus couramment utilisé en salle de naissance. J'ai lu de nombreuses études, étrangères pour la plupart, sur le thème du circulaire. Beaucoup d'auteurs se sont intéressés à l'impact de ce dernier sur le rythme cardiaque fœtal (RCF) mais les résultats sont très controversés. Il n'existe donc pas à l'heure actuelle de consensus quant à la gestion du circulaire...

### **PDSF : Dans votre étude rétrospective, monocentrique, vous avez analysé toutes les grossesses uniques avec une présentation céphalique dont la naissance a eu lieu entre 37 SA et 41SA+6j. Vous avez retenu 218 exposés (circulaire du cordon) et 218 non exposés (absence de circulaire du cordon). Quels sont les principaux résultats ?**

**MV** : J'ai mis en évidence deux résultats significatifs : Premièrement, il y avait presque deux fois plus de RCF intermédiaires dans le groupe des exposés. En effet, on en compte 27,3 % dans le groupe des circulaires et 15,3 % dans l'autre groupe. Deuxièmement, le critère liquide amniotique teinté ou méconial était augmenté de 7% dans le groupe circulaire (16,5% vs 9,6 %). Par ailleurs, le nombre d'extractions instrumentales et de césariennes n'était pas plus augmenté.

### **PDSF : Vous ne pouvez donc pas conclure avec ces résultats. Que proposeriez-vous pour poursuivre ce travail ?**

**MV** : Au vu de mes résultats et des conclusions de certains auteurs, le dépistage échographique du circulaire en pré-partum est probablement inutile, du moins pour les grossesses à bas risque, car son diagnostic ne modifiera pas la gestion clinique. Je propose donc d'étudier ce phénomène dans le cas des grossesses à risque et dans une étude de plus grosse ampleur.

*\*Le circulaire du cordon pendant le travail et ARCF: cohorte de 436 patientes du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse en 2018.*



**Audrey Duvrac**

Sage-femme à Poitiers

## ÊTES-VOUS ATTENTIF À LA DOULEUR DES NOURRISSONS ?

BOUCHE OUVERTE, FRONT PLISSÉ, YEUX FERMÉS, VOILÀ COMMENT DARWIN DÉCRIVAIT LA DOULEUR DES NOURRISSONS AU SIÈCLE DERNIER. POURTANT LA PRISE DE CONSCIENCE DE LEUR DOULEUR EST RÉCENTE, ET À CE JOUR, MÉRITE QUE TOUS LES PROFESSIONNELS SOIENT SENSIBILISÉS POUR MIEUX L'ÉVALUER.

### **PAROLE DE SAGES-FEMMES : La douleur des nouveau-nés : comment cette préoccupation a-t-elle évolué au fil du temps ?**

**Audrey Duvrac :** Dans les années 50, nous pouvions lire dans les manuels pédiatriques qu'il n'était pas nécessaire de pratiquer une anesthésie lors des quatre premiers jours de leur vie, pensant que les nouveau-nés ne ressentent pas la douleur. (1) Dans les années 70, le gynécologue obstétricien français, Frédérick Leboyer, alerte la communauté scientifique avec son livre "Pour une naissance sans violence" (2), sur l'importance des bruits, de la lumière, du stress répété et donc des capacités sensorielles et émotionnelles du nouveau-né, ainsi que de l'importance d'instaurer une continuité entre la vie intra-utérine et extra-utérine afin de ne pas créer un trop grand traumatisme par la naissance. (3) L'instauration d'une analgésie suffisante chez les nouveau-nés a montré des bénéfices et une diminution considérable des complications, comme démontré dans des études menées par le docteur en pédiatrie, anesthésiologie et en neurobiologie, KJS.Anand, en 1987. À cette époque, une simple immobilisation par du curare ou une inhalation d'un gaz légèrement anesthésiant au protoxyde d'azote était réalisée (4) (5)(6). Le nouveau-né a la spécificité de ne pas pouvoir se défendre face à la douleur puisqu'il possède un système de régulation qui est encore immature, le rendant incapable de réguler la sensation de douleur. Il est d'ailleurs important de souligner que les études ont pu démontrer

que l'on pouvait parler de douleur dès le terme de cinq mois de grossesse (7). Peu de travaux ont été réalisés sur la douleur du nouveau-né à la maternité, celles-ci sont plus nombreuses dans les unités de néonatalogie et réanimation pédiatrique. Le pédiatre Olivier Fresco écrit dans son livre "Entendre la douleur du nouveau-né, aux confins de l'oubli" (8), paru en 2007, que les services de maternité ont encore beaucoup de progrès à faire dans l'utilisation des échelles de la douleur du nouveau-né. Il a relevé une sous-estimation de la douleur du nouveau-né après la réalisation d'une manœuvre obstétricale et que l'évaluation de la douleur n'est pas toujours réalisée, car encore peu prise en compte dans les protocoles de soins d'accueil du nouveau-né.

