

PAROLE DE SAGES-FEMMES

NUMÉRO 40 • PRINTEMPS 2022

Le magazine qui vous donne la parole

GROSSESSE ET SUBSTANCES

PSYCHOACTIVES :

COMMENT ÉVALUER,
DÉPISTER ET AGIR
POUR ACCOMPAGNER
LES FEMMES ENCEINTES ?

ÉTUDE

COSMÉTIQUES ET SANTÉ ENVIRONNEMENTALE :

BEAUCOUP DE CONNAISSANCES,
MAIS PEU DE TEMPS POUR
LES TRANSMETTRE AUX
PATIENTES

RENCONTRE

AVEC EMIE JOURDAIN

« POUR ENVIRON 19 STAGES,
LES ÉTUDIANTS PARCOURENT
EN MOYENNE 4599,75 KM »

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

L'HYPNOSE

POUR DIGÉRER
UN ACCOUCHEMENT
DIFFICILE

ENTRE PROS

BIOLOGICAL NURTURING

VERSUS MÉTHODES
HOSPITALIÈRES
HABITUELLES :

QUELLES DIFFÉRENCES
SUR LES PROBLÈMES
D'ALLAITEMENT ?

À LA LOUPE

LA FRÉNOTOMIE,

UNE PRATIQUE ABUSIVE
CHEZ LES NOURRISSONS

DOSSIER

TÉLÉ-EXPERTISE : QUAND LE PARTAGE DES CONNAISSANCES OPTIMISE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES

- LA TÉLÉ-EXPERTISE : COMPRENDRE LES MODALITÉS POUR MIEUX CERNER LES ENJEUX
- LA TÉLÉ-EXPERTISE VS CONSULTATION PRÉSENTIELLE, PEUT-ON PARLER D'ÉQUIVALENCE ?
- LA TÉLÉ-EXPERTISE ET PARTAGE D'EXPÉRIENCES

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

Doctissimo

SANTÉ



FAMILLE



BIEN-ÊTRE

www.doctissimo.fr



ÉDITO

Écoresponsable

C'est en 2011 que le premier numéro de Parole de Sages-Femmes a vu le jour. Il est né de l'envie de réaliser un vrai média interactif, d'échanges et de partages entre sages-femmes et sans tabou.

Au cours de ces douze dernières années, vous avez été nombreuses et nombreux à prendre la parole pour parler de vos expériences, de vos difficultés liées au métier, mais aussi de vos travaux et de vos initiatives pour améliorer la santé des femmes. Parole de Sages-femmes se réjouit d'avoir croisé vos chemins et d'avoir été une source d'inspiration.

Le média prend désormais un autre tournant lié à des réflexions menées notamment sur l'impact environnemental. Saviez-vous que la production d'une feuille A4 génère la consommation de 5 litres d'eau ou bien que 93% du papier produit vient des arbres ? Et nous savons que ces mêmes arbres fournissent une grande partie d'oxygène et nous protègent du réchauffement climatique.

Le papier est aussi une source de pollution monumentale - il est la troisième industrie la plus polluante - qui peut émettre lorsqu'il pourrit du méthane, dont la toxicité est 25 fois plus élevée que le CO2.

Vous l'aurez compris, c'est la fin de la version papier et le PDSF n°40 inaugure ce nouvel élan. Pour autant, Parole de Sages-Femmes poursuit l'aventure à vos côtés en version digitale et compte bien s'adapter à vos besoins d'informations.

Le crédo reste le même : PARTAGE de connaissances et d'expériences. Alors, n'hésitez pas à nous contacter pour apporter vos témoignages et contribuer sur des sujets qui vous tiennent à cœur.

Bonne lecture !

Géraldine Dahan Tarrasona

Source : Jungle Print 2019

3 **Édito** : Ecoresponsable

ACTUS

5 **Actus France** • Règles abondantes : Une consultation spécifique a ouvert ses portes à Lyon - Vaccination : les compétences s'étendent ! La crise sanitaire a impacté la délivrance des moyens contraceptifs - Médicaments : attention aux erreurs de dosage ! Cancer du poumon : Vers une « pandémie mondiale » chez les femmes - Le référent parcours périnatalité (RéPAP) en expérimentation - Isabelle Derrendinger est la nouvelle présidente du CNOSEF - Un score pour diagnostiquer les femmes souffrant d'endométriose - Dépistage néonatal : La HAS recommande d'intégrer le dépistage du DICS

10 **Actus Monde** • **Californie** : Et si les probiotiques amélioraient les troubles digestifs de la femme enceinte ? Sans-abri et enceinte, une double peine qui pèse sur la santé maternelle et néonatale - **Toronto** : Un père sur 4 souffre de dépression du post-partum - **Pékin** : L'acide folique, une option pour réduire le risque de cardiopathie congénitale - **Autriche** : Grossesse : Comment l'alcool altère-t-il le cerveau des enfants ?

12 **À la loupe** : La frénologie, une pratique abusive chez les nourrissons

14 **Rencontre avec Emie Jourdain (ANESF)** : « Pour environ 19 stages, les étudiants parcourent en moyenne 4599,75 Km »

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

16 **Grossesse et substances psychoactives** : Comment évaluer, dépister et agir pour accompagner les femmes enceintes ?

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

20 L'hypnose pour digérer un accouchement difficile

DOSSIER TÉLÉ-EXPERTISE

24 **Télé-expertise** : quand le partage des connaissances optimise la prise en charge des patientes

25 La télé-expertise : Comprendre les modalités pour mieux cerner les enjeux

28 La télé-expertise vs consultation présenteielle, peut-on parler d'équivalence ?

29 La télé-expertise et partage d'expériences

ÉTUDE

31 **Cosmétiques et santé environnementale** : Beaucoup de connaissances, mais peu de temps pour les transmettre aux patientes

CONSEILS DE PROS

34 **Biological Nurturing vs méthodes hospitalières habituelles** : Quelles différences sur les problèmes d'allaitement ?

PROFESSION SAGE-FEMME

36 International « À Tataouine, il y a une grave pénurie de sages-femmes »

38 Dans ma bibliothèque de pro

39 Détente

40 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 :

Emie Jourdain, Delphine Germain,
Edwin Quarello, Emilie Mercadal,
Ludivine Delatte-Borge, Antoine
Lafouge, Laure Murat, Béatrice
Allouchery, Marwa Dab.

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



RÈGLES ABONDANTES : Une consultation spécifique a ouvert ses portes à Lyon

Gêne, honte et même douleur, plus d'une femme sur cinq souffre de ménorragies. **Du fait des conséquences sur la santé, les Hospices Civils de Lyon ont ouvert un hôpital de jour, en décembre dernier, pour prendre en charge les femmes souffrant de ce trouble menstruel.** Un trouble qui peut cacher des maladies gynécologiques ou des troubles de la coagulation. C'est d'ailleurs, Lucia Rugeri, médecin spécialiste en hémostase clinique qui s'est emparée de ce projet.

L'hôpital Femme-Mère-Enfant de Bron, dans la région lyonnaise, proposera aussi ce type de consultations prochainement. Si ces structures s'avèrent efficaces, d'autres villes pourraient s'inspirer de ce travail.

Sources : neonmag.fr



VACCINATION : les compétences s'étendent !

Un arrêté du 26 janvier 2022 étend les compétences des sages-femmes en matière de vaccination. Dans la gestion de la sortie de la crise sanitaire, la vaccination la plus large possible est primordiale. C'est pourquoi, **pour déployer la campagne de vaccination contre la covid-19 des enfants âgés de 5 à 11 ans, les sages-femmes sont désormais autorisées à vacciner cette population.**

Les sages-femmes peuvent ainsi prescrire et administrer le vaccin aux enfants de 5 à 11 ans «à l'exception de ceux présentant un trouble de l'hémostase ou ayant des antécédents de syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique suite à une infection à la covid-19 ou ayant des antécédents de réaction anaphylactique à un des composants de ces vaccins ou ayant présenté une réaction anaphylactique lors de la première injection.»

Source : legifrance.gouv.fr

LA CRISE SANITAIRE : a impacté la délivrance des moyens contraceptifs

Des chercheurs ont évalué l'impact de la crise sanitaire sur l'utilisation des méthodes de contraception remboursées après 15 mois de pandémie. Comparativement aux années 2018 et 2019, la dispensation des différentes contraceptions a globalement diminué pendant la crise sanitaire avec -2% pour la contraception orale, -5,3% pour la contraception d'urgence,

-9,5% pour le SIU-LNG, -8,6% pour le DIU-C et -16,4% pour l'implant. Cette diminution concernait particulièrement les moins de 18 ans.

Source : *Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) On Contraception Use in 2020 and up until the end of April 2021 in France. Contraception 2021 Dec 28;S0010-7824(21)00464-9. doi: 10.1016/j.contraception.2021.12.002.*



MÉDICAMENTS : attention aux erreurs de dosage !

Les événements indésirables liés aux médicaments représentent la troisième cause d'événements indésirables graves associés aux soins et parmi eux, les erreurs de doses sont les plus déclarées. C'est pourquoi la HAS rappelle aux professionnels, dans un « flash sécurité patient », les règles à ne pas oublier.

Dans le rapport annuel, sur 369 événements indésirables associés aux soins, 169 concernent les erreurs de doses. Et sur ces 169 événements, 80 sont liés à un calcul de dose incorrect. Ces erreurs de calcul sont générées soit par une erreur de dose, une erreur de débit ou bien une erreur de durée d'administration. L'analyse des risques met en lumière la non-systématisation du double-contrôle, la non-maîtrise des fondamentaux du calcul de la règle de trois, associés à l'interruption des tâches.

Alors, pour sensibiliser les professionnels à ces

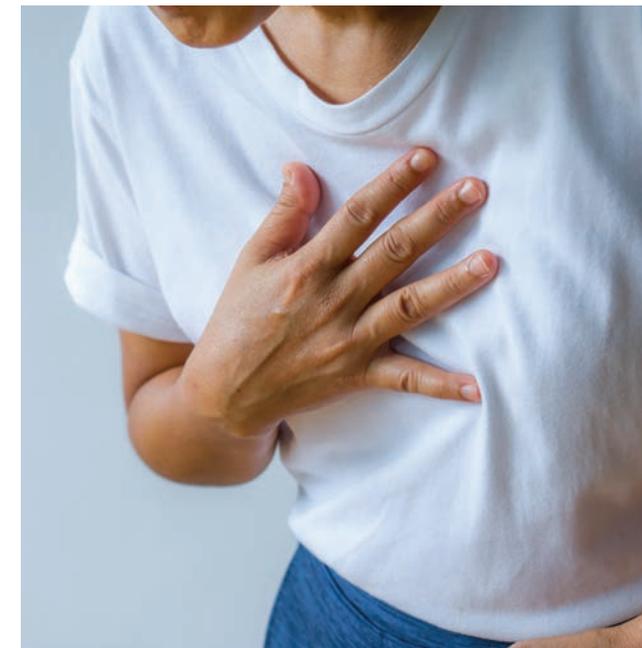
incidents et éviter qu'ils se produisent, la HAS rappelle que « la règle de trois doit rester la règle ». Il est impératif de maîtriser les fondamentaux de calcul (unités de masse, de volume, de temps, les conversions, les concentrations, les dilutions, les débits...) et d'instaurer un double contrôle. Autant que possible, il est nécessaire d'éviter d'être interrompu dans ses tâches. Pour faciliter les calculs, des fiches mémos peuvent être mises à disposition des professionnels, tout comme des applications de calculs de doses, mais sans oublier de renforcer l'acquisition et la maîtrise du raisonnement mathématique dans les formations. Dans le Flash, les professionnels de santé pourront trouver des outils pour s'évaluer et des guides pour se former.

Source : *Calcul de doses médicamenteuses : la règle de trois doit rester la règle - Flash Sécurité Patient - 17 janvier 2022. Has-sante.fr.*

CANCER DES POUMONS : Vers une « pandémie mondiale » chez les femmes

Selon les résultats d'une étude conduite par la société de pneumologie française, le nombre de cancers du poumon augmente de façon exponentielle chez les femmes. L'étude nommée KBP-2020 révèle que sur les vingt dernières années les femmes sont de plus en plus touchées par le cancer du poumon, si bien que les médecins parlent de « pandémie mondiale ». Le taux est passé de 16% en 2000 à 34,6% en 2020. Dans 85% des cas, c'est la consommation de tabac qui est associée à l'apparition de ce type de cancer. Toutefois, l'état des lieux montre aussi que la part des non-fumeurs concernés est en augmentation puisqu'elle est passée de 7,2% en 2000 à 12,6% en 2020. L'exposition aux polluants atmosphériques représente aussi un facteur de risque.

Sources : *medisite.fr, ladepeche.fr*



RÉPAP : Le référent parcours périnatalité en expérimentation

Dans le cadre du parcours des femmes enceintes et des « 1000 premiers jours », le ministère des Solidarités et de la Santé a lancé l'expérimentation d'un référent parcours périnatalité.

En plus du suivi pré et postnatal classique, les femmes enceintes pourront bénéficier d'un accompagnement personnalisé et gradué par un référent parcours périnatalité, ceci dont l'objectif d'améliorer la santé des femmes.

Le référent peut être un professionnel de santé ou social, avec une expérience en périnatalité. Son rôle est de coordonner les différents professionnels qui accompagnent la mère, le couple, l'enfant jusqu'à 3 mois, pour éviter les ruptures de suivi et de prise en charge.

Le RéPAP a pour vocation d'être le maillon essentiel du suivi, à l'écoute, et en soutien de la future mère. Il est joignable facilement par mail ou par téléphone. Le suivi est entièrement pris en charge chez toutes les femmes avant le 7e mois de grossesse avec des droits ouverts à l'Assurance maladie. Les femmes bénéficient de quatre entretiens, un premier pour rentrer dans le dispositif, un deuxième pour préparer l'accouchement au cours du 8e mois, un troisième 15 jours après l'accouchement et le dernier avant

les 4 mois de l'enfant. Selon la situation, si ces entretiens ne sont pas suffisants, des entretiens supplémentaires peuvent être ajoutés.

L'expérimentation concerne 4 territoires (Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Guyane et Île-de-France) et durera 18 mois, à compter de l'inclusion de la première patiente. L'Auvergne Rhône Alpes a commencé le projet en janvier 2022.

Sources : *auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr, solidarites-sante.gouv.fr, idcite.com*





UN SCORE POUR DIAGNOSTIQUER les femmes souffrant d'endométriose

Une équipe française a mis au point un score pour dépister les femmes à haut risque d'endométriose. L'étude est parue sur eClinicalMedicine - The Lancet.

Pour que le diagnostic d'endométriose soit posé, des femmes attendront en moyenne 7 ans. Et même une fois diagnostiquées, certaines se retrouveront face à des prises en charge inadéquates. Pour accompagner plus efficacement les femmes touchées par la pathologie, une équipe de l'hôpital Cochin (AP-HP - Assistance publique Hôpitaux de Paris), de l'Université de Paris et de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) a créé un score clinique. Celui-ci comprend un questionnaire destiné aux patientes et a pour vocation de dépister les femmes à haut risque d'endométriose pour les orienter vers des radiologues spécialisés et leur éviter une coelioscopie.

Les chercheurs ont interrogé 2 527 patientes hospitalisées pour suspicion d'endométriose, à l'hôpital Cochin, entre 2005 et 2018. Ils ont retenu plusieurs variables pour établir le score : antécédents familiaux d'endométriose, l'infertilité, index de masse corporelle inférieur à 22, régularité des cycles, dysménorrhées, dyspareunies, douleurs d'origine gastro-intestinale, douleurs urinaires.

Ils ont comparé ensuite un groupe avec une endométriose histologiquement confirmée (n = 1

195) à un groupe n'ayant pas d'endométriose (n = 1 332). De cette comparaison en a découlé deux scores, le premier avec des variables énumérées précédemment et le deuxième comprenant la dysménorrhée dans les symptômes douloureux.

Deux scores ont été établis à partir de leurs réponses, chaque variable étant associée à une valeur de risque. Le score 1 comprend l'ensemble des variables citées, alors que le score 2 n'inclut que la dysménorrhée dans les symptômes douloureux.