### **PDSF : Aujourd'hui, quelle est la prise en charge de la douleur des nouveau-nés ? Vous avez étudié celle de la maternité de Poitiers, pouvez-vous nous en dire plus ?**

**AD :** Aujourd'hui dans les services de maternité, la prise en charge de la douleur vise à mettre en place une analgésie avec du paracétamol pour les nourrissons nés par extraction instrumentale et manifestant des signes de douleur lors de l'examen clinique, réalisé en salle de naissance. L'administration de saccharose, à visée antalgique lors d'une ponction veineuse, par exemple, est aussi largement utilisée dans les maternités de France et a montré des bénéfices. Pour mon mémoire de fin d'études \*, j'ai eu l'opportunité de



**« Il semble aussi essentiel d'encourager la mise en place d'alternatives non pharmacologiques de la douleur néonatale dans la pratiques quotidienne telles que... »**

travailler sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur des nouveau-nés en salle de naissance et lors du séjour à la maternité au CHU de Poitiers. J'ai également étudié quelles thérapeutiques étaient mises en place par les professionnels de santé pour y pallier. Lors de nos analyses, le manque de traçabilité sur l'évaluation de la douleur des nouveau-nés au CHU de Poitiers a pu être identifié. Lors des examens cliniques initiaux et de sorties de maternité, aucune échelle n'a été utilisée pour coter la douleur, mais nous avons pu remarquer qu'une évaluation était quand même, réalisée par les professionnels de santé, puisque des notions de douleurs ou la mise en place d'antalgiques médicamenteux ont pu être tracés et relevés dans les dossiers médicaux. Durant le séjour à la maternité, une échelle DAN a été cotée quotidiennement afin d'évaluer la douleur du nouveau-né ; mais cette échelle n'est pas la plus adaptée à une évaluation du confort du nouveau-né contrairement à l'échelle EDIN. Les seules prises en charge de la douleur que nous avons pu retrouver dans les dossiers portaient sur la mise en place de paracétamol, les autres moyens non pharmaceutiques n'ont pas été retrouvés. Les professionnels de santé de Poitiers sont pourtant sensibilisés à la prévention de la douleur, et intègrent les moyens non pharmaceutiques au quotidien dans leur pratique notamment après l'accouchement. Les moyens non pharmaceutiques mis en place sont par exemple l'encouragement du peau à peau, qui a montré ses bénéfices sur l'apaisement des nouveau-nés après l'accouchement, la mise en place de stratégies environnementales afin de diminuer le stress du nouveau-né (2).

### **PDSF : Selon vous, quelles sont les perspectives d'amélioration ?**

**AD :** La mise en place d'échelle d'évaluation dans le dossier du nouveau-né lors de moment stratégique pourrait permettre une amélioration de la prise en charge. Par exemple, en proposant de coter l'échelle EDIN à l'examen clinique en salle de naissance et lors du séjour à la maternité au moins trois fois par jour comme le conseillent les experts du groupe Padiadol.

Avant et après les gestes potentiellement douloureux, la société canadienne de Pédiatrie (2007) encourage, quant à elle, les équipes à utiliser l'échelle DAN.

La formation continue des professionnels de santé est primordiale pour leur permettre de se familiariser avec l'utilisation des échelles de cotation de douleur du nouveau-né et la mise en place de protocole de soin sur la prise en charge de la douleur (9). Il semble intéressant d'élaborer des protocoles ou l'on intègre une prise en charge pharmaceutique de la douleur telle que la mise en place de paracétamol ou de saccharose. Mais il semble aussi essentiel d'encourager la mise en place de traitement non pharmacologique de la douleur néonatale dans la pratique quotidienne telle que : le peau à peau, une lumière douce, un environnement peu bruyant, limiter les manipulations fréquentes et les gestes douloureux à répétitions, encourager l'emballotement, l'enveloppement, les positions en flexion, la succion non nutritive majorée avec l'utilisation de glucose (10) (11) (12).

**ECHELLE DAN : Douleur Aiguë du Nouveau-né**  
**Echelle d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né**

élaborée et validée pour mesurer la douleur d'un soin chez le nouveau-né à terme ou prématuré, utilisable jusqu'à 3 mois  
**score de 0 à 10**

	Avant le soin	Pendant le soin	Après le soin
<b>REPONSES FACIALES</b>			
<b>0 : calme</b>			
<b>1 : pleurniche avec alternance de fermeture et ouverture douce des yeux</b>			
Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : contraction des paupières, froncement des sourcils ou accentuation des sillons naso-labiaux :			
<b>2 : - légers, intermittents avec retour au calme</b>			
<b>3 : - modérés</b>			
<b>4 : - très marqués, permanents</b>			
<b>MOUVEMENTS DES MEMBRES</b>			
<b>0 : calmes ou mouvements doux</b>			
Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants pédalage, écartement desorteils, membres inférieurs raides et surélevés, agitation des bras, réaction de retrait :			
<b>1 : - légers, intermittents avec retour au calme</b>			
<b>2 : - modérés</b>			
<b>3 : - très marqués, permanents</b>			
<b>EXPRESSION VOCALE DE LA DOULEUR</b>			
<b>0 : absence de plainte</b>			
<b>1 : gémit brièvement. Pour l'enfant intubé : semble inquiet</b>			
<b>2 : cris intermittents. Pour l'enfant intubé : mimique de cris intermittents</b>			
<b>3 : cris de longue durée, hurlement constant.</b>			
Pour l'enfant intubé : mimique de cris constants			

Carbajal R., Paupe A., Hoenn E., Lenclen R., Olivier Martin M. DAN : une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né. Arch.Pediatr. 1997, 4 : 623-628.

Carbajal R., Veerapen S., Couderc S., Jugie M., Ville Y. Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial. BMJ. 2003;326(7379):13.

**Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)**  
**élaborée et validée pour le nouveau-né à terme ou prématuré**  
**utilisable jusqu'à 6 à 9 mois**

pour mesurer un état douloureux prolongé (lié à une maladie ou à une intervention chirurgicale ou à la répétition fréquente de gestes invasifs)  
 non adaptée à la mesure d'une douleur aiguë comme celle d'un soin isolé.

**score de 0 à 15, seuil de traitement 5**

		Date									
		Heure									
<b>VISAGE</b>	<b>0</b> Visage détendu <b>1</b> Grimaces passagères : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton / tremblement du menton <b>2</b> Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées <b>3</b> Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé										
<b>CORPS</b>	<b>0</b> Détendu <b>1</b> Agitation transitoire, assez souvent calme <b>2</b> Agitation fréquente mais retour au calme possible <b>3</b> Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé										
<b>SOMMEIL</b>	<b>0</b> S'endort facilement, sommeil prolongé, calme <b>1</b> S'endort difficilement <b>2</b> Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité <b>3</b> Pas de sommeil										
<b>RELATION</b>	<b>0</b> Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute <b>1</b> Appréhension passagère au moment du contact <b>2</b> Contact difficile, cri à la moindre stimulation <b>3</b> Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation										
<b>RECONFORT</b>	<b>0</b> N'a pas besoin de réconfort <b>1</b> Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion <b>2</b> Se calme difficilement <b>3</b> Inconsolable. Succion désespérée										
<b>OBSERVATIONS</b>		<b>SCORE TOTAL</b>									

DEBILLON T, SGAGGERO B, ZUPAN V, TRES F, MAGNY JF, BOUGUIN MA, DEHAN M. Sémiologie de la douleur chez le prématuré. Arch Pediatr 1994, 1, 1085-1092.  
 DEBILLON T., ZUPAN V., RAVAUULT N., MAGNY J.F., DEHAN M. Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. Arch Did Child Neonatal Ed 2001. 85 : F36-F41.

Source : *PedialoLog*

Bibliographie : 1. Balmes J., Levy A. Pathologie du nouveau-né. G.Goin & Cie. p.303. 2. Leboyer F. Pour une naissance sans violence. Seuil,1974. 3. Busnel M. C. Herbinet E. « L'aube des sens ». Les cahier du nouveau-né, n°5, Stock/L. Pernoud, 1981.

4. Anand KJS, Hickey PR., « Pain and its effects in the human neonate and fetus ». N.Engl. J.Med. 1987, 317, p.1321-9. 5. Anand KJS, Sippel WG, Aynsley-Green A. Randomized trial of fentanyl anesthesia in preterm babies undergoing surgery : effects on the stress response". Lancet 1987. 1, p. 243-8. 6. Amequin D. « Douleur de l'enfant : une reconnaissance tardive ». La Recherche, novembre 2000, 336, p. 42-7. 7. Gall. O. « Voie anatomiques et physiologie de la nociception chez le nouveau-né et l'enfant », in Ecoffey C. Murat J., La douleur chez l'enfant. Médecine-Sciences, 1999, p. 3-10. 8. Fresco O., Entendre la douleur du nouveau-né. Aux

conflicts de l'oubli, Cahier n°1. Belin, 2004, 190 p.23-104-110. 9. Ageorges D. Prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né à terme en salle de naissance. [Mémoire]. Université Paris Descartes : Ecole de Sages-femmes de Baudelocque. 2010. 10. Stevens B, Gibbins S, and Franck L S. Treatment of pain in the neonatal intensive care unit. Pediatr Clin North Am. 2000. 47(3): p. 633-50. 11. Campos R G. Soothing pain-elicited distress in infants with swaddling and pacifiers. Child Dev. 1989. 60(4): p. 781-92. 12. Bellieni C V, Bagnoli F, Perrone S, Nenci A, Cordelli D M, Fusi M, Ceccarelli S, and Buonocore G. Effect of multisensory stimulation on analgesia in term neonates: a randomized controlled trial. Pediatr Res. 2002. 51(4): p. 460-3.

\* Prise en charge de la douleur du nouveau-né en maternité : évaluation des pratiques professionnelles au CHU de Poitiers - Audrey Duurac - Université de Poitiers Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers École de Sages-femmes de Poitiers - 2019



**DES INFORMATIONS  
FIABLES ET DES OUTILS  
PRATIQUES POUR  
VOS PATIENTES.**

**Doctissimo**

SANTÉ



FAMILLE



BIEN-ÊTRE

[www.doctissimo.fr](http://www.doctissimo.fr)



**Laetitia Martin**

Sage-femme au Royal Prince Alfred Hospital, à Sydney

## **Mon parcours « n'a pas été facile, mais il a été très enrichissant et aussi plein de bonnes surprises »**

DIPLÔMÉE DEPUIS PLUS DE 10 ANS, LAETITIA MARTIN A EU L'OCCASION D'EXERCER SON ART EN AUSTRALIE ET AUSSI EN CHINE. RENCONTRE AVEC CETTE SAGE-FEMME AVENTURIÈRE !