Les résultats ont montré que l'on pouvait obtenir une spécificité de 91% pour un résultat de 25 pour le score 1 et une spécificité de 82% pour un résultat à 24 avec le score 2. Ces travaux sont une véritable avancée, car ils permettent de prédire de manière fiable la probabilité d'être atteinte par l'endométriose et par conséquent favorisent l'orientation vers un radiologue spécialisé. Le score pourra éviter ainsi aux femmes un diagnostic chirurgical par coelioscopie.

Reste à utiliser le score en population générale, comme le soulignent les auteurs de l'étude, pour identifier les femmes à risque d'endométriose et les prendre en charge plus rapidement.

Sources : aphp.fr, A new validated screening method for endometriosis diagnosis based on patient questionnaires. eClinicalMedicine - The Lancet. Volume 44, 101263, February 01, 2022. Open access January 09, 2022. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101263>

DÉPISTAGE NÉONATAL : La HAS recommande d'intégrer le dépistage du DICS

La Haute Autorité de Santé a récemment rendu un avis favorable pour intégrer le dépistage du déficit immunitaire combiné sévère (DICS) dans le programme national de dépistage néonatal.

Le DICS comprend un groupe de maladies génétiques caractérisées par un profond déficit de l'immunité cellulaire liée aux lymphocytes T et humorale liée aux anticorps. Les nourrissons touchés par ce type de maladies sont prédisposés à développer une infection gravissime.

Le DCIS est rare, concerne 1 cas pour 60 000 naissances, mais sans traitement mis en place rapidement, les enfants décèdent dans la première année de vie.

C'est pourquoi la HAS demande aux pouvoirs publics d'intégrer ce groupe de maladies pour poser un diagnostic précoce, éviter l'errance médicale et prendre en charge le plus rapidement possible ces enfants.

Mais étant donné la rareté du DCIS, la HAS demande la mise en place du dépistage avec des conditions, à savoir une évaluation à 5 ans avec des évaluations intermédiaires. Elle recommande que le diagnostic soit rendu dans un délai de 15 jours maximum ou de 30 jours si un second buvard a été nécessaire pour garantir la mise en place du traitement, c'est-à-dire une greffe de cellules souches hématopoïétiques, dans les deux mois après la naissance.

Source : La HAS propose l'extension du dépistage néonatal au déficit immunitaire combiné sévère (DICS). CP du 07/02/2022. [Has-sante.fr](https://has-sante.fr).



PRESCRIPTION : Quelques avancées pour les sages-femmes

Rentré en vigueur le 6 mars 2022, le décret n°2022-325 élargit les droits de prescription des sages-femmes.

Il permet le traitement des cystites en dehors de la grossesse, la prescription d'anti-infectieux par voie locale ou orale dans le traitement de première ligne des vaginoses ou vaginites, des antiviraux en prévention des récurrences d'herpès génital et lors d'une primo-infection, les traitements des IST à Chlamydiae trachomatis et à Neisseria gonorrhoeae et des infections à Trichomonas vaginalis (patientes et partenaires), ainsi que la prescription d'appareil de contrôle de glycémie (avec bandelettes et lancettes) et des pessaires.

Source : legifrance.gouv.fr

ISABELLE DERRENDINGER EST LA NOUVELLE PRÉSIDENTE DU CNOSF

Succédant à Anne-Marie Curat, Isabelle Derrendinger a été élue le 20 janvier 2022 présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Au CNOSF depuis 2016, occupant le poste de vice-présidente puis celui de secrétaire générale, Isabelle Derrendinger a un parcours professionnel très riche. Sage-femme depuis une trentaine d'années, elle est titulaire du Certificat cadre, d'une maîtrise en sciences biologiques et médicales et d'un Master à l'Institut des Administrations et des Entreprises. Après avoir assuré les fonctions de cadre supérieure du Pôle Mère-Enfant au CHU de Nantes, elle est, depuis 2011, directrice de l'École de sages-femmes de Nantes. Impliquée dans des actions humanitaires, elle est aussi experte formation auprès de la confédération internationale des sages-femmes.

Source : ordre-sages-femmes.fr

Californie Et si les probiotiques amélioraient les troubles digestifs de la femme enceinte ?

Nausées, vomissements, constipation, ballonnements, maux d'estomac n'épargnent pas les femmes enceintes. Comme de récentes études mettent en lien les effets de la sécrétion élevée d'œstrogène et de progestérone pendant la grossesse sur la modification du microbiote intestinal et son impact sur les troubles gastro-intestinaux, des chercheurs se sont intéressés aux effets des probiotiques.

Trente-deux femmes enceintes ont reçu une capsule de probiotiques, deux fois par jour pendant six jours, suivi d'une pause de deux jours, puis ce schéma a été reconduit une nouvelle fois.

La capsule contenait de l'inuline (200 mg) et 10 probiotiques dont *L. plantarum* 299v, *L. bulgaricus* Lb-87, *L. paracasei* DSM 13434, *L. plantarum* DSM 15312, *L. salivarius* Ls-33, *L. brevis* Lbr-35, *L. acidophilus* La-14, *B. lactis* Bl-04, *L. paracasei* Lpc-37 et *L. casei* Lc-11 (10 milliards de cultures vivantes au moment de la fabrication).

Après avoir analysé les 17 observations quotidiennes de toutes les participantes, l'équipe de gynécologues et de gastroentérologues de l'Université de Californie - Davis School of Medicine a constaté que la prise de probiotiques diminuait les nausées et vomissements ; avec une durée réduite à 16% pour les nausées et un nombre de vomissements réduit de 33%. La fatigue, le manque d'appétit et la constipation étaient également diminués.

Pour mieux comprendre les mécanismes, les selles des participantes ont été analysées avant et pendant la prise de probiotiques. Ils ont alors mis en évidence que les bactéries productrices d'hydrolase de sels biliaires étaient plus nombreuses après la prise de probiotiques tout comme les niveaux de vitamine E. Aussi, les bactéries *Akkermansia* et *A. muciniphila* présentaient, quant à elles, des niveaux moins élevés à la fin du protocole.

Près de 85% des femmes enceintes sont concernées par les nausées et vomissements, ce qui impacte négativement leur qualité de vie. À ce jour, peu d'options thérapeutiques permettent de soulager efficacement ces femmes. Cette étude offre donc des pistes intéressantes à creuser sur un échantillon plus important.

Source : *Probiotics Improve Gastrointestinal Function and Life Quality in Pregnancy*, *Nutrients* 2021, 13(11), 3931; <https://doi.org/10.3390/nu13113931>

Californie Sans-abri et enceinte, une double peine qui pèse sur la santé maternelle et néonatale

Être enceinte et sans-abri renforcent les vulnérabilités et augmentent les issues péjoratives de la grossesse, tel est le constat alarmant d'une étude publiée dans le *Journal of Perinatology*. Pour en arriver à cette conclusion, des chercheurs ont analysé les accouchements de 1 466 398 femmes ayant accouché entre 20 et 42 semaines de gestation, entre 2008 et 2012, dans l'État de Californie. Parmi elles, 672 étaient sans-abri au moment de la naissance.

La morbidité néonatale et la prématurité étaient plus marquées dans le groupe des femmes sans-abri. En effet, elles étaient plus susceptibles d'accoucher prématurément à tous les âges gestationnels, et de donner naissance à un nouveau-né de petit poids (ORa = 1,99, IC à 95 % : 1,36 à 2,90). Aussi, les nouveau-nés présentaient plus facilement une maladie des membranes hyalines (p < 0,001), une hémorragie intraventriculaire (p < 0,001), une entérocolite ulcéro-nécrosante (p = 0,05), une encéphalopathie hypoxique ischémique (p < 0,05), ou un syndrome de sevrage (p < 0,001). La mortalité était également plus importante chez les enfants âgés de 0 à 9 mois (p < 0,005 et p < 0,001, respectivement). Concernant les mères, trois complications obstétricales étaient davantage représentées: la pré-éclampsie/ éclampsie avec 8,2 %, la rupture prématurée des membranes avec 4,8% et l'hématome rétroplacentaire avec 3,1%.

Elles étaient 16% à ne pas avoir été suivies pendant la grossesse et plus de 50% consommaient de la drogue ou de l'alcool.

Des chiffres troublants qui nécessitent urgemment de déclencher des plans d'action pour améliorer la santé périnatale.

Source : *Homelessness in pregnancy: perinatal outcomes*, *Journal of perinatology* volume 41, pages2742-2748 (2021)

Toronto Un père sur 4 souffre de dépression du post-partum

Une étude portant sur 2 544 pères montre l'ampleur de la dépression du post-partum chez les hommes. L'équipe de l'université de Toronto a constaté que la dépression ou l'anxiété touchait un père sur quatre dans l'année suivant la naissance de l'enfant et un sur huit au-delà. Les chercheurs ont mis en évidence des facteurs de risque, tels qu'une mauvaise santé, un antécédent de dépression, une expérience négative pendant l'enfance, des difficultés relationnelles, un manque de soutien social... Devenir père à l'instar des mères, c'est traverser de profonds changements psychologiques qu'il est nécessaire d'accompagner pour prévenir les risques de dépression susceptibles de fragiliser la relation avec l'enfant.

Source : *Paternal prevalence and risk factors for comorbid depression and anxiety across the first 2 years postpartum: A nationwide Canadian cohort study*, *Depression & Anxiety* First published: 28 December 2021. doi.org/10.1002/da.23234.

Pékin L'acide folique, une option pour réduire le risque de cardiopathie congénitale

Une étude menée à Pékin a cherché à déterminer si l'apport d'une supplémentation maternelle en acide folique ou en micronutriments avec acide folique réduisait le risque de cardiopathie congénitale. Parmi 63 969 naissances uniques étudiées, les résultats montraient que le risque de cardiopathie congénitale chez les femmes supplémentées en acide folique était plus faible par rapport à celles qui n'avaient pas reçu de compléments (RRa 0,60 avec IC 0,44-0,83), ceci même pour les cardiopathies graves (RRa 0,41 avec IC 0,26-0,67 pour la transposition des gros vaisseaux, tétralogie de Fallot et RRa 0,47 avec IC 0,30-0,74 pour les communications interventriculaires). La réduction du risque n'était pas significativement différente entre les deux types de supplémentation.

Par contre, les effets étaient d'autant plus marqués lorsque l'acide folique était administré avant la conception plutôt qu'après et particulièrement pour les cardiopathies sévères (RRa 0,68, avec IC 0,48-1,41).

Source : *Maternal Periconceptional Folic Acid Supplementation and Risk for Fetal Congenital Heart Defects*, *The Journal of Pediatrics* (IF4,406), Pub Date : 2021-09-08, DOI:10.1016/j.jpeds.2021.09.004

Autriche Grossesse : Comment l'alcool altère-t-il le cerveau des enfants ?

Si l'on sait que la consommation d'alcool pendant la grossesse peut être lourde de conséquences sur le cerveau des enfants, on connaît moins bien le mécanisme. Pour mieux comprendre ce qui se passe dans les structures cérébrales des fœtus exposés à l'alcool, des chercheurs de l'Université médicale de Vienne ont recruté des femmes entre 20 et 37 semaines ayant bénéficié d'IRM fœtales. Parmi ces femmes, certaines ont consommé de l'alcool pendant la grossesse. Lorsque les chercheurs ont comparé les IRM cérébrales des fœtus exposés à l'alcool au groupe sain, ils ont constaté une augmentation de la taille du corps calleux et une diminution de la zone périventriculaire. Ces changements structurels impactent potentiellement le développement et le fonctionnement du cerveau et comme l'explique un des auteurs de l'étude, le Pr Gregor Kasprian, « l'exposition à l'alcool pendant la grossesse place le cerveau sur un chemin de développement qui diverge de la trajectoire normale ».

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

LA FRÉNOTOMIE, UNE PRATIQUE ABUSIVE CHEZ LES NOURRISSONS

Sectionner un frein de langue chez un nourrisson peut s'avérer dangereux. Pratique en augmentation dans le monde, les sociétés savantes et les associations de professionnels, en lien avec la santé du nourrisson et de l'enfant, alertent, dans une tribune, les parents et les professionnels de l'enfance.

Il n'y a pas de recommandations claires pour la pratique clinique

Difficultés de succion ou échec des aides à l'allaitement, la section du frein de langue est une pratique en augmentation à travers le monde. Pour exemple, l'Australie connaît 420% d'augmentation.

Même si les études sur l'ankyloglossie sont nombreuses, elles manquent pour la plupart de rigueur méthodologique et ne permettent donc pas de guider le clinicien. Pour cause, on n'y trouve pas de « définition claire et consensuelle des freins de langue et de l'ankyloglossie ». Le « diagnostic est en réalité plus fonctionnel qu'anatomique. S'il est parfois reconnu comme l'une des causes de douleurs mamelonnaires et d'arrêt précoce de l'allaitement, il est loin d'en être la cause plus fréquente ». Aussi, il n'y a pas de « consensus d'experts sur l'existence même d'un frein de langue postérieur, et l'absence de preuve d'efficacité d'une frénatomie postérieure » si bien que l'entité « frein de langue postérieur » devrait ainsi être abandonnée.

Enfin, les preuves scientifiques sont pauvres concernant le traitement chirurgical ayant pour but « thérapeutique de libérer la restriction

de la langue et de restaurer son amplitude de mouvement permettant un allaitement efficace et indolore ».

Des effets secondaires pour une pratique non justifiée

Avant d'entreprendre tout acte chirurgical, il est nécessaire d'évaluer « les capacités du nourrisson à téter efficacement et du confort maternel (douleur à la succion), par un professionnel qualifié pour rechercher les autres causes de difficultés d'allaitement, bien plus fréquentes ». **La section du frein de langue ne doit pas être réalisée à la légère, car elle comporte des effets secondaires à savoir, des hémorragies, des lésions collatérales tissulaires, une obstruction des voies respiratoires ou nerveuses, sensorielles, un refus de tétée, une aversion orale, et des complications infectieuses...** Ces informations doivent être largement communiquées aux parents, car on assiste sur le territoire à une augmentation des « réseaux proposant, à des tarifs excessifs, de traiter par frénatomie les douleurs mamelonnaires, ou pire de la pratiquer à titre préventif ».

ALORS, COMMENT AIGILLER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ?

Les experts appellent à la vigilance et proposent 5 recommandations :

1 → En l'absence de difficulté, la présence d'un frein de langue court et/ou épais n'est pas une indication chirurgicale. La frénatomie est un geste agressif et potentiellement dangereux pour des nourrissons.

2 → En présence de difficultés, quelles qu'elles soient, la démarche diagnostique scientifique doit être réalisée par des professionnels de formation universitaire, ou ayant une formation agréée officiellement en allaitement, respectant une médecine basée sur des preuves, prenant en compte l'état général global de l'enfant complétée d'une évaluation rigoureuse anatomique et surtout fonctionnelle de la succion/déglutition de l'enfant. La sanction chirurgicale, restant exceptionnelle, devra se prendre en lien avec le médecin traitant.

3 → Une frénatomie aux ciseaux peut être indiquée après information aux parents du rapport-bénéfice/risque, à condition qu'il

existe un frein lingual antérieur court et/ou épais et uniquement après échec des mesures conservatrices non chirurgicales classiquement mises en place. Ce geste est réalisé avec ou sans anesthésie de contact, remise au sein immédiate et antalgique. Après la frénatomie : aucun geste intrabuccal n'est nécessaire les jours suivants.

4. → Que des études méthodologiquement rigoureuses ciblant les indications, l'efficacité et la tolérance de la frénatomie soient menées à terme sans délai.

5 → D'améliorer la préparation à l'allaitement et la formation des professionnels afin de prévenir, et d'accentuer la prise en charge conservatrice et non chirurgicale en cas de difficultés.