### **PAROLE DE SAGES-FEMMES : Quel est votre parcours professionnel ?**

**Laetitia Martin** : J'ai été diplômée de l'école de sages-femmes de Lyon en 2008. J'ai ensuite travaillé dans différentes petites maternités à Lyon et d'autres régions en France. J'ai enchaîné principalement des CDD avec de longues périodes de voyages entre deux contrats.

Puis, j'ai eu l'occasion de travailler en Chine dans des hôpitaux internationaux pour une compagnie française, non pas en tant que sage-femme, mais en tant que consultante dans le domaine de la santé. Cette expérience de 6 mois a été difficile en raison des conditions de travail et de la coopération entre l'équipe française et les Chinois.

Alors que j'étais toujours en Chine, un éditeur m'a demandé d'écrire un livre sur la grossesse à destination des futurs parents. Le livre n'a pas été publié, mais il a été une expérience enrichissante de recherche et de synthèse.

J'ai tenté de retrouver un travail en Chine, sans succès. J'avais toujours envie de travailler à l'étranger. J'ai décidé de venir en Australie. Mais il m'a fallu plusieurs années pour pouvoir travailler à nouveau en tant que sage-femme.

### **PDSF : Comment "convertir" son diplôme français pour travailler en Australie ?**

**LM** : J'ai d'abord tenté de m'inscrire avec mon diplôme français, équivalent d'un master, à l'AHPRA (Australian Health Practitioner Regulation Agency), Conseil de l'Ordre australien. Mon inscription a été refusée après 1 an d'attente. L'inscription est assez compliquée, il faut passer un test d'anglais, détenir des tas de documents avec une traduction certifiée, etc. Le motif du refus : les étudiants français ne font pas d'accompagnement global et l'école de sages-femmes de Lyon n'était pas accréditée selon les critères australiens. Il faut savoir que l'AHPRA refuse presque toutes les demandes d'inscription avec un diplôme étranger.

Après ce revers, je me suis tournée vers les universités habilitées à délivrer une licence de sage-femme, dont la liste, mise à jour tous les ans, se trouve sur le site de l'AHPRA. Parmi elles, seules 5, à l'époque, acceptaient les étudiants étrangers. Je les ai toutes contactées. Il m'était possible de réduire mes années d'études en faisant valoir mes études françaises. Cependant, pour certaines universités, je devais avoir fini mes études dans les 5 ans précédents, et pour d'autres dans les 10 ans précédents.

J'ai finalement reçu une offre de l'université de Canberra, pour étudier un an seulement, mais pas à temps plein. J'ai accepté cette offre. Deux jours avant de commencer les cours, ils m'ont dit que pour des raisons administratives, ils devaient changer leur offre. J'ai dû étudier pendant deux



**« J'ai dû étudier pendant deux ans là-bas, et payer les coûts associés, environ 30 000\$ par an (20 000€) pour les frais de scolarité uniquement. »**

ans là-bas, et payer les coûts associés, environ 30 000\$ par an (20 000€) pour les frais de scolarité uniquement. Il était trop tard pour relancer une autre université. J'étais très énervée, mais j'ai terminé mes études...

L'inscription au conseil de l'Ordre a ensuite été facile, et j'ai obtenu un visa permanent environ un an après.

### **PDSF : Enseignement en Australie, en France, quelles différences ?**

**LM :** Il y a plusieurs façons d'obtenir un diplôme australien :

- Licence de sage-femme en 3 ans
  - Après une licence d'infirmière (3 ans), étudier pendant un an pour devenir sage-femme
  - Double licence infirmière/sage-femme en 4 ans
- Les cours sont très différents. On ne m'a pas demandé d'apprendre des cours par cœur, mis à part quelques-uns sur la conduite à tenir en cas d'urgence. Étudier en Australie vise principalement à acquérir des compétences et à nous donner des outils pour apprendre davantage à développer notre expertise de façon à pouvoir répondre à nos questions. J'ai bien plus appris à effectuer des recherches et à vérifier mes sources qu'en France. Beaucoup de travail personnel est nécessaire. Il y avait aussi énormément de soutien et de flexibilité de la part de toute l'équipe pédagogique. Certaines décidaient d'étudier à temps partiel tandis que d'autres préféraient repousser un sujet.

Cependant, je n'ai pratiquement rien appris de neuf. Le cursus en France est très exhaustif et poussé, en particulier en ce qui concerne les complications de la grossesse. Je n'ai eu que 12 heures de cours de droit et d'éthique en Australie, contre 107 heures de droit en France. Il y a beaucoup moins de stages à l'hôpital, en

Australie, bien que cela soit difficile à comparer en raison de l'accompagnement global et de l'astreinte 24h/24 pour les femmes dont on suit la grossesse. Les études en Australie semblent, au total, réduites à leur portion congrue.

Après leurs études, les nouvelles diplômées postulent pour des postes avec un programme adapté aux nouvelles diplômées qui dure un an. Elles tournent dans différents services, ont davantage de soutien de la part des éducatrices et travaillent en binôme avec une sage-femme plus expérimentée. C'est l'équivalent de notre dernière année d'études en France. Je n'ai pas fait cette année et j'ai obtenu directement un CDD en salle d'accouchement.

### **PDSF : Aujourd'hui, vous travaillez dans un hôpital, quelles différences d'exercice par rapport à un hôpital français ?**

**LM :** Il y a davantage de possibilités d'exercice et d'évolution de carrière en Australie. Je ne les connais probablement pas toutes.

#### **• Sage-femme en hôpital public ou privé**

Ceci ressemble beaucoup à ce qu'on connaît en France, avec la salle d'accouchement, le service d'hospitalisations prénatales, le service d'hospitalisations postnatales, les consultations prénatales avec préparation à la naissance et le service d'hospitalisations de jour.

Il existe cependant d'autres modes d'exercice au sein des hôpitaux. Je vous donne l'exemple de l'hôpital où je travaille, qui comprend une des maternités de référence de Sydney :

o Birth centre. Ces centres sont normalement rattachés à un hôpital. Les sages-femmes travaillent selon un système de gardes. Leur petite équipe prend en charge les femmes à bas

risque pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, avec des visites à domicile jusqu'à 2 semaines après l'accouchement.

o Midwifery group practice, qui est une forme d'accompagnement global. Les sages-femmes travaillent selon un système d'astreinte, chaque femme ayant une sage-femme référente. Leur petite équipe prend en charge les femmes à bas risque ou risque modéré pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, avec des visites à domicile jusqu'à 2 semaines après l'accouchement.

o Midwifery antenatal and postpartum service. Les sages-femmes travaillent selon un système de gardes de jour. Chaque femme à bas risque ou risque modéré a une sage-femme référente pendant la grossesse et le post-partum, avec des visites à domicile jusqu'à 2 semaines après l'accouchement. L'accouchement est pris en charge en salle d'accouchement.

Il y a aussi en hôpital des éducatrices dans chaque service, des cheffes de service, la possibilité d'avoir des postes plus confidentiels comme travailler dans la recherche, dans l'organisation des transferts de patients entre hôpitaux, ou pour aider les étudiants.

Les sages-femmes CMC (Clinical Midwifery Consultant) et CMS (Clinical Midwifery Supervisor). Elles travaillent en tant que sages-femmes dans les différents services, mais sont impliquées dans la formation continue des autres sages-femmes et dans l'évaluation et l'amélioration des pratiques.

Je travaille uniquement en salle d'accouchement. Les sages-femmes qui le souhaitent peuvent être impliquées dans des tables rondes, quel que soit le sujet, dans les revues de cas, dans l'élaboration du planning, etc.

#### • Travail au jour le jour

Une des principales différences est l'absence d'auxiliaires de puériculture. Les sages-femmes prennent en charge des couples mères-enfants. D'un autre côté, la charge de travail en salle d'accouchement est beaucoup moins élevée qu'en France. J'accompagne le plus souvent une seule femme en travail, quel que soit le degré de complexité.

Les touchers vaginaux sont beaucoup moins fréquents qu'en France, et contre-indiqués avant terme, sauf si la femme est en travail. Les épisiotomies sont également moins fréquentes. On utilise l'auscultation intermittente en cas de travail spontané et grossesse à bas risque. Les positions d'accouchement sont plus variées, particulièrement pour les femmes qui n'ont pas de péridurale : debout, à quatre pattes, sur le côté, accroupie, accouchement dans l'eau, etc.

Les femmes sont beaucoup plus impliquées

dans leur parcours de soins, ce qui n'est pas plus mal. La question du consentement éclairé est primordiale pour tout, beaucoup plus qu'en France.

#### • Il y a également la possibilité de travailler en dehors d'un hôpital :

o En tant que sage-femme libérale. Il y en a peu. Elles font principalement de l'accompagnement global avec des accouchements à domicile. Elles n'ont pas d'assurance professionnelle. En cas de problème, elles appellent une ambulance et transfèrent les femmes en travail vers un hôpital.

o Des sages-femmes travaillent pour un obstétricien privé. Je connais mal ce mode d'exercice. Je crois qu'elles font l'examen physique des femmes enceintes, la préparation à la naissance.

o Infirmière/sage-femme. Ce double diplôme est requis pour les transferts de patientes, y compris par avion. Eh oui, l'Australie, c'est grand.

Les sages-femmes ici ne font pas de rééducation périnéale. C'est le rôle des kinésithérapeutes.

Il est enfin possible de continuer à étudier pour obtenir un master et un doctorat, puis de travailler à l'université, par exemple.

### PDSF : Y a-t-il des différences de compétences entre sages-femmes australiennes et françaises ?

**LM :** Après avoir commencé à travailler, j'ai dû me former pour les compétences suivantes : pose de voie veineuse périphérique et prise de sang, spéculum (uniquement pour le diagnostic de rupture spontanée de membranes à terme), insertion de prostaglandines pour le déclenchement du travail, sutures périnéales.