Sources : COMMUNIQUE DE PRESSE DU 25/01/2021 Section de freins de langues chez les nourrissons et les enfants : un collectif de professionnels de santé alerte sur des pratiques abusives - CNP de pédiatrie - 25/01/2021. sfpediatrie.com



Emie Jourdain

en charge des Affaires Sociales et de la Défense des Droits à l'ANESF

« POUR ENVIRON 19 STAGES, LES ÉTUDIANTS PARCOURENT EN MOYENNE 4599,75 KM »

L'Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes (ANESF) a récemment publié une enquête sur les frais de logement et de transport liés aux stages délocalisés. **Et selon les résultats, la charge financière et mentale des étudiants s'alourdit.** Emie Jourdain, en césure entre la 4e et 5e année de sage-femme pour l'ANESF où elle est en charge des Affaires Sociales et de la Défenses des Droits nous apporte son éclairage.

PAROLE DE SAGES-FEMMES : Pourquoi avoir enquêté sur ce sujet ?

EMIE JOURDAIN : La problématique des frais de transport et du logement existait déjà, mais elle s'est aggravée avec la hausse de la capacité d'accueil des étudiants sages-femmes dans les écoles. Pour que tous les étudiants puissent effectuer leurs stages hospitaliers, il a fallu ouvrir de nouveaux lieux à l'extérieur de la ville d'étude.

Les étudiants sages-femmes sont alors amenés à parcourir plus de kilomètres pour se rendre en stage, ce qui génère une charge financière et de la fatigue supplémentaires.

On a donc décidé de mener un état des lieux précis sur le nombre de kilomètres et sur la possibilité d'être logé sur place.

Nous ne sommes pas opposés aux stages délocalisés, au contraire, c'est enrichissant de découvrir d'autres façons de travailler et de connaître d'autres équipes. Néanmoins, on estime que l'apprentissage doit se faire dans de bonnes conditions, c'est-à-dire avec une durée de trajet raisonnable, ne pas prendre le volant en sortant de garde de nuit - dix-sept heures de veille active équivalent à 0,5g d'alcool dans le sang et le risque

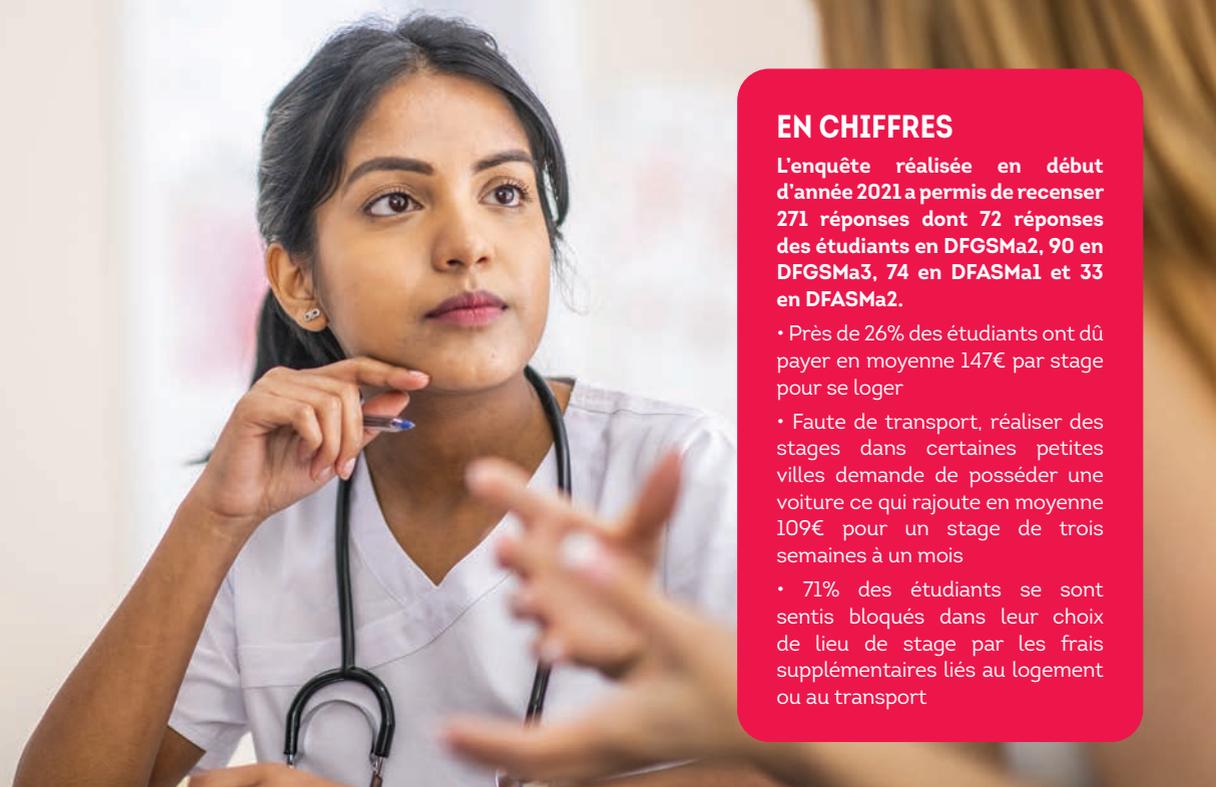
d'avoir un accident est 8 fois plus important lorsqu'on est somnolent (Sécurité-routière.gouv.fr) - et de pouvoir bénéficier d'une indemnité kilométrique.

En effet, à ce jour, seuls les étudiants du second cycle perçoivent une indemnité à hauteur de 130€ brut mensuel qu'ils effectuent un stage à plus de quinze kilomètres ou à plus de cinquante kilomètres du centre hospitalier de référence ou du logement déclaré. Ce montant n'est absolument pas représentatif des dépenses réelles.

PDSF : Quels sont les résultats les plus marquants ?

EJ : Tout d'abord, les terrains de stage se situent en moyenne à 65,8 km de la ville d'étude et de domiciliation, et ce même en incluant les CHU.

Pour environ 19 stages, les étudiants parcourent en moyenne 4599,75 km. Il faut savoir que si les étudiants de second cycle reçoivent la modeste somme de 130€ brut, ceux du premier cycle n'ont aucune indemnité. Et selon le recensement de novembre 2021, au moins 15 CHU sur trente-deux ne versent pas correctement l'indemnité alors qu'elle a été mise en place il y a six ans.



EN CHIFFRES

L'enquête réalisée en début d'année 2021 a permis de recenser 271 réponses dont 72 réponses des étudiants en DFGSMa2, 90 en DFGSMa3, 74 en DFASMa1 et 33 en DFASMa2.

- Près de 26% des étudiants ont dû payer en moyenne 147€ par stage pour se loger
- Faute de transport, réaliser des stages dans certaines petites villes demande de posséder une voiture ce qui rajoute en moyenne 109€ pour un stage de trois semaines à un mois
- 71% des étudiants se sont sentis bloqués dans leur choix de lieu de stage par les frais supplémentaires liés au logement ou au transport

Un autre constat est que moins d'un terrain de stage sur dix propose un logement aux étudiants.

PDSF : Quels sont vos plans d'action pour contrebalancer ces inégalités ?

EJ : Pour la partie logement, une charte intitulée « Charte hébergements territoriaux des étudiants en santé » a été signée en 2019 par toutes les fédérations de filières en santé. C'est une charte de bon accueil rappelant que pour qu'un stage se passe bien, un étudiant doit être correctement encadré, il faut qu'il ait accès à des logements et à disposition des tenues de stage. C'est une charte qu'on essaye de remettre au goût du jour auprès des régions, des collectivités territoriales, des ARS... En ce qui concerne les indemnités kilométriques, on a écrit une contribution pour obtenir une indemnisation à frais réels calqués sur la même grille que les agents de la fonction publique avec en moyenne, pour une voiture de 5

chevaux fiscaux ou moins, 0,29€/km et jusqu'à 2 000 km.

Selon nos calculs basés sur le tableau de distance parcourue par les étudiants sages-femmes annuellement, ceux du 1er cycle pourraient bénéficier de 895,47€ d'indemnités kilométriques (basé sur le taux de 0,29€/km puisque le total de kilomètre est effectué en plusieurs stages, et sur une voiture de 5CV et moins). Les étudiants de 2e cycle pourraient ainsi bénéficier de 1 603,21€ d'indemnités kilométriques annuelles. En tenant compte que les étudiants sages-femmes de 2e cycle sont au moins à mi-temps en stage pratique, et réalisent tous leurs stages à plus de quinze kilomètres de l'établissement de rattachement, ils pourraient actuellement bénéficier de 780€ d'indemnités forfaitaires de transport annuelles (6x130€). Ces indemnités seraient plus adaptées et se rapprocheraient des dépenses réelles des étudiants.

UNE PLATEFORME SOLIDAIRE POUR FACILITER LA VIE DES ÉTUDIANTS

Pour faciliter l'accès des étudiants aux stages extérieurs, l'ANESF propose la plateforme « J'irai en stage chez toi ». Elle repose sur un réseau

d'entraide et de solidarité entre étudiants pour échanger des logements.

jiraiienstagecheztoi.fr - Pour en savoir plus : anesf.com



GROSSESSE ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES : COMMENT ÉVALUER, DÉPISTER ET AGIR POUR ACCOMPAGNER LES FEMMES ENCEINTES ?

« Au cours de ces derniers mois, avez-vous eu l'occasion de consommer des substances psychoactives ? ».

Cette question devrait être posée systématiquement à toutes les femmes enceintes en consultation pour faciliter le dépistage de cette consommation à risque. Le point avec les RPC « *Interventions pendant la période périnatale* ». Chapitre 2 : « *Consommation de substances psychoactives et périnatalité* » du Collège nationale des Sages-Femmes.

Dans l'Enquête nationale périnatale de 2020, 23% des femmes enceintes ont déclaré avoir bu de l'alcool au moins une fois pendant la grossesse et selon une revue de la littérature, 3% des femmes ont consommé du cannabis dans l'année de leur grossesse. Les données portant sur la consommation d'héroïne, de cocaïne ou de substitution aux opiacés sont peu connues. Parmi les femmes consommant des substances psychoactives, il existe des facteurs de risque associés, tels que le jeune âge, une grossesse non désirée, un faible statut socio-économique, des violences conjugales, des problèmes de santé mentale...des vulnérabilités auxquelles il est important d'être sensibilisées pour accompagner ces femmes, car elles sont source de complications maternelles, obstétricales et fœtales. Pour réduire les conséquences, il est donc essentiel d'intégrer un dépistage efficace portant sur la consommation des substances psychoactives à un moment clé, qui est la grossesse.

Interroger sans tabou

Comment dépister efficacement les patientes sous substances psychoactives ? En leur posant systématiquement la question avec bienveillance, sans injonction et à chaque consultation. Mais

avant de poser des questions types : « Au cours de ces derniers mois, avez-vous eu l'occasion de consommer des substances psychoactives ? Des tranquillisants, des somnifères ? Des médicaments contre la douleur (Codéine, tramadol, Lamaline@... ?) Qu'est-ce que vous fumez ? Quand vous êtes stressée, angoissée, comment faites-vous pour tenir le coup ? Etc », le professionnel doit être à l'aise avec cette thématique pour donner des conseils d'abstinence, informer objectivement la patiente et anticiper ses questionnements. Les RPC recommandent cet interrogatoire après les antécédents médicaux et chirurgicaux afin d'instaurer un climat de confiance. Une évaluation précise de la ou des consommations et de l'environnement de la patiente permettra d'évaluer au mieux la situation et ainsi de pouvoir orienter vers des professionnels adaptés. C'est pourquoi, il est aussi important de constituer en amont un réseau pour orienter et travailler en multidisciplinarité. L'intervention d'un professionnel addictologue est proposée à toutes les femmes poursuivant une consommation de substances toxiques pendant la grossesse quelle que soit la fréquence et la dose.

REPÉRER PRÉCOCEMENT

La HAS propose dans ses RPC, mises à jour en janvier 2021, un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève pour les personnes consommant de l'alcool, du cannabis et le tabac.



Évaluer le degré de gravité et agir

L'accompagnement et la prise en charge sont à adapter en fonction de la gravité de la situation. Les différentes situations sont synthétisées dans les RPC pour guider le professionnel.

Évaluer la gravité de la situation

	Situation simple Éléments rassurants à rechercher	Situation complexe Éléments inquiétants à rechercher
CONSUMMATION	OCCASIONNELLE	RÉGULIÈRE
Modalité consommation	Minimale	Alcoolisation ponctuelle importante (« binge drinking », défonce), usage à visée anxiolytique, antidépresseur, somnifère, stimulant
Antécédent d'arrêt	Réussite ou abstinence prolongée	Jamais réussi ou reprise rapide
Problèmes sociaux / familiaux	Absents ou modérés	Importants, chroniques
Contexte psychique	Pas de trouble actuel ni antécédent	Fragilité émotionnelle, difficultés à gérer les émotions, troubles de la personnalité, antécédents de troubles anxio-dépressifs ou de traumatismes
Polyconsommation	Non	Oui
Santé	Suivi médical régulier, pas ou peu de problème de santé	Suivi médical absent ou irrégulier multiples problèmes de santé
Contexte obstétrical	Découverte précoce de la grossesse, suivi régulier	Découverte tardive de la grossesse, suivi irrégulier

*D'après les référentiels du Réseau de Périnatalité Occitanie

QUELQUES CHIFFRES

- En 2012, parmi les 3 063 femmes enceintes et allaitantes interrogées par téléphone lors d'une enquête nationale, **51,4% ont déclaré avoir consommé de l'alcool avant la grossesse, 8% avoir eu au moins un épisode de « binge drinking » en début de grossesse, 1,2% en fin de grossesse**
- Une étude rétrospective sur 22 002 femmes ayant accouché entre le 1er janvier 2011 et le 31 décembre 2013, a retrouvé que **1,4% des femmes avait eu au 3e trimestre une prescription et une délivrance d'opioïdes faibles** (codéine, opium ou tramadol), et 0,03% d'opioïdes forts (morphine, oxycodone, fentanyl)
- Une étude transversale américaine portant sur 138 224 femmes enceintes consommatrices, entre 1998 à 2009, met en évidence une prévalence augmentée de dépression, d'anxiété et de problèmes de santé chroniques. Après ajustement, **il existe un risque majoré d'accouchement prématuré, de faible croissance fœtale et de mortinatalité**. Après la naissance, les femmes consommatrices ont présenté 10 fois plus de dépression du post-partum.

• Agir

Tableau 2 : Conduites à tenir en fonction des différentes situations

SITUATIONS	RISQUE FAIBLE	RISQUE LÉGER
Type de consommation et contexte	<ul style="list-style-type: none"> Absence de consommation de substance psycho-active hors alcool ou arrêt > 1 an avant la grossesse • Consommation d'alcool inférieure ou égale au seuil OMS* arrêtée avant la grossesse ou au cours des trois premières semaines de grossesse. 	<ul style="list-style-type: none"> Consommation de cannabis arrêtée lors de la découverte de la grossesse Antécédent de consommation de cocaïne, amphétamine ou opiacés, arrêtée depuis plus d'un an Consommation d'alcool supérieure au seuil OMS et arrêtée avant la 3e semaine de grossesse.
Attitude du professionnel	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer le message de prévention lors des entretiens et avec l'aide de dépliants avec un message de type : « Il est préférable de ne pas consommer d'alcool ou d'autres produits au cours de votre grossesse. Ces produits sont dangereux pour vous-même et votre futur bébé ». Ce message est rappelé à chaque consultation. Le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme Un suivi échographique habituel est proposé. 	<p>ATTITUDE IMMÉDIATE</p> <ul style="list-style-type: none"> Prévoir le bilan de prévention périnatale ou revoir la patiente en consultation avant la fin du 1er trimestre de grossesse (idéalement dans les 15 jours qui suivent la consultation) pour s'enquérir d'éventuelles nouvelles consommations et délivrer les messages de prévention <p>SUIVI DE GROSSESSE :</p> <ul style="list-style-type: none"> La grossesse doit être considérée comme une grossesse à risque L'avis d'un gynécologue-obstétricien doit être demandé pour discuter l'indication d'un suivi obstétrical rapproché (risque de fausse-couche, de retard de croissance, de mort fœtale in utero, d'hypertension artérielle gravidique) et d'un suivi échographique complémentaire. Prévoir l'EPP pour évaluer la situation globale et proposer une intervention psychosociale coordonnée en fonction des besoins des futurs parents Prise en charge des consommations Évaluer les risques (consultation auprès du pédiatre ou du généticien si risque de TSAF) et promouvoir l'arrêt Mettre en place des entretiens de type intervention brève et de type motivationnel Conduite à tenir à l'accouchement Un examen néonatal auprès d'un professionnel formé aux TSAF et au syndrome de sevrage doit être réalisé. <p>ALLAITEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> L'allaitement est à soutenir mais après réévaluation néonatale des consommations. La femme qui allaite doit être informée des bienfaits pour l'enfant de cesser la consommation et soutenue dans cette démarche.

*Seuil OMS : moins de 2 verres par jour et moins de 10 verres par semaine

SITUATIONS	RISQUE MODÉRÉ	RISQUE ÉLEVÉ
Type de consommation et contexte	<ul style="list-style-type: none"> Consommation d'alcool inférieure au seuil OMS et poursuite après la 3e semaine de grossesse Cannabis : <1 joint/j ou <4 joints en 1 occasion poursuivie après la 3e semaine de grossesse Consommation de cocaïne, amphétamine ou d'opiacés dans l'année précédant la grossesse • Un seul type de produit consommé hors tabac 	<ul style="list-style-type: none"> Consommation en cours de grossesse de quantités importantes d'alcool (> 30-40 g par occasion ou >70 g d'alcool par semaine) Antécédent d'enfants avec TSAF • Consommation à risque modéré, mais associée à des troubles psychiatriques ou des violences physiques/sexuelles au cours de cette grossesse Cannabis : > ou = 1 joint/j ou >7 joints/semaine et/ou >4 joints/occasion poursuivie après la découverte de la grossesse Héroïne, cocaïne : toute consommation pendant la grossesse Poly-consommation (quelles que soient les quantités)
Attitude du professionnel	<p>ATTITUDE IMMÉDIATE</p> <ul style="list-style-type: none"> Prévoir le bilan de prévention périnatale ou revoir la patiente en consultation avant la fin du 1er trimestre de grossesse (idéalement dans les 15 jours qui suivent la consultation) pour s'enquérir d'éventuelles nouvelles consommations et délivrer les messages de prévention <p>SUIVI DE GROSSESSE :</p> <ul style="list-style-type: none"> La grossesse doit être considérée comme une grossesse à risque : l'avis d'un gynécologue-obstétricien doit être demandé pour discuter l'indication d'un suivi obstétrical rapproché (risque de fausse-couche, de retard de croissance, de mort fœtale in utero, d'hypertension artérielle gravidique) et d'un suivi échographique complémentaire Prévoir l'EPP pour évaluer la situation globale et proposer une intervention psychosociale coordonnée en fonction des besoins des futurs parents <p>PRISE EN CHARGE DES CONSOMMATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer les risques (consultation auprès du pédiatre ou du généticien si risque de TSAF) et promouvoir l'arrêt • Mettre en place des entretiens de type intervention brève et de type motivationnel <p>CONDUITE À TENIR À L'ACCOUCHEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> Un examen néonatal auprès d'un professionnel formé aux TSAF et au syndrome de sevrage doit être réalisé. <p>ALLAITEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> L'allaitement est à soutenir mais après réévaluation néonatale des consommations. La femme qui allaite doit être informée des bienfaits pour l'enfant de cesser la consommation et soutenue dans cette démarche. 	<p>ATTITUDE IMMÉDIATE</p> <ul style="list-style-type: none"> Revoir la patiente dans les 10-15 jours SUIVI DE GROSSESSE : <p>SUIVI DE GROSSESSE</p> <ul style="list-style-type: none"> La grossesse doit être considérée comme une grossesse à risque : l'avis d'un gynécologue obstétricien et/ou d'un autre spécialiste doit être demandé pour discuter l'indication d'un suivi médical rapproché (risque de fausse-couche, de mort fœtale in utero, d'hypertension artérielle gravidique) et d'un suivi échographique complémentaire Proposer un Entretien Périnatal Précoce (EPP) plutôt avec une sage-femme ou un médecin formé en addictologie pour évaluer la situation globale, proposer un soutien adapté aux difficultés et aux ressources de la patiente et mettre en place des entretiens de type intervention brève ou motivationnel. <p>PRISE EN CHARGE DES CONSOMMATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> Proposer une évaluation par une équipe d'addictologie sur les plans somatique, biologique, addictologique et psychiatrique. <p>CONDUITE À TENIR À L'ACCOUCHEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> Un examen néonatal auprès d'un professionnel formé aux TSAF et au syndrome de sevrage doit être réalisé. <p>ALLAITEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> L'allaitement est à soutenir mais après réévaluation néonatale des consommations. La femme qui allaite doit être informée des bienfaits pour l'enfant de cesser la consommation et soutenue dans cette démarche. <p>ACCOMPAGNEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un suivi multidisciplinaire régulier et coordonné pendant la grossesse et dans l'année suivant la naissance.

Le travail en multidisciplinarité requiert l'accord de la patiente pour la transmission des informations médicales. À ce titre, la rencontre avec un pédiatre est aussi à prévoir pour expliquer et préparer les parents à la prise en charge du nouveau-né.

Références : *Recommandations pour la pratique clinique : « Interventions pendant la période périnatale »*. Chapitre 2 *Consommation de substances psychoactives et périnatalité* - <https://hal.uca.fr/hal-03283257/document>
 Lamy S, Thibaut F. *Consommation des substances psychoactives au cours de la grossesse : revue de littérature*. *Encéphale* 2010; 36: 33-8 - Dumas A, Toutain S, Simmat-Durand L. *Enquête nationale femmes enceintes et allaitantes. Alcohol use during Pregnancy and Breastfeeding: A National Survey in France*. *Journal of Women's Health* 2017;26(7): 798-805
 Andorra A., Cabillot A., Delorme J. et al. *Antalgiques et grossesse : attention aux anti-inflammatoires non stéroïdiens I 113 Analgesic drugs use and pregnancy: NSAID warning - Whiteman VE, Salemi JL, Mogos MF, et al. Maternal opioid drug use during pregnancy and its impact on perinatal morbidity, mortality, and the costs of medical care in the United States. J Pregnancy. 2014;2014:906723.*



Delphine Germain

sage-femme libérale spécialisée en hypnose et formatrice à Académie de Recherche et Connaissance en Hypnose Ericksonienne, Montfermeil

L'HYPNOSE POUR DIGÉRER UN ACCOUCHEMENT DIFFICILE

Long, douloureux, par césarienne, avec instruments, l'accouchement ne se passe pas toujours comme imaginé. Moment chargé d'émotions dans une période de grande vulnérabilité, un mauvais vécu d'accouchement peut virer au stress post-traumatique. Alors, comment mieux digérer cette épreuve et débiter cette nouvelle vie plus sereinement ? Delphine, sage-femme libérale, propose l'hypnose aux mères et elle nous explique pourquoi.

Quels sont les risques d'un mauvais vécu d'accouchement pour la mère et l'enfant ?

L'accouchement est un processus physiologique, naturel que le corps des femmes sait faire. Tout comme notre corps sait respirer, il sait aussi accoucher. Mais on respire plusieurs fois par minute, alors que l'accouchement est un événement exceptionnel, chargé d'affects, de peurs, de croyances transmises par la société, la famille, l'histoire de vie de chacune. Accoucher, c'est donner la vie, c'est aussi transformer notre rapport aux autres, au monde, à nous-mêmes en devenant mère. Les femmes enceintes, les femmes qui accouchent et les jeunes mères sont dans une période de transformation, d'adaptation qui s'accompagne d'une certaine fragilité psychique. Le vécu de l'accouchement dépend des conditions de l'accouchement, des éventuelles difficultés

médicales rencontrées, de l'accompagnement émotionnel de la part des soignants et de l'entourage. Mais le plus important est le vécu subjectif de la femme qui accouche. Se sent-elle en sécurité ? Se sent-elle soutenue ? Se sent-elle compétente ? A-t-elle l'impression de subir la situation ou a-t-elle des possibilités d'action ? L'ensemble de ces paramètres peuvent influencer le vécu de l'accouchement.

Un mauvais vécu de l'accouchement peut avoir des conséquences graves pour la mère, son bébé et sa famille, en particulier ses autres enfants présents ou à venir. On peut constater un risque plus important de baby blues, d'échecs de l'allaitement, de troubles dans la relation d'attachement (avec les risques psychologiques, affectifs et développementaux que cela peut impliquer pour le bébé), de syndrome de stress post-traumatique et de dépression postnatale.

Il y a aussi d'autres conséquences plus difficilement



« Un mauvais vécu de l'accouchement peut avoir des conséquences graves pour la mère, son bébé et sa famille. »

« Grâce à l'hypnose, chaque future mère, chaque futur père peut évoluer dans différentes thématiques : le lien au bébé, la crise identitaire de la grossesse, la gestion des contractions, le baby blues... »

objectivables. Lorsque j'aborde le sujet du mauvais vécu de l'accouchement et ses conséquences, je recueille souvent des témoignages de femmes qui ont renoncé à une future grossesse, qui éprouvent des difficultés à retrouver une sexualité épanouie, ou encore qui ont mis plusieurs années avant de retrouver l'estime de soi.

D'autres femmes se confient également lors d'une grossesse suivante, lorsqu'elles font appel à l'hypnose pour « digérer » l'accouchement précédent mal vécu. Elles effectuent alors tout un chemin de résilience pour se réconcilier avec leur corps, « panser leurs blessures psychiques », pour pouvoir envisager que l'accouchement à venir puisse bien se passer et accueillir leur enfant plus sereinement.

Comment l'hypnose peut-elle aider les femmes enceintes et les accouchées ?

L'hypnose est une technique d'accompagnement permettant à la femme enceinte d'accéder à des états modifiés de conscience dans le cadre d'une relation de confiance. Grâce à l'hypnose, chaque future mère, chaque futur père peut évoluer dans différentes thématiques : le lien au bébé, la crise identitaire de la grossesse, la gestion des contractions, le baby blues, le rapport au corps, préparer un accouchement physiologique, la relation de couple...

L'hypnose nous met en mouvement, elle sollicite nos processus inconscients, elle module nos perceptions subjectives, ce qui permet de faire face à nos peurs nous permet d'avoir plus de possibilités d'action sur ce qui nous traverse, d'accepter nos émotions, de « digérer » des souvenirs difficiles, de traverser des étapes de vie, de moduler la douleur...d'une manière générale,

l'hypnose aide les femmes à se sentir plus actives, « actrices » de leur grossesse et leur accouchement. D'après mon expérience de sage-femme et de praticienne en hypnose, l'hypnose favorise les accouchements physiologiques et améliore le vécu de l'accouchement même quand il y a des complications ou que des interventions médicales sont nécessaires.

L'hypnose, un moyen de prévenir un mauvais vécu d'accouchement

La pratique de l'hypnose pendant la grossesse permet à la femme enceinte de prendre conscience de ses capacités, d'activer ses ressources et si besoin, de travailler sur ses peurs. L'hypnose permet non seulement un accompagnement des évolutions de la femme pendant sa grossesse, mais aussi lui permet de se préparer à ce grand événement qu'est la naissance de son bébé en gagnant en confiance et en sérénité. L'apprentissage de l'autohypnose lui donne des outils pratiques et efficaces pour moduler la perception des contractions, activer le relâchement musculaire, renforcer le sentiment de sécurité, de « faire équipe » avec son bébé. De nombreux outils hypnotiques peuvent être mobilisés, ce qui favorise un bon vécu de l'accouchement. La femme qui accouche découvre ses « super pouvoirs ». Un praticien ou une praticienne en hypnose expérimenté-e va pouvoir proposer un accompagnement adapté et utiliser les techniques qui correspondent le mieux à chaque personne. Chaque accompagnement en hypnose est unique parce que chaque personne est unique. Les outils utilisés peuvent s'appuyer sur la respiration, les suggestions, le développement de l'imaginaire, la focalisation de l'attention, les modifications de perceptions sensorielles, les

changements des représentations, l'absorption dans un « ailleurs » pour mieux vivre le présent. Les propositions et les effets recherchés peuvent être très variés, et ont pour objectif principal de renforcer les capacités et le sentiment de compétence optimisant ainsi le bon vécu de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. C'est un facteur de prévention primordial. Tout d'abord à un niveau individuel, pour que chaque femme ait la possibilité de vivre au mieux ce grand moment dans sa vie. Un vécu positif de l'accouchement a un impact favorable sur le vécu de la période postnatale, le vécu émotionnel et affectif de la femme accouchée, sur sa confiance dans ses capacités d'être mère, sur le démarrage de l'allaitement, sur la relation mère-bébé, et constitue une prévention contre la dépression postnatale. Ensuite, à un niveau collectif, on peut facilement imaginer que le fait de prendre soin des conditions de naissance de nos bébés a un impact favorable sur la société dans son ensemble.

Quand l'accouchement ne s'est pas déroulé comme imaginé : cas clinique

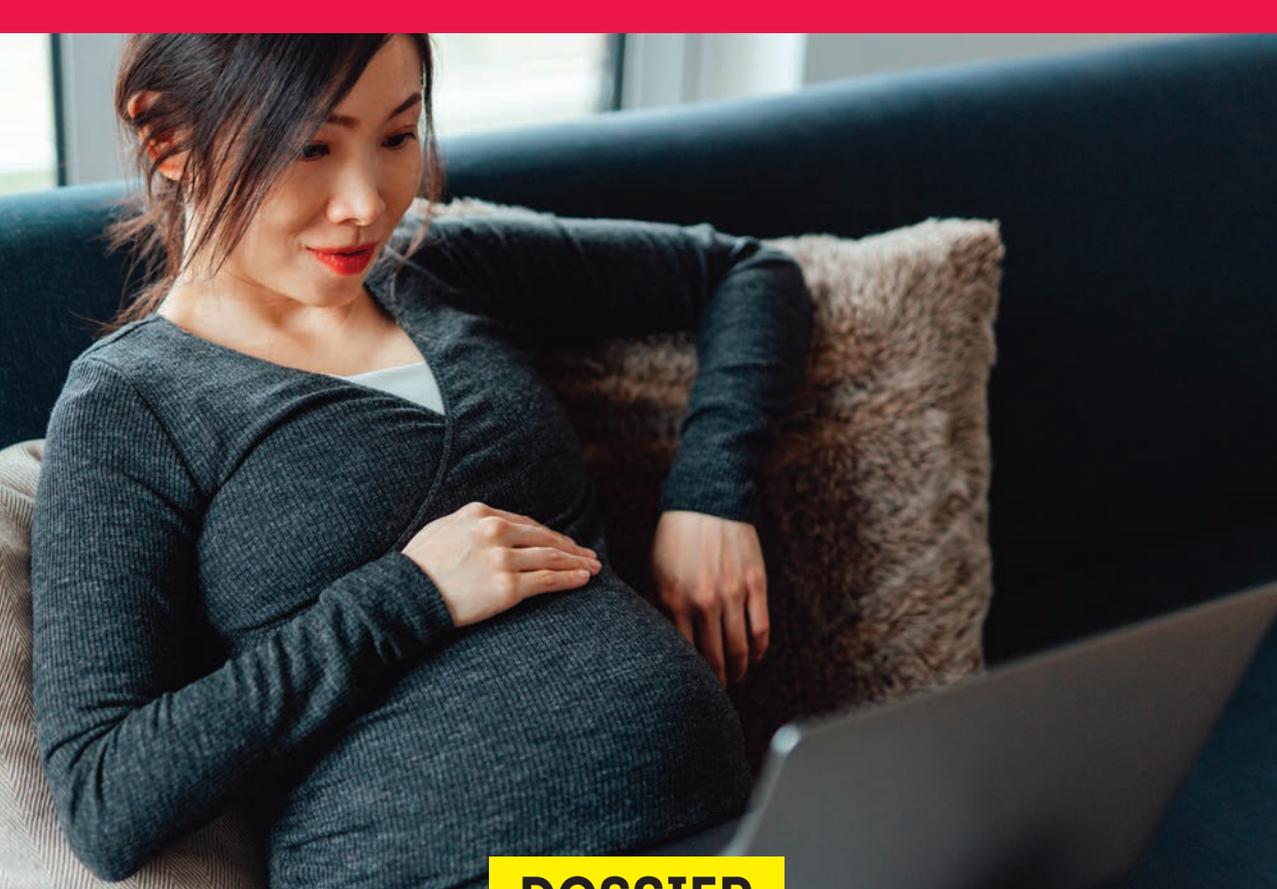
C'est l'histoire d'Axelle qui est venue me voir lors de sa deuxième grossesse. Elle était terrorisée à l'idée d'accoucher. Elle me raconte son premier accouchement. D'après l'équipe médicale, ce premier accouchement s'était bien passé : Voie basse instrumentale, sous anesthésie péridurale, partie moyenne pour non progression de la présentation, naissance d'un garçon en bonne santé de 3400g. Mais pour Axelle, cela a été un cauchemar. Elle n'a pas compris ce qu'il se passait, a eu l'impression de ne plus avoir la maîtrise ni de son corps, ni des événements, elle a été traversée par la peur de mourir et la peur de perdre son bébé,

et elle a ressenti une immense culpabilité de ne pas « savoir pousser » avec la crainte de mettre son bébé en danger.