Je n'ai pas le droit de vérifier une présentation à l'échographie ou de faire un test de fibronectine, entre autres. Je n'ai pas non plus le droit de prescrire. Il est cependant possible de retourner à l'université pour avoir ensuite l'autorisation de prescrire, mais celle-ci n'est pas reconnue dans tous les hôpitaux.

Les médecins sont constamment présents en salle d'accouchement, il n'y a pas vraiment de pratique autonome. Les sages-femmes du birth centre et de midwifery group practice sont davantage autonomes dans leur pratique, ce qui est lié à leur mode d'exercice et à leur prise en charge de femmes à bas risque.

### PDSF : Quels sont vos conseils pour les sages-femmes qui souhaiteraient s'installer en Australie ?

**LM :** Il m'a fallu 5 ans pour pouvoir m'inscrire au Conseil de l'Ordre Australien et pouvoir travailler.

J'ai pu financer tout cela parce que j'ai hérité d'une petite somme d'argent, et j'ai passé un an en Nouvelle-Zélande pour économiser et payer en partie l'université. Je n'étais pas vraiment été soutenue par ma famille. Je n'ai aucun regret en ce qui concerne mon parcours. Il n'a pas été facile, mais il a été très enrichissant et aussi plein de bonnes surprises. J'aime beaucoup mon travail et j'ai plein de projets, à la fois personnels et professionnels.

Vous aurez beaucoup de périodes de découragement ou vous voudrez abandonner parce que c'est la solution facile. Commencez à envisager votre départ très tôt après avoir

fini vos études en France pour ne pas réétudier complètement ici. Vous pouvez par exemple améliorer votre anglais, un excellent niveau est impératif, et il faut passer un test pour entrer à l'université. Il faut savoir être flexible et être capable de trouver une solution quand il semble n'y en avoir aucune. Il est aussi important d'envisager le côté financier, je n'imaginai pas que je dépenserais autant. N'abandonnez pas !

Une fois inscrit au Conseil de l'Ordre (L'AHFRA), obtenir un travail et un visa est beaucoup plus aisé.

### **PDSF : Quelques mots sur la vie en Australie ?**

**LM:** La vie y est très agréable. Les Australiens sont décontractés, pas stressés et, s'il est facile de faire des connaissances, il est plus dur de se faire des amis. Le café du matin est incontournable, pris au café ou à emporter. La nourriture et les restaurants ne sont franchement pas terribles. Alimentation très grasse et sucrée, mais on trouve des produits importés, par exemple, des fromages français et du foie gras pour Noël. Sinon je cuisine. La vie est chère, mais les salaires sont adaptés. Le principal problème est le logement. Beaucoup partagent un appartement ou une maison dans les grandes villes.

Sydney a un climat agréable, avec des étés chauds, mais pas trop et des hivers doux.

Il y a plusieurs plages célèbres près du centre-ville de Sydney et les Montagnes Bleues sont à 2 heures en train. Tout le reste est loin. Les Australiens font facilement 6 à 12 heures de route pour rendre visite à leur famille ou pour une escapade. Les autres destinations sont accessibles en avion. L'Australie est un pays neuf, et pour cette raison les villes sont dépourvues du côté historique qu'on trouve en Europe. Voyager en Australie, c'est plutôt partir à la découverte de la nature, des grands espaces et de la vie sauvage. La culture aborigène est peu présente à Sydney.

Il n'y a pratiquement pas de politique écologique et les Australiens sont parmi les premiers producteurs de CO2 par habitant. C'est parfois choquant, comme le chauffage des terrasses de cafés et restaurants en hiver, quand on pense à toutes les merveilles naturelles dont le pays regorge.



# 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 UNE SÉLECTION D'OUVRAGES RÉCEMMENT PUBLIÉS ABORDANT DE NOMBREUX THÈMES LIÉS À LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT, LA PARENTALITÉ.

*Ouvrages sélectionnés par G.Dahan-Tarrasona*



## **Manager un établissement de santé**

De nos jours, manager en établissements de santé n'est pas aisé.

Entre combiner la qualité des soins à la qualité de vie au travail tout en étant dans un contexte de rationalisation des moyens, cela

relève même du défi quotidien. Aussi, happés par les impératifs de certification, la gestion d'absentéisme, les cadres s'éloignent, malgré eux des équipes.

Alors, comment remettre de l'équilibre dans l'organisation des systèmes de santé, plus fragile encore depuis la crise sanitaire ? Christine Benoit, autrice « Manager un établissement de santé » conseille de mettre la logistique au service de l'humain. Forte de son expérience de 20 ans en tant que directrice d'établissement de santé, elle présente dans cet ouvrage les différentes techniques de management humaniste les plus adaptées au milieu de la santé.