Lorsqu'elle racontait son accouchement, l'émotion semblait tout aussi forte que celle ressentie la première fois. Elle était en grande détresse émotionnelle et elle faisait face à de fortes angoisses en pensant à l'accouchement à venir.

Nous avons fait plusieurs séances d'hypnose pendant lesquelles Axelle s'est « réconciliée » avec son premier accouchement et s'est départie de sa culpabilité vis-à-vis de son premier enfant. Elle en a ressenti un grand soulagement et a pu envisager sereinement l'arrivée de son deuxième bébé. Il se trouve que son deuxième enfant est né par césarienne en urgence dans des conditions médicales difficiles. Malgré cela, Axelle a bien vécu cette naissance. En effet, elle a pu utiliser les outils d'autohypnose qu'elle avait appris pendant la grossesse, ce qui lui a permis de se soulager et de se rassurer pendant et après la césarienne. Après l'accouchement, elle était sereine et épanouie et continuait à utiliser l'hypnose pour favoriser sa récupération.

Il est fréquent que les femmes qui ont mal vécu leur accouchement ne consultent qu'à l'occasion de la grossesse suivante, ce qui est déjà une très bonne chose comme on peut le constater avec l'histoire d'Axelle. Mais une meilleure information pourrait leur permettre d'être accompagnées et d'utiliser l'hypnose dès la période postnatale pour favoriser un mieux-être plus rapidement. Je dirai même que l'idéal est de permettre aux femmes d'utiliser l'hypnose avant, pendant et après leur accouchement pour optimiser le vécu de l'accouchement et les conditions de naissance et d'accueil des nouveau-nés.



DOSSIER

TÉLÉ-EXPERTISE : QUAND LE PARTAGE DES CONNAISSANCES OPTIMISE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES



Avec la participation de Dr Edwin Quarello

Chef de service de gynécologie-obstétrique, référent en échographie obstétricale, Marseille



Avec Emilie Mercadal

Présidente de ROFIM, plateforme de télé-médecine.

LA TÉLÉ-EXPERTISE : COMPRENDRE LES MODALITÉS POUR MIEUX CERNER LES ENJEUX

Il n'y a plus de date butoir, la prise en charge par l'Assurance Maladie de la télésanté par les sages-femmes est pérennisée. Les sages-femmes peuvent désormais recourir à la téléconsultation, aux actes à distance et à la télé-expertise. Mais que savez-vous sur la télé-expertise ?

Vous travaillez dans un désert médical, vous avez besoin d'un avis spécialisé, que faites-vous ? Probablement, vous orientez la patiente vers un médecin référent, sauf que celle-ci pour le rencontrer doit parcourir des kilomètres et contenir son stress le temps d'obtenir le « tant attendu » rendez-vous. Mais cela, c'était avant que la télé-expertise ne se développe !

Le numérique utilisé à bon escient est une véritable innovation dans le domaine de la santé que l'on exerce d'ailleurs ou non dans un désert médical. La demande d'un avis via une plateforme sécurisée facilite le travail en réseau et surtout permet une traçabilité et une valorisation de l'échange.

La télé-expertise fait partie des cinq actes de télé-médecine définie dans la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) de juillet 2009 comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'informatique et de la communication ». Toutefois, la mise en place de la télé-expertise a été progressive puisqu'il aura fallu attendre le 15 septembre 2018 pour qu'elle rentre dans le droit commun et le 10 février 2019 pour qu'elle soit tracée, valorisée et considérée comme un acte médical à part entière.

Quand recourir à la télé-expertise ?

À l'occasion d'une échographie de dépistage, d'un examen gynécologique, les raisons de solliciter à distance un professionnel de santé (pour le

moment un médecin, mais extension vers d'autres professionnels prochainement) connu pour ses compétences spécifiques peuvent être multiples. Ainsi les patientes dont l'accès aux soins doit être facilité peuvent se voir proposer une télé-expertise par son praticien afin de consulter un autre professionnel de santé hospitalier ou de ville. Ceci, sous réserve de l'accord de la patiente.

Comment se déroule une télé-expertise ?

Une fois le consentement recueilli de la patiente, le professionnel de santé, muni d'un équipement adapté, peut demander l'avis via une plateforme digitale, en visio, de façon synchrone, soit en différé, par messagerie sécurisée (dite asynchrone). La demande doit être précise, accompagnée des informations médicales et administratives de la patiente et des examens antérieurs, s'il y en a.

À l'issue de l'échange, le professionnel référent rédige un compte rendu au professionnel qui l'a sollicité et au médecin généraliste via l'interface sécurisée.

Il faut savoir qu'il existe deux niveaux de télé-expertise. Le niveau 1 intègre une question qui ne nécessite pas d'exploration supplémentaire (par exemple, un avis sur un cliché d'échographie, une cicatrice de césarienne...). Le niveau 2, quant à lui, concerne les avis dans des situations plus complexes (adaptation d'un traitement dans le cadre d'une pathologie chronique...).

Pour ouvrir le droit à la facturation, la patiente doit être connue de la sage-femme, c'est-à-dire avoir bénéficié d'au moins un acte en présentiel dans les douze mois précédents, à l'exception de l'IVG médicamenteuse et des consultations gynécologiques d'urgence pour une contraception.

Comment cet acte est-il valorisé ?

Le tarif de la télé-expertise tient compte du niveau de celle-ci. En cas de télé-expertise de niveau 1, le montant est de 12€. La prise en charge par l'Assurance maladie est limitée à 4 par an, par médecin, pour un même patient. Dans le cas d'un acte de niveau 2, il faut compter 20€, dans la limite de 2 par an, par médecin et patient. Les actes de télé-expertise ne donnent pas lieu aux dépassements d'honoraires.

Pour les sages-femmes, le volume d'activité de télésanté ne doit pas dépasser 20% maximum de l'activité globale - comprenant la téléconsultation, la télé-expertise et les actes à distance.

Quant au professionnel qui demande l'avis, il bénéficie d'un forfait annuel à hauteur de 500€ lui permettant d'être rémunéré à 5€ pour une télé-expertise de niveau 1 et de 10€ lorsqu'il s'agit d'un acte de niveau 2.

Pour la patiente, l'acte est pris en charge intégralement par l'Assurance maladie.



À CONNAÎTRE

lorsqu'on travaille au quotidien avec des outils informatiques, il est essentiel d'assurer la protection des données. Pour accompagner les professionnels à se protéger des attaques informatiques, l'Agence du Numérique en Santé a publié un mémento à destination des professionnels en libéral. Il est consultable en ligne : https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/PGSSI_S-Guide_Orga-Memento_PS_Exercice_Liberal-V2.0.pdf

DES AIDES POUR UN CABINET PROFESSIONNEL 2.0

Le recours aux dernières technologies pour faciliter son activité et sécuriser les données des patientes est encouragé avec le forfait d'aide à la modernisation et l'informatisation du cabinet professionnel (FAMI).

D'un montant de 590€, il faut atteindre 5 indicateurs pour en bénéficier :

- Disposer d'un logiciel métier compatible DMP
- Disposer d'une version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les derniers avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence
- Utiliser la solution de scannérisation d'ordonnance (indicateur optionnel)
- Atteindre un taux de feuilles de soins électroniques supérieur ou égal à 70 %

→ Disposer d'une messagerie sécurisée de santé

L'engagement à une prise en charge coordonnée des patients (participation à une équipe de soins primaires ou à une communauté professionnelle territoriale de santé ou à une maison de santé pluriprofessionnelle) déclenche une rémunération de 100€ supplémentaire.

La signature de l'avenant 5 à la convention nationale des sages-femmes, du décembre 2021, prévoit de compléter le FAMI actuel par une aide forfaitaire annuelle de 350€ pour l'équipement de vidéo transmission y compris les frais d'abonnement et de 175€ pour l'équipement en appareils médicaux connectés.

Sources : unssf.org, ameli.fr

LA TÉLÉ-EXPERTISE ET LES DATES CLÉS

Télé-expertise : Evolution réglementaire

<p>2009 La réglementation de la télé-expertise s'est faite conjointement à celle de la télémédecine.</p> <p>21 juillet 2009 France - Loi Hospital Patient Santé et Territoires Définit la télémédecine comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'informatique et de la communication (TIC) ». Elle met en rapport entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient ».</p>	<p>Octobre 2010 Publication du décret d'application de la loi HPST qui précise les conditions de sa mise en œuvre et son organisation (articles 11, 11 bis et 11 ter du Code de la Santé Publique).</p> <p>Il existe 2 types de télémédecine : La télémédecine informative, orientée sur la diffusion de savoirs et d'information. La télémédecine clinique, qui correspond à une pratique médicale à distance grâce à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Les développements qui suivent concernent ce second type.</p>	<p>Septembre 2018 La loi de financement de la sécurité sociale bascule le financement des actes de télémédecine dans le droit commun de la Sécurité Sociale et organise la prise en charge de la téléconsultation par vidéo transmission et de la télé-expertise par l'Assurance Maladie.</p>	<p>Mars 2020 Les règles de réalisation de télémédecine ont été assouplies pour accorder la consultation par téléconsultation après télé-expertise, prise en charge à 100% des téléconsultations par l'Assurance Maladie. Dernière catégorie, les patients présentant les symptômes ou signes du COVID-19 sont éligibles à une télé-expertise rémunérée.</p>	<p>Prochainement Sollicitations plus seulement réservées aux médecins.</p>
<p>Janvier 2014 La loi de financement de la sécurité sociale 2 permet la mise en place d'expérimentations de financement élargissant de la télémédecine (téléconsultation, télé-expertise et télésurveillance) dans neuf régions. Le cahier des charges des expérimentations a été élargi en 2016 à l'ensemble des patients atteints d'affection de longue durée (ALD) ou résidant en structure médico-sociale.</p>	<p>2020 Le décret d'application de la loi de financement de la sécurité sociale 2 a été publié en septembre 2020.</p>	<p>Septembre 2020 La loi de financement de la sécurité sociale 2 permet la mise en place d'expérimentations de financement élargissant de la télémédecine (téléconsultation, télé-expertise et télésurveillance) dans neuf régions. Le cahier des charges des expérimentations a été élargi en 2016 à l'ensemble des patients atteints d'affection de longue durée (ALD) ou résidant en structure médico-sociale.</p>	<p>Avril 2022 Plus de niveaux de télé-expertise jusqu'en avril.</p>	<p>2021 Le décret d'application de la loi de financement de la sécurité sociale 2 a été publié en septembre 2021.</p>
<p>2019 La réglementation de la télé-expertise s'est faite conjointement à celle de la télémédecine.</p> <p>21 juillet 2009 France - Loi Hospital Patient Santé et Territoires Définit la télémédecine comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'informatique et de la communication (TIC) ». Elle met en rapport entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient ».</p>	<p>Octobre 2010 Publication du décret d'application de la loi HPST qui précise les conditions de sa mise en œuvre et son organisation (articles 11, 11 bis et 11 ter du Code de la Santé Publique).</p> <p>Il existe 2 types de télémédecine : La télémédecine informative, orientée sur la diffusion de savoirs et d'information. La télémédecine clinique, qui correspond à une pratique médicale à distance grâce à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Les développements qui suivent concernent ce second type.</p>	<p>Septembre 2018 La loi de financement de la sécurité sociale bascule le financement des actes de télémédecine dans le droit commun de la Sécurité Sociale et organise la prise en charge de la téléconsultation par vidéo transmission et de la télé-expertise par l'Assurance Maladie.</p>	<p>Mars 2020 Les règles de réalisation de télémédecine ont été assouplies pour accorder la consultation par téléconsultation après télé-expertise, prise en charge à 100% des téléconsultations par l'Assurance Maladie. Dernière catégorie, les patients présentant les symptômes ou signes du COVID-19 sont éligibles à une télé-expertise rémunérée.</p>	<p>Prochainement Sollicitations plus seulement réservées aux médecins.</p>
<p>2009 La réglementation de la télé-expertise s'est faite conjointement à celle de la télémédecine.</p> <p>21 juillet 2009 France - Loi Hospital Patient Santé et Territoires Définit la télémédecine comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'informatique et de la communication (TIC) ». Elle met en rapport entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient ».</p>	<p>Octobre 2010 Publication du décret d'application de la loi HPST qui précise les conditions de sa mise en œuvre et son organisation (articles 11, 11 bis et 11 ter du Code de la Santé Publique).</p> <p>Il existe 2 types de télémédecine : La télémédecine informative, orientée sur la diffusion de savoirs et d'information. La télémédecine clinique, qui correspond à une pratique médicale à distance grâce à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Les développements qui suivent concernent ce second type.</p>	<p>Septembre 2018 La loi de financement de la sécurité sociale bascule le financement des actes de télémédecine dans le droit commun de la Sécurité Sociale et organise la prise en charge de la téléconsultation par vidéo transmission et de la télé-expertise par l'Assurance Maladie.</p>	<p>Mars 2020 Les règles de réalisation de télémédecine ont été assouplies pour accorder la consultation par téléconsultation après télé-expertise, prise en charge à 100% des téléconsultations par l'Assurance Maladie. Dernière catégorie, les patients présentant les symptômes ou signes du COVID-19 sont éligibles à une télé-expertise rémunérée.</p>	<p>Prochainement Sollicitations plus seulement réservées aux médecins.</p>
<p>2019 La réglementation de la télé-expertise s'est faite conjointement à celle de la télémédecine.</p> <p>21 juillet 2009 France - Loi Hospital Patient Santé et Territoires Définit la télémédecine comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'informatique et de la communication (TIC) ». Elle met en rapport entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient ».</p>	<p>Octobre 2010 Publication du décret d'application de la loi HPST qui précise les conditions de sa mise en œuvre et son organisation (articles 11, 11 bis et 11 ter du Code de la Santé Publique).</p> <p>Il existe 2 types de télémédecine : La télémédecine informative, orientée sur la diffusion de savoirs et d'information. La télémédecine clinique, qui correspond à une pratique médicale à distance grâce à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Les développements qui suivent concernent ce second type.</p>	<p>Septembre 2018 La loi de financement de la sécurité sociale bascule le financement des actes de télémédecine dans le droit commun de la Sécurité Sociale et organise la prise en charge de la téléconsultation par vidéo transmission et de la télé-expertise par l'Assurance Maladie.</p>	<p>Mars 2020 Les règles de réalisation de télémédecine ont été assouplies pour accorder la consultation par téléconsultation après télé-expertise, prise en charge à 100% des téléconsultations par l'Assurance Maladie. Dernière catégorie, les patients présentant les symptômes ou signes du COVID-19 sont éligibles à une télé-expertise rémunérée.</p>	<p>Prochainement Sollicitations plus seulement réservées aux médecins.</p>

Télé-expertise : les informations complémentaires



Jusqu'en 2018, la télémédecine (TE) a été conçue et déployée dans un cadre expérimental avec des financements portés par les fonds d'interventions régionaux qui ont permis de préparer un financement de droit commun.

Avril 2016 : Convention médicale, première étape qui a permis les premiers remboursements d'actes de télémédecine par l'Assurance-Maladie, en créant 2 actes de suivi des patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), l'un de télé-expertise (TDT) et l'autre de téléconsultation (TTE).

Avril 2016 : Convention médicale, première étape qui a permis les premiers remboursements d'actes de télémédecine par l'Assurance-Maladie, en créant 2 actes de suivi des patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), l'un de télé-expertise (TDT) et l'autre de téléconsultation (TTE).

Juin 2018 : Afin d'assurer les conditions de déploiement des actes de télémédecine sur l'ensemble du territoire, un accord conventionnel a été conclu entre l'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux, avec l'Avenant 6 à la convention). Remboursement par l'Assurance Maladie des actes de téléconsultation, en septembre 2018, et de télé-expertise, en février 2019. Depuis le 10 février 2019, la télé-expertise permet à un médecin de solliciter l'avis d'un confrère face à une situation médicale donnée et d'assurer ainsi une prise en charge plus rapide des patients. s.

Le Code de la Santé Publique définit 5 actes médicaux de télémédecine clinique :

- 1) La **téléconsultation** : un patient consulte, à distance, un professionnel de santé.
- 2) La **télé-expertise** : des professionnels de santé médicaux donnent à distance leur avis d'experts spécialistes sur le dossier médical d'un patient.
- 3) La **télésurveillance médicale** : des indicateurs cliniques ou biologiques, choisis par un professionnel de santé médical, sont collectés par un dispositif et transmis au professionnel médical (télémontoring).
- 4) La **téléassistance médicale** : un professionnel de santé médical assiste à distance un professionnel de santé non médical.
- 5) La réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale (aide médicale d'urgence et **téléconseil** médical personnalisé).



LA TÉLÉ-EXPERTISE : VS CONSULTATION PRÉSENTIELLE, PEUT-ON PARLER D'ÉQUIVALENCE ?

La télé-expertise marque des points ! **Elle permet d'échanger entre professionnels, d'éviter que les patientes parcourent des kilomètres pour se rendre à une consultation chez un référent.** Pour autant, peut-on dire qu'elle est équivalente à une consultation en présentiel ? Une étude s'est intéressée à cette question.

Une étude rétrospective d'une durée de 24 mois a été menée sur 174 demandes d'avis d'expertise asynchrones dans le champ des échographies obstétricales. L'objectif était d'évaluer les demandes d'avis du dépisteur, les réponses de l'expert, quand elles étaient possibles, le parcours de soin de la patiente, ainsi que l'éventuel impact fœtal des avis donnés à distance.

Un sage-femme échographiste basé à Hyères, à 82km du centre expert, a eu recours à la demande de 174 avis pour 141 femmes enceintes. Les avis concernaient tous les trimestres de grossesse avec une proportion plus importante au 3e trimestre (58,6%) (39,7% au 2e et 1,7% au 1er). Pour la majorité des patientes, il a été demandé un avis (81,6%). Les autres ont nécessité, 2,3 et 5 avis avec respectivement 14,9 %, 2,8 %, 0,7 %. Au cours de l'étude, il a été demandé en moyenne 14,5 avis par mois.

Près de 26% des patientes étaient à l'origine de 21,8% avis qui ont nécessité une consultation en présentiel. Il a été retrouvé une image inhabituelle dans 19,2% des cas et les avis prénataux étaient en corrélation avec les données postnatales (valable

aussi en l'absence d'image inhabituelle).

La télé-expertise ne remplace pas la dimension humaine d'une consultation en présentiel, néanmoins, elle permet de structurer le parcours de soin des patientes et de réduire l'anxiété du couple ainsi que l'inquiétude du requérant.

La télé-expertise selon cette évaluation, n'a pas été une perte de chance pour les patientes puisque les avis du requis étaient en concordance avec les issues fœtales et néonatales. Mais recourir à ce mode de communication nécessite des prérequis en termes d'homogénéisation et structuration de demandes d'avis qui pourraient faire l'objet, à l'avenir, de formations spécifiques.

Références : La Télé-Expertise asynchrone (TEAS) en échographie obstétricale : est-ce équivalent à la consultation en présentiel ? GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE FERTILITÉ & SÉNOLOGIE - Vol 49 - N° 11 - P. 850-857 - Novembre 2021.

*Une étude de minimisation des coûts du recours à la télé-expertise asynchrone par rapport une consultation en face à face pour le diagnostic prénatal par échographies obstétricales
REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE - Vol 69 - N° S1 P. S61 - juin 2021*

MOINS DE STRESS, GAIN DE TEMPS ET D'ARGENT !

Une récente étude a montré que le recours à la télé-expertise avait évité le déplacement de 73% des patientes (189 patientes pour 255 avis) mais aussi une réduction du coût total moyen de 123,40 € par patiente en se basant sur la modélisation des coûts respectifs des interventions à distance et des coûts modélisés pour cette même expertise en face à face.



LA TÉLÉ-EXPERTISE ET PARTAGE D'EXPÉRIENCES

Pratique, sécuritaire, la télé-expertise s'est imposée pour des sages-femmes comme une option de premier choix pour travailler en réseau, ils nous expliquent pourquoi.



Ludivine DELATTE-BORGE

Sage-femme échographiste libérale depuis 2010, Toulon

J'utilise la télé-expertise dans le domaine de l'échographie obstétricale depuis début 2021, en moyenne deux à trois fois par mois. Elle représente un confort pour les patientes, mais aussi pour moi et pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, il n'y a pas de déplacement pour les patientes. Il faut savoir que sur l'aire toulonnaise, nous avons des référents échographistes qui se déplacent de Marseille qu'un mardi sur deux et les rendez-vous sont très prisés, nous sommes donc souvent obligés de faire déplacer les patientes

sur Marseille ou Nice. Ensuite, la télé-expertise permet un délai de réponse très rapide et donc une attente réduite, ce qui est appréciable pour les patientes angoissées dans certaines situations. Pour ma part, en cas de doute sur une image, le recours à un avis à distance me permet de confirmer ou d'infirmer le diagnostic et ainsi de ne pas orienter à tort la patiente vers un expert ou au contraire, de favoriser une prise en charge rapide. La télé-expertise permet également de travailler avec des personnes de confiance de notre choix.



Antoine Lafouge

Sage-femme échographiste libéral, Hyères

Mon cabinet étant situé à environ 70 km d'un centre de référence, j'ai commencé à utiliser la télé-expertise dans ma pratique échographique depuis 2010 environ. J'ai particulièrement développé cette façon de travailler au cours de mon activité en libéral. En effet, j'ai pris conscience qu'il me fallait une alternative pour répondre à la fois à mes doutes et pour répondre aux attentes des patientes. Au début de mon activité, je sollicitais de nombreuses fois l'avis du médecin expert. Aujourd'hui, j'ai recours à l'avis d'un expert environ deux fois par semaine.

J'utilise la télé-expertise asynchrone. Il s'agit de poser une question précise à un médecin référent via une plateforme sécurisée à distance de l'examen que l'on a réalisé. La télé-expertise m'a permis d'améliorer ma pratique sur deux versants de mon activité. D'une part, j'ai eu la chance de travailler et développer cette méthode de travail de façon formelle et structurée. Je pense qu'on a tous au moins une fois utilisé la télé-expertise de façon informelle (mail non sécurisé, demande sur un groupe professionnel via les réseaux sociaux, par téléphone...). Avec le Dr Edwin Quarello, référent échographiste, nous avons fait le choix de structurer cette méthode de travail pour l'adapter à notre discipline échographique.

À titre personnel, la télé-expertise a été un véritable outil de formation continue. En cas de doute sur une image ou d'un questionnement, j'ai l'opportunité d'échanger et d'être conseillé sur la prise en charge des patientes.

Mais cette façon de travailler a nécessité de réfléchir à deux points essentiels : comment envoyer la demande ? Comment répondre à cette demande ? En effet, si votre demande n'est pas bien formulée ou si vos images ou boucles vidéos ne sont pas informatives, vous ne pourrez pas avoir un retour fiable. Le problème se pose également pour la personne qui donne son avis sur le cas présenté. Ce n'est pas un exercice facile et il nécessite une certaine expérience et une complicité pour être suffisamment à l'aise. Il doit exister une réelle confiance et une habitude de travail entre les deux participants d'une télé-expertise. D'autre part, la télé-expertise a permis à la majorité des patientes que je suis à ne pas avoir à se déplacer. Ceci évite aux couples de devoir s'organiser au niveau professionnel et familial pour rencontrer un référent. Il existe un vrai gain médico-économique qui a été démontré. Lorsque je vois une situation qui peut se gérer par télé-expertise, je laisse systématiquement aux couples le choix de consulter un référent ou de bénéficier de la télé-expertise. Je leur explique les limites et les avantages de cette technique de travail. C'est le couple qui décide selon ses préférences. C'est l'intérêt de la patiente qui prime. En procédant de cette manière, je n'ai eu que des retours positifs sur la télé-expertise. Et finalement, les patientes ne demandent que très rarement une consultation avec un référent en présentiel.

Les conseils de Ludivine pour choisir un outil de télé-expertise :

- Un outil intuitif, qui demande le moins possible de manipulation, connecté à l'appareil échographique ou au logiciel de compte rendu
- Un outil capable de générer un compte rendu de télé-expertise, capable de l'envoyer à la patiente et de le transmettre sur le dossier patient

Les conseils d'Antoine pour choisir un outil de télé-expertise :

- Avant de penser outil, il est essentiel de définir un réseau pour une collaboration optimale entre le requérant et la personne requise
- Utiliser une plateforme dédiée pour formaliser de façon sécurisée les échanges

ÉTUDE



Laure Murat

Sage-femme à Mulhouse

**COSMÉTIQUES ET
SANTÉ ENVIRONNEMENTALE :**
BEAUCOUP DE CONNAISSANCES,
MAIS PEU DE TEMPS
POUR LES TRANSMETTRE
AUX PATIENTES

Addicts ou non, les produits cosmétiques inondent les salles de bain.

Pour sentir bon, pour retrouver une peau de bébé, vaincre les vergetures, ou encore pour atténuer les cernes, s'ils sont attractifs pour leurs vertus annoncées ou leur packaging, attention, certains renferment sous leur flacon des perturbateurs endocriniens, de quoi faire pâlir plus d'une femme enceinte! Alors encore une fois la prévention est de mise et les sages-femmes détiennent une place privilégiée pour informer les mères. Mais qu'en est-il de leur sensibilisation et de leurs connaissances pour fournir des conseils adaptés aux femmes enceintes ? **Laure Murat, sage-femme, a évalué les connaissances des sages-femmes au sujet des cosmétiques pendant la grossesse.**

Elle nous en dit plus sur son étude.

PAROLE DE SAGES-FEMMES : Pourquoi avez-vous décidé de travailler sur ce sujet ?

LAURE MURAT : M'étant engagée dans une démarche de meilleure consommation des cosmétiques que j'utilisais au quotidien, ce sont mes recherches personnelles qui m'ont guidée vers ce sujet.

Au fur et à mesure de mes stages, j'ai rencontré des femmes et des couples avec de réelles interrogations relatives aux produits cosmétiques, laissées souvent sans réponse. En effet, la grossesse et la périnatalité en général représentent des arguments marketing solides pour les grandes marques, dédiant parfois des gammes spécifiques de produits aux femmes enceintes ou aux nouveau-nés.

De surcroît, les procédés de greenwashing (pratiques marketing visant à user et à abuser des positionnements ou des pratiques écologiques, à des fins seulement mercantiles) utilisés par les grandes marques, notamment pour les cosmétiques, peuvent mettre la femme enceinte en difficultés dans le choix des produits qu'elle souhaiterait parfois plus respectueux pour sa santé. Or, les ingrédients qu'ils contiennent ne sont pas sans danger pour la femme enceinte et le nouveau-né.

La sage-femme étant une interlocutrice privilégiée de la périnatalité, notamment chargée de promotion et de prévention de la santé des femmes et des enfants, elle occupe une place

de choix pour dispenser un discours préventif au sujet des produits cosmétiques.

PDSF : Comment vous y êtes-vous prise pour réaliser l'étude ?

LM : En partant des questionnements des femmes enceintes concernant la possibilité d'utiliser tel ou tel produit pour elles ou pour leur(s) enfant(s), je me suis interrogée sur la capacité des professionnels de santé à y répondre. Pour un aspect pratique, et du fait de sa place grandissante dans l'accompagnement périnatal des femmes, j'ai limité l'étude à la connaissance des sages-femmes sur le sujet des produits cosmétiques et de leurs risques au cours de la grossesse. L'étude a alors été menée grâce à des questionnaires comportant des questions théoriques pour évaluer leurs acquis, mais aussi pratiques pour apprécier les conseils qu'elles prodiguent, puis des questions d'auto-évaluation pour estimer leur propre sensibilisation sur le sujet.

PDSF : Quels sont les principaux résultats ?

LM : Il ressort de l'étude que les sages-femmes disposent de connaissances théoriques suffisantes pour communiquer un discours préventif aux patientes. Elles sont notamment au clair avec les principaux conseils relatifs à l'utilisation des produits cosmétiques pendant la grossesse. Pourtant, l'étude a révélé un défaut de transmission de ces conseils aux femmes enceintes. Les principaux freins identifiés sont

3 SITES RESSOURCES CONSEILLÉS PAR LAURE MURAT POUR ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

→ **Le site gouvernemental des 1000 premiers jours** (www.1000-premiers-jours.fr), aussi bien à destination des professionnels de santé que des futurs parents, donne des informations sur diverses thématiques, dont celle de l'environnement qui aborde la question des perturbateurs endocriniens.

→ **Le site du projet Femmes Enceintes Environnement et Santé** (www.projetfees.fr) qui met notamment à disposition des professionnels de santé

des fiches récapitulatives avec des conseils sur les thématiques de la qualité de l'air intérieur, de l'alimentation et des cosmétiques. Le projet FEES dispense également des formations aux professionnelles de santé ou de la périnatalité.

→ **Les recommandations pour la pratique clinique "Les interventions pendant la période périnatale" émises par le Collège National des Sages-Femmes de France cet été** (www.cnsf.asso.fr/pratiques-

[professionnelles/rpc-du-cnsf/interventions-periode-perinatale](http://www.cnsf.asso.fr/pratiques-professionnelles/rpc-du-cnsf/interventions-periode-perinatale)). Ces recommandations sont divisées en 10 chapitres, dont l'un porte sur l'utilisation des produits cosmétiques pour les femmes enceintes ou allaitantes et les jeunes enfants. Ce chapitre contient notamment des recommandations pratiques qu'il est possible de transmettre facilement aux patientes.

le manque de temps, le manque de supports et de standardisation des conseils à donner, mais aussi le fait de ne pas vouloir rajouter des préoccupations anxieuses aux patientes.

PDSF : Avez-vous été surprise par vos résultats ? Pourquoi ?

LM : J'ai été agréablement surprise par les résultats. J'avais notamment émis comme hypothèse que les sages-femmes ne disposaient pas de connaissances suffisantes au sujet des produits cosmétiques pendant la grossesse. Je ne m'attendais donc pas à ce que le niveau de connaissances des sages-femmes soit aussi bon. Mais la problématique des perturbateurs endocriniens gagnant du terrain en société, nombreuses sont les sages-femmes dont les acquis provenaient de recherches personnelles.

Par ailleurs, j'ai été surprise que ces connaissances soient si peu partagées avec leurs patientes. Je pensais que la transmission des conseils

serait d'autant meilleure que les sages-femmes disposaient de connaissances sur le sujet. Or, ce n'est pas le cas. Il a ensuite été très intéressant de comprendre pourquoi les professionnelles de santé ne s'étaient pas au sujet des produits cosmétiques et d'identifier les freins à la communication de messages préventifs.