*Manager un établissement de santé* de Christine Benoit. Editions GERESO. 23€



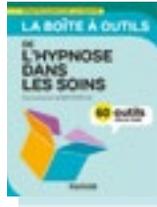
## **Lecture : Les 3 premiers mois de grossesse, un calvaire pour 85% des femmes**

Dans l'ouvrage « Trois mois sous silence », Judith Aquier dénonce le tabou planant sur le premier tiers de la grossesse, celui où on leur demande de pas en parler alors que 85% des femmes vivent un calvaire.

Les premiers mois d'une grossesse plongent certaines femmes dans l'ambivalence. La joie d'un côté, de l'autre, la fatigue extrême, les nausées, les vomissements, la peur d'une fausse couche et pour près d'une femme sur quatre une fausse couche réelle. Et au milieu de tout cela les injonctions extérieures. L'autrice, Judith Aquier, milite pour la reconnaissance des maux que peuvent rencontrer les femmes au cours de ces trois premiers mois et aussi la fausse couche, ce deuil insuffisamment accompagné sur le plan psychologique : « les femmes ne doivent plus traverser les difficultés du premier trimestre ».

Il s'agit là d'une lecture humaniste qui ouvre des perspectives de réflexion pour repenser les soins dispensés aux femmes. Un sujet d'ailleurs récemment soulevé dans un éditorial du Lancet.

*Trois mois sous silence* de Judith Aquier aux éditions Payot 16€



## **De la bienveillance dans les soins avec 65 techniques d'hypnose médicale**

Vous souhaitez vous familiariser à l'hypnose médicale pour offrir des soins plus confortables aux patientes ? Ce guide est fait pour vous. Poser une voie veineuse, accompagner lors d'une anesthésie

péridurale, quelques techniques simples peuvent chasser les appréhensions d'un geste médical et le rendre plus serein. Ce guide pratique en proposant 60 outils - communication positive, induction par focalisation, d'induction rapide, de relaxation, de distraction, de dissociation et bien d'autres - donne aux soignants les clés d'un accompagnement bienveillant.

*De l'hypnose dans les soins* aux éditions Dunod. Rémi Etienne. 27€



## **Lecture : mieux comprendre la prématurité**

**L'ouvrage « L'enfant né prématurément » donne les clefs aux soignants comme aux parents pour mieux comprendre les besoins des bébés prématurés.**

Cette nouvelle édition s'est enrichie de travaux scientifiques en néonatalogie des dix dernières années. Écrit par deux

experts du CHU de Toulouse, Dr Ratynski et Pr Sizun, « L'enfant né prématurément » explique l'intérêt des soins de développement issus du programme NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program ou programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de développement). Ces soins visent à modifier l'environnement en néonatalogie pour que les stimulations sensorielles soient adaptées à ces nouveau-nés plus fragiles. Les parents, jusqu'il n'y a pas si longtemps mis à l'écart, deviennent alors actifs dans la prise en charge de leur enfant et jouent un rôle essentiel dans les soins, aussi bien dans la prévention de la douleur que dans la protection du sommeil.

La communication avec les enfants passe par l'observation pour une meilleure compréhension de leurs besoins et le programme NIDCAP constitue un outil idéal pour les parents et les soignants.

Les droits d'auteur de cet ouvrage sont entièrement reversés au profit de l'association de parents SOS PREMA.

*L'enfant né prématurément* de Jacques Sizun et Nathalie Ratynski aux éditions L'Harmattan 16,50€

# CRISE SANITAIRE, CONDITIONS DE TRAVAIL, DES SAGES-FEMMES TIENNENT BON DANS LA PROFESSION.

SANS LANGUE DE BOIS, ELLES NOUS DISENT POURQUOI.

Aujourd'hui,  
Je tiens bon dans  
la profession de  
sage-femme...

PAROLE DES  
SAGES-FEMMES

"Mais je ne sais  
plus trop jusqu'à  
quand..."

GAËLE

PAROLE DES  
SAGES-FEMMES

"Parce que  
Je ne l'exerce qu'à  
temps partiel"

SOPHIE

PAROLE DES  
SAGES-FEMMES

"Grâce à  
mes patientes  
qui m'apportent  
beaucoup"

STÉPHANIE

PAROLE DES  
SAGES-FEMMES

"Heureusement  
que la retraite  
est proche !"

MARTINE

PAROLE DES  
SAGES-FEMMES

"Parce que  
Je quitte l'hôpital  
dans 3 mois"

LAURE

PAROLE DES  
SAGES-FEMMES

"Parce que  
les femmes  
le valent bien"

LAËTITIA

PAROLE DES  
SAGES-FEMMES

"Mais pour  
combien de  
temps ?"

LULU

PAROLE DES  
SAGES-FEMMES

"Parce que  
Je ne sais faire  
que ça !"