PDSF : Comment votre travail pourrait-il se prolonger ?

LM : Le sujet des produits cosmétiques est encore très vaste... Je ne me suis intéressée qu'à la période de la grossesse, mais il reste encore le champ des premières années de l'enfant à explorer. La consommation des produits cosmétiques sur le nouveau-né et le jeune enfant est loin d'être sans conséquence !

Même si le sujet des produits cosmétiques semble superflu, la santé environnementale en périnatalité est un sujet de santé publique majeur pour prévenir certains troubles.

Référence : Produits cosmétiques et grossesse : évaluation des connaissances des sages-femmes d'Alsace/diplôme d'État de sage-femme. Laure Murat. Département de maïeutique de l'université de Strasbourg. ©Hervé Schmelzle

BIOLOGICAL NURTURING VERSUS MÉTHODES HOSPITALIÈRES HABITUELLES : QUELLES DIFFÉRENCES SUR LES PROBLÈMES D'ALLAITEMENT ?

Les problématiques d'allaitement peuvent être liées aux positions d'allaitement. Mais y a-t-il des différences entre l'approche Biological Nurturing (BN) et les pratiques hospitalières classiques issues des recommandations de l'OMS et de l'UNICEF ? Cet essai contrôlé randomisé paru dans l'*International Breastfeeding Journal* nous apporte des éléments de réponse.

L'approche Biological Nurturing a été développée par Suzanne Colson à partir d'observations menées sur des mères. Appelée aussi « allaitement décontracté », le bébé est couché sur la poitrine et la gravité permet le plus grand contact possible entre le corps du bébé et la poitrine et l'abdomen de la mère. Ainsi la position de la mère favorise les mouvements du bébé par l'activation de 20 réflexes néonataux primitifs qui stimulent l'allaitement. Des études neurophysiologiques ont montré qu'avec cette approche les nourrissons apprennent instinctivement à atteindre le mamelon, à prendre le sein et à téter, et les mères sont capables d'activer les réflexes néonataux par des comportements instinctifs. Cependant, l'efficacité de l'approche Biological Nurturing n'a pas été étudiée en milieu hospitalier.

Un essai contrôlé randomisé s'est intéressé à la méthode BN et l'a évaluée en la comparant aux pratiques hospitalières habituelles. Les chercheurs ont analysé l'impact de ces approches sur la fréquence des problèmes d'allaitement à la sortie de maternité, à une semaine, à un et quatre mois. Les femmes du groupe (90) expérimental (BN) ont visionné une vidéo portant sur le Biological Nurturing avant l'accouchement puis pendant le séjour à la maternité, elles ont été soutenues par les professionnels pour allaiter dans une position détendue, avec leur bébé couché sur leur poitrine. Pour le groupe témoin (98), il a été demandé aux femmes de regarder une vidéo avant l'accouchement montrant les positions classiques d'allaitement maternel recommandées par l'OMS

et l'UNICEF. Elles ont été accompagnées avec ces mêmes préconisations tout au long du séjour. Toutes les femmes, quel que soit le groupe, ont fait du peau à peau après l'accouchement, ont allaité à la demande et étaient à proximité de leur bébé 24h/24.

Les professionnels de santé ont été formés pendant 20h sur l'allaitement maternel (recommandations OMS et UNICEF) et pendant 6h sur la méthode BN.

Moins de problèmes mammaires avec l'approche BN

À la sortie de la maternité, la méthode BN réduisait le risque de problématiques d'allaitement de 44%, de crevasses à 58% et de douleur au mamelon à 41%. Il y a eu un cas d'engorgement et aucun de mastite.

Ces résultats ont été confirmés sept jours après la sortie. Il y avait un cas d'engorgement et sept dans le groupe témoin.

À 30 jours, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes, par contre, à 120 jours, le risque de problèmes mammaires était plus bas dans le groupe BN (RR 0,51, IC à 95% 0,28, 0,95, nombre nécessaire pour traiter 8, IC à 95% 4, 49). Les douleurs mammaires représentent une des principales causes d'arrêt précoce d'allaitement maternel. Selon cette étude, l'approche BN, en réduisant les risques de douleurs, de crevasses pourrait être une mesure pour prolonger l'allaitement maternel et ainsi promouvoir plus efficacement ce mode d'alimentation.



Béatrice Allouchery

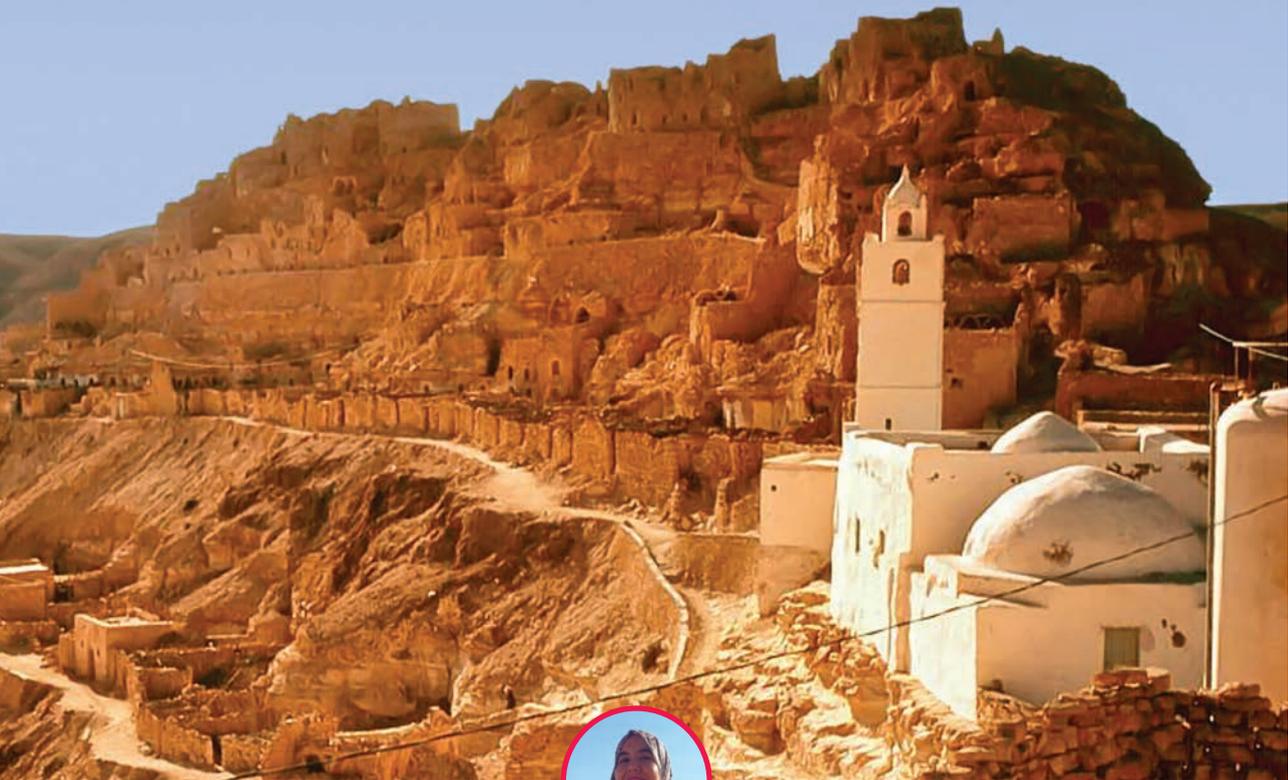
Sage-femme libérale et consultante en lactation à Saint-aubin-lès-elbeuf

Pourquoi la position BN est-elle un moyen de prévention des crevasses ?

La meilleure prévention des crevasses est la position BN car l'enfant peut ajuster lui-même sa position. J'ai reçu en consultation d'allaitement plusieurs mamans qui se plaignaient de douleurs pendant la tétée, mais l'histoire la plus marquante fut cette patiente : 4e enfant, 4e allaitement avec trois expériences d'allaitements longs sans problème. Elle présentait des crevasses, mais aussi une mycose mammaire. Je lui ai proposé de s'installer en BN c'est-à-dire confortablement avec un gros coussin dans le dos, un petit pour la nuque et de prendre son enfant sur elle. Et là, surprise, il attrape le sein et ne lui fait « même pas mal ».

Il arrive parfois que certains bébés n'y arrivent pas en BN et que nous soyons amenés à utiliser d'autres positions ou du matériel. Toutefois, il faudra toujours retenter l'expérience, peut-être en choisissant un moment où le nourrisson est plus somnolent : « On ne sait jamais sur un malentendu, ça peut marcher », car tous les réflexes innés sont aussi présents pendant le sommeil et plus le bébé passera du temps sur le torse de sa mère, plus il y aura d'occasions. Nous pouvons dire que le BN fait appel aux compétences de l'enfant, il lui permet de prendre le sein tout seul, dans toutes les autres positions c'est la mère qui doit lui donner le sein.

Références : Effectiveness of biological nurturing on early breastfeeding problems: a randomized controlled trial - International Breastfeeding Journal volume 15, Article number: 21 (2020) - Colson S. Biological nurturing: the laid-back breastfeeding revolution. Midwifery Today Int Midwife. 2012;101:9-11. - Klaus MH, Kennel JK. Maternal-Infant Bonding: The impact of early separation of loss on family development. 1st American ed. St Louis: The C.V. Mosby Company; 1976. - Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. Pediatrics. 2008;122:S69-76. - Odom E, Li R, Scanlon K, Perrine CG, Grummer-Strawn LM. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. Pediatrics. 2013;131:e726-32.



Marwa Dab

Sage-femme et formatrice à l'Association Tunisienne de Santé de la Reproduction, Gouvernorat de Tataouine (ATSR).

« À TATAOUINE, IL Y A UNE GRAVE PÉNURIE DE SAGES-FEMMES »

Diplômée depuis moins de trois ans, Marwa œuvre avec pugnacité pour la santé des femmes à l'Association Tunisienne de Santé de la Reproduction, (ATSR), à Tataouine, en Tunisie. Elle nous partage généreusement son quotidien sur le terrain et ses réflexions autour de la profession.

PAROLE DE SAGES-FEMMES : QUELLES SONT VOS MISSIONS ?

MARWA DAB : Mes missions sont très larges au sein de l'association. Je réalise des consultations d'obstétrique et de gynécologie, je suis active dans l'éducation sexuelle des femmes, j'assure des sessions de formation et des séances de sensibilisation en faveur des jeunes sur tous les composants de la santé sexuelle et reproductive. Dans le cadre d'une équipe mobile, je me déplace au domicile des femmes vulnérables vivant en zone rurale pour réaliser des consultations pré et postnatales, également pour les femmes ménopausées ainsi que pour les jeunes filles ayant des problèmes gynécologiques. Il y a aussi les « caravanes de santé », un service qui me permet d'aller à la rencontre des citoyens pour leur fournir des soins gratuits.

J'assure la prise en charge des femmes victimes de violence et des personnes séropositives (dépistage et suivi).

Dans le cadre de projet financé par l'UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la Population), je propose des consultations pour les réfugiés, les migrants et les demandeurs d'asile, ainsi que des séances de sensibilisation pour améliorer l'éducation sur les maladies sexuellement transmissibles et pour informer sur les cancers féminins, les moyens contraceptifs et les droits sexuels et reproductifs. Grâce à cette expérience je suis devenue polyvalente, je consulte, forme, coordonne et je rédige des rapports d'activité.

PDSF : QUELLES SONT LES PARTICULARITÉS DE L'ASSOCIATION ?

MD : Tous les services que nous proposons sont gratuits. La force de l'association réside également dans la prestation de services et la mise en place de consultations à domicile pour les femmes en milieu rural, avec notamment la fourniture de médicaments et de soins médicaux.

Notre service de soins a joué un rôle prépondérant durant la première vague de l'épidémie, en mars 2020, quand les cliniques publiques et privées ont fermé.

Au sein de l'association, des psychologues et des sages-femmes assurent des permanences téléphoniques quotidiennes pour des questions médicales diverses sur la santé sexuelle et reproductive ou pour des consultations psychologiques afin de maintenir les services et réduire la contamination au covid-19 en temps de crise.

PDSF : QUELLES DIFFICULTÉS RENCONTREZ-VOUS ?

MD : Les difficultés dont je parlerai concernent toutes les sages-femmes en Tunisie particulièrement à Tataouine, quelle que soit l'institution à laquelle elles appartiennent. À Tataouine, il y a une grave pénurie de sages-femmes, on trouve une sage-femme pour 10 500 femmes. Il y a aussi un manque de disponibilité de dispositifs médicaux et d'outils de réanimation, ainsi qu'un manque de formation continue.

Aussi, le gros problème qui menace les femmes est l'absence de médecine spécialisée à Tataouine, ce qui augmente le taux de mortalité. Les longues distances et l'absence de structure de santé à proximité poussent les femmes à recourir à l'accouchement à domicile dans des conditions inadéquates et non sécuritaires.

En raison de la pénurie des cliniques pour les femmes enceintes, du manque de sages-femmes et d'un taux de natalité annuel élevé, l'association cherche des financeurs pour acheter un véhicule destiné aux accouchements « SOS accouchement ». Il serait entièrement équipé comme une sorte de maternité mobile et dédié au transport des femmes de leur lieu de résidence, en campagne, jusqu'au service d'obstétrique pendant le travail, avant, ou après l'accouchement. Il serait équipé de matériel médical pour l'accouchement sous la supervision d'une sage-femme et d'une infirmière. Le dispositif « SOS accouchement » faciliterait l'accès des femmes aux services de santé en luttant contre la mortalité maternelle et néonatale.

PDSF : QUELS SONT VOS SOUHAITS POUR FAIRE ÉVOLUER LA PROFESSION ?

MD : Il faut investir dans les sages-femmes tunisiennes, car elles sont la clé de la santé sexuelle et reproductive.

Il est important de les encourager à faire des recherches scientifiques et leur permettre de poursuivre leurs études à l'université.

Il faut aussi miser sur la formation initiale et continue des sages-femmes afin d'augmenter le nombre de sages-femmes assurant l'obstétrique et la gynécologie dans les zones reculées. Mais il est aussi urgent de reconsidérer les compétences des sages-femmes, car à ce jour, elles sont reconnues comme techniciennes supérieures en obstétrique, alors que les tâches sur le terrain sont médicales avec la vie des mères et des nouveau-nés entre leurs mains !

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.



La maternité dans un thriller psychologique

Betty a oublié les circonstances de son accouchement. Elle reprend conscience à la maternité, mais son mari est injoignable et elle ignore pourquoi. Elle découvre que son enfant se nomme Noé et qu'un inconnu rôde autour de lui.

L'angoisse monte, elle se sent impuissante, mais ne peut se faire entendre, alors qu'on la prend pour folle. Elle est alors accueillie dans une unité mère-bébé, prise en charge par un psychiatre peu conventionnel. C'est alors que sa mémoire va refaire surface et raviver la douleur camouflée jusque-là dans son inconscient. La vérité éclaire et la quête personnelle prend alors des allures de thriller psychologique.

Françoise Guérin est l'auteurice de ce roman oppressant. Psychologue clinicienne, spécialisée dans les liens parent-bébé, son premier roman « À la vue, à la mort » a remporté le Prix du roman policier en 2007 et a été adapté à la télévision.

On noie bien les petits chats de Françoise Guérin. Éditions Eyrolles. 18€



Violences conjugales : protéger la mère, c'est protéger l'enfant

Lorsqu'il y a des violences conjugales au sein d'un couple, l'enfant a besoin de protection. Mais pour assurer sa protection, il faut avant tout protéger la mère.

Édouard Durand, magistrat, co-président de la Commission nationale sur l'inceste et les violences milite à travers cet ouvrage pour renforcer la culture de la protection par une législation traduisant dans la loi la réalité, à savoir qu'un conjoint violent est un père dangereux. En effet, pour véritablement protéger les victimes, le mari violent doit être présumé comme dangereux. Il faut prendre en compte la violence dans la conjugalité pour protéger la parentalité. Le parent violent ne doit pas être celui qui détient l'autorité parentale, au contraire, elle doit être confiée à la victime. Ainsi en cas de rencontre entre l'enfant et le parent violent, le contrôle social doit être assuré pour garantir sa protection.