GÉRALDINE

PAROLE DES  
SAGES-FEMMES

Retrouvez tous les événements sur  
[www.paroledesagesfemmes.com](http://www.paroledesagesfemmes.com)

# À noter DANS VOS AGENDAS !

## Le 4 novembre 2020 - La Ciotat

Stop aux violences faites aux femmes - Journée de sensibilisation pour les professionnels et le grand public

→ [Informations sur gynsf.org](#)

## Les 5 et 6 novembre 2021 - Paris

49<sup>es</sup> Journées Jean Cohen

→ [Informations sur congrès.eska.fr](#)

## Le 20 novembre 2021- Paris

Les rencontres de Port-Royal

→ [Informations & inscription sur infocongres.com](#)

## Les 22,23,24 novembre 2021 - Montpellier

11<sup>e</sup> Congrès de Médecine Fœtale

→ [Informations sur congrès-medecinefoetale.com](#)

## Le 24 novembre 2021- Paris

9<sup>es</sup> Rencontres de la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains)

→ [Informations & inscription sur ptolemee.com/recontres-Miprof/inscription-2021.html](#)

## Le 9 et 10 décembre 2021- Paris

Journées francophones de recherche en néonatalogie

→ [Informations & inscription sur infocongres.com](#)

## Les 10 et 11 décembre 2021 - Marseille

7<sup>es</sup> Journées Aius Sexogyn

→ [Informations sur comnyou.net](#)



© Aurélie Crozet  
Guillaume Gorincour,  
membre du Comité  
scientifique des Journées  
de Médecine Fœtale et  
David Repellin, sage-  
femme échographiste

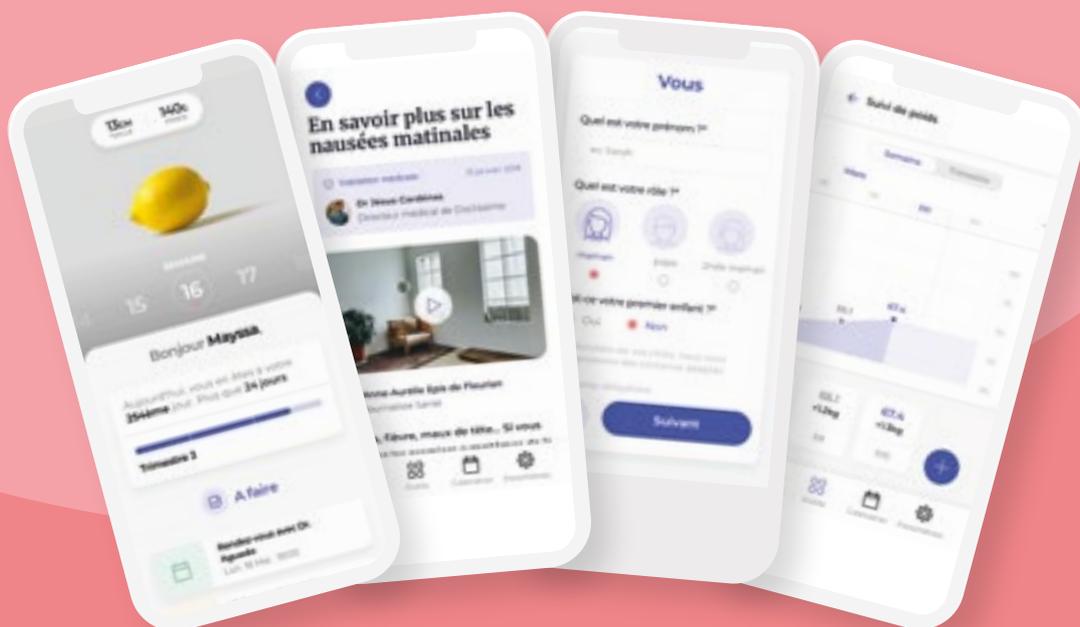
## LA RÉTROSPECTIVE Les 26<sup>es</sup> Journées de Médecine Fœtale

Du 23 au 25 septembre 2021 se sont déroulées à Marseille les 26<sup>es</sup> Journées de Médecine Fœtale.

Après trois journées aussi intenses, Parole de Sages-Femmes est ressorti riche d'enseignements sur la covid-19, sur l'hypertrophie fœtale, sur les séquences d'hypo et akinésies fœtales et bien d'autres sujets... Un débat sur le consentement des patientes pour les tests génétiques prénataux (avec analyse d'ADN libre circulant) a particulièrement marqué la 3<sup>e</sup> journée. Les professionnels

de santé prennent-ils le temps d'expliquer aux couples pour leur permettre de faire un choix éclairé ? Doit-on se tenir au dépistage de la trisomie 21 ou plus largement aux autres anomalies génétiques grâce aux progrès du séquençage haut débit? Le séquençage de l'exome voire du whole génome doit-il être proposé en population à bas risque ? Questionnements intéressants mais dont certains restent encore en suspens... Alors rendez-vous en septembre 2022 pour les prochaines Journées de médecine Fœtale !

L'APP MA GROSSESSE DE DOCTISSIMO  
**ACCOMPAGNE VOS PATIENTES**  
PENDANT TOUTE LEUR GROSSESSE  
ET LES 6 PREMIÈRES SEMAINES  
POST-PARTUM.



Evolution **du bébé**  
Contenus validés **par des experts médicaux**  
Outils **personnalisés**  
Interface **entièrement revisitée**



**Ma grossesse**  
by Doctissimo



# Mustela®

## Baume allaitement BIO Gamme maternité



Permet d'**éviter l'apparition de fendillements**  
Favorise la **réparation du mamelon** après l'allaitement  
Garantie la **sécurité Maman-Bébé**