Cet ouvrage tient compte de l'évolution de lois et éclaire les professionnels, avec une analyse rigoureuse sur les dernières polémiques, tout en gardant ce côté engagé pour la protection des enfants.

Protéger la mère, c'est protéger l'enfant d'Édouard Durand, aux éditions Dunod. 16,90€.



Endométriose : Une histoire pour faciliter la compréhension de la maladie des 15-25 ans

Pour que des spécialistes mettent un mot sur leurs maux, des femmes attendent en moyenne 7 ans ! Et si elles étaient informées jeunes pour mieux comprendre les symptômes de l'endométriose ? À travers l'histoire de Clara, cet ouvrage cherche à sensibiliser les 15-25 ans à cette maladie encore méconnue. L'endométriose ne touche pas que les femmes à l'âge adulte. Les lycéennes peuvent être concernées. C'est pourquoi, Clara, 17 ans racontent son histoire. Elle découvre qu'elle est atteinte par cette maladie qui commence avec les règles. Elle se questionne, entourée de ses amies et de sa famille. L'auteurice, Yasmine Candau, présidente de l'association EndoFrance, a souhaité, en racontant l'histoire de Clara, répondre aux questions des jeunes filles atteintes d'endométriose afin de réduire le délai du diagnostic dans le but de préserver leur qualité de vie et leur fertilité. Un ouvrage facile à lire, le tout illustré par MaY Fait Des Gribouillis.

L'endométriose de Clara de Yasmine Candau, aux éditions Dunod. 16,90€.



Le guide pour être à l'aise avec la langue de Shakespeare

Converser en anglais dans sa pratique quotidienne lorsque l'on n'est pas bilingue, c'est possible ! Ce guide d'"Anglais médical" vous donne un coup de pouce. Aussi bien utile aux professionnels de santé francophones qu'anglophones, il permet d'établir une communication de qualité. Cette 5e édition a été enrichie d'une classification par spécialité médicale pour trouver rapidement l'expression adéquate.

Pour pouvoir s'y retrouver facilement, chaque chapitre est décliné avec un plan identique : les interrogatoires, les pathologies les plus courantes, la pharmacologie, les examens cliniques et paracliniques. On y trouve des focus sur des thèmes clés : ECG, tabac, alcool, paludisme, infertilité, BPCO, insuffisance cardiaque.

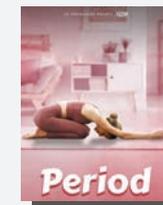
Ce guide contient également un tableau d'équivalence actualisé des principaux médicaments prescrits en France et au Royaume-Uni, une liste alphabétique des faux-amis ainsi que les expressions indispensables au suivi du patient.

Anglais médical - Guide pratique de la conversation médicale de Mireille Mandelbrojt-Sweeney, Eileen Sweeney, aux éditions Elsevier. 23,60€.

DÉTENTE

3 INNOVATIONS DIGITALES QUI DONNENT UN COUP DE POUCE POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DES FEMMES

Les innovations technologiques dans le domaine de la santé ne cessent de se développer. Utilisées à bon escient, pourquoi s'en priver ? Améliorer l'accompagnement d'une maladie ou favoriser le bien-être des femmes, voici 3 applications développées ou en cours de développement qui méritent attention.



Soulager les symptômes du syndrome prémenstruel

Dans un rapport remis à l'Assemblée nationale le 13 février 2020, la Délégation aux droits des femmes à l'égalité des chances relève un manque d'information concernant les symptômes des menstruations. **Sur 1 550 femmes interrogées *, 80% ont déclaré être gênées par le syndrome prémenstruel.** Elles sont 50% à éviter de bouger pendant leurs règles, elles n'osent pas forcément sortir ou prendre part à la vie sociale à cause des émotions exacerbées. **Pourtant, bouger pendant les règles atténue les douleurs du syndrome prémenstruel.** D'ailleurs, 45% ignorent les bienfaits du sport à cette période. Pour en finir avec cette situation, l'application **FizzUp a lancé un programme gratuit spécifique nommé PERIOD.** Elle propose des séances d'exercices (yoga, étirement, renforcement musculaire) à basse intensité, de moins de 10 minutes par jour, pour soulager les douleurs du syndrome prémenstruel et donc favoriser le bien-être des femmes.

** Sondage réalisé du 10 au 13 septembre 2021 sur un panel d'utilisatrice FizzUp par questionnaires en ligne, 1550 questionnaires récoltés. Téléchargeable sur l'App Store et Google Play*



Pour mieux vivre l'endométriose

L'endométriose concerne 1 femme sur 10 et dans 70% des cas la maladie implique des douleurs aiguës et chroniques. Cette pathologie est encore mal connue, si bien que le gouvernement a lancé récemment la stratégie nationale de lutte contre l'endométriose pour mieux comprendre la maladie et trouver des traitements adaptés. **Dans cette optique, deux médecins, Marie Ceccarelli et Elodi Henot ont créé l'application Easy Endo pour accompagner les femmes touchées par l'endométriose.**

Easy Endo met à disposition une base de connaissances sur l'endométriose, permet d'échanger sur la maladie entre utilisatrices, mais aussi permet de partager des données avec son médecin pour faciliter le suivi. Cerise sur le gâteau, les utilisatrices ont également la possibilité d'échanger avec un expert lors d'un live de deux heures organisé une fois par mois.

L'application est disponible sur le site easyendo.fr, gratuite pendant 15 jours, puis 5€ par mois ou 2 mois offerts si abonnement sur 1 an.



Pour lutter contre la dépression périnatale

La période périnatale est une période à risque de dépression pour les femmes. En effet, 100 000 femmes sont concernées et malheureusement, chaque mois, l'une d'entre elles met fin à ses jours. Pour lutter contre ce problème de santé publique, le gouvernement a mis en place en ce début d'année, le dépistage de la dépression postnatale, avec un entretien systématique à la 5e semaine après l'accouchement et en cas de facteurs de risque, un deuxième entretien à la 12e semaine. **La Fondation FondaMental a quant à elle lancé un projet de recherche-action nommé LENA.** Il s'agit d'une application de prévention et de suivi pour une maladie autour de laquelle planent encore de nombreux tabous. Elle a pour objectif de faciliter le repérage précoce et de proposer à la femme souffrant de dépression post-partum et à son entourage, un accompagnement adapté. Avec le partage des expériences des utilisatrices, elle aide également à mieux connaître la pathologie et ses symptômes.

Pour le moment, ce projet porté par Julien Dubreucq, psychiatre au Centre référent de réhabilitation psychosociale de Grenoble, Centre Expert FondaMental, est en cours de développement. Les besoins des futurs utilisateurs (mères, pères, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres et professionnels de santé mentale) ont été recueillis, et les représentations, connaissances et attitudes des soignants et des patients vis-à-vis de la dépression périnatale sont en cours d'évaluation dans 11 pays.

En savoir plus sur projet-lena.org

Retrouvez tous les événements sur
www.paroledesagesfemmes.com

À noter DANS VOS AGENDAS !

Le 31 mars et 1er avril 2022

Paris

Journée à thème du Collège National des Sages-femmes

→ Informations & inscription : cnsf.asso.fr

Le 7 avril 2022

Webinaire de la Société Française de Médecine Périnatale

Covid 19 et périnatalité

→ Informations & inscription gratuite : atoutcom.com



Du 11 au 13 mai 2022
St Malo

50e Assises Nationales des Sages-Femmes et 33e Session
Européenne et Francophone

→ Informations & inscription : cerc-congres.com

Du 22 au 24 juin 2022

Paris

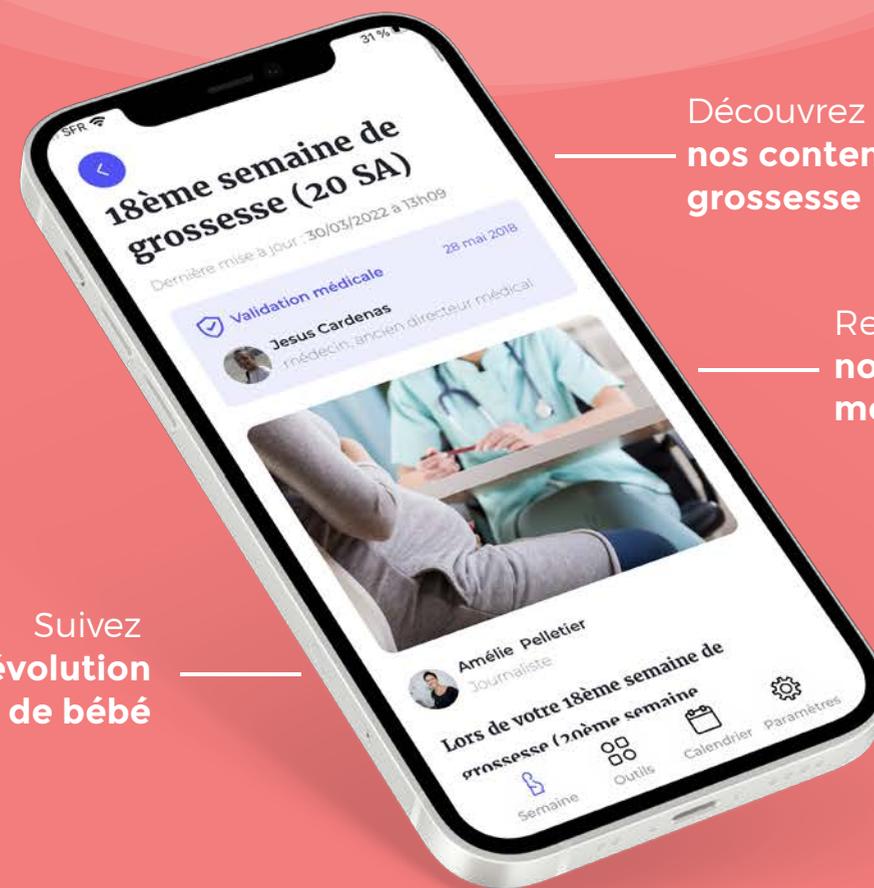
5e Journées d'Imagerie de la Femme et du Fœtus

→ Informations & inscription : jiff.fr



Ma grossesse

L'app Ma grossesse de Doctissimo
accompagne vos patientes
pendant toute leur grossesse

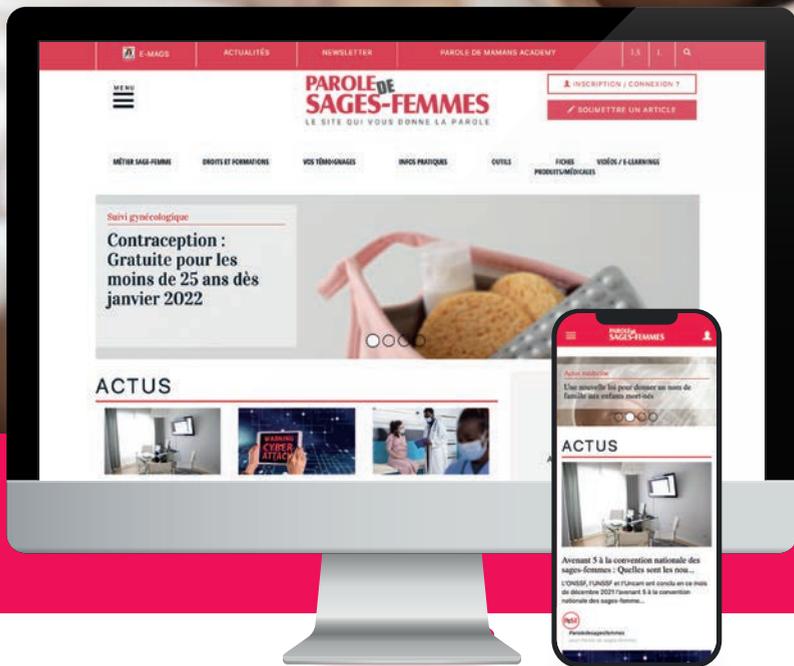
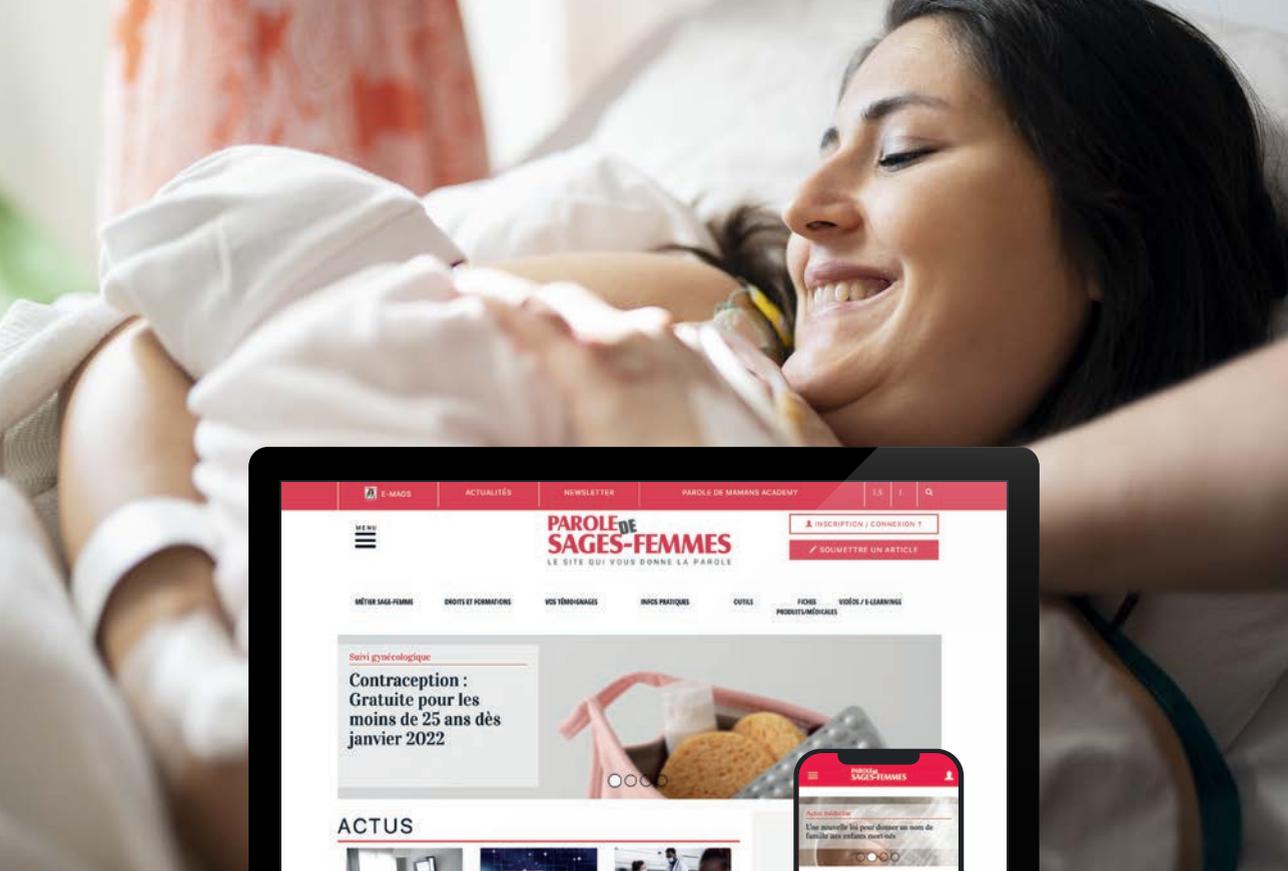


Découvrez
nos contenus
grossesse

Retrouvez
nos conseils
médicaux

Suivez
l'évolution
de bébé

by Doctissimo



PAROLE DE SAGES-FEMMES

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

ACCÈS GRATUIT EN 1 CLIC!

www.parolesdesagesfemmes.com