

PAROLE ^{DE} SAGES-FEMMES

Numéro 12 • Printemps 2015

Le magazine qui vous donne la parole

ÉTUDE

1000 jours

DÉTERMINANTS
pour la santé
de l'enfant

ACTUS

Faut-il fermer
les petites
maternités ?

LE YOGA

Une autre manière d'aborder
la préparation à la naissance

AUTOMÉDICATION

La consultation :
un moment clé

MISSION HUMANITAIRE

Anne-Julie Rey,
sage-femme
au Cameroun

Dossier

40 ANS DE L'IVG

AMÉLIORER L'INFORMATION • FACILITER LE PARCOURS DES FEMMES

• RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ SUR TOUT LE TERRITOIRE

QUAND
LE BIDOU
VA
TOUT VA

Blédilait 2^{ème} âge en relais d'allaitement dès 6 mois.

Jusqu'à 1 an, le système digestif de votre bébé est encore en développement. C'est pourquoi nos experts en nutrition infantile ont développé Blédilait 2^{ème} âge, pour les bébés non allaités ou en relais de l'allaitement. Grâce aux fibres prébiotiques de type FOS GOS*, il contribue au développement d'une bonne flore intestinale.

* FOS : Fructo-oligosaccharides - GOS : Galacto-oligosaccharides. ** Conformément à la réglementation.

AVIS IMPORTANT : LE LAIT MATERNEL EST L'ALIMENT IDÉAL ET NATUREL DU NOURRISSON.

EN PLUS DU LAIT, L'EAU EST LA SEULE BOISSON INDISPENSABLE. WWW.MANGERBOUGER.FR



Fibres
Prébiotiques*

Fer &
Oméga3**

Vitamines D
& Calcium**

blédina

Sage-femme à la barre

Je me souviens du jour où j'ai obtenu mon diplôme de sage-femme. Il fallait se lancer à l'eau et aborder avec confiance cette nouvelle tranche de vie qui s'offrait à moi. J'ai découvert, grâce à mes études, à ma pratique et aux formations complémentaires que j'ai entreprises, un métier riche, où le sens du contact est aussi important que les connaissances scientifiques et médicales, un métier qui permet d'échanger et de découvrir de nouveaux horizons avec les voyages humanitaires, de se spécialiser dans des domaines aussi divers que variés, et surtout de partir à la rencontre de l'autre... Pour ma part, j'ai choisi de me spécialiser en journalisme, une façon de réfléchir au sens de notre belle profession et de donner la parole à des personnes passionnantes qui apportent leur précieuse contribution à la façon dont nous abordons la maternité ou pratiquons notre métier. Cette spécialisation m'a permis de rencontrer l'équipe de *Parole de Sages-femmes*. Après une formidable collaboration de 3 ans, aujourd'hui, l'équipe me fait suffisamment confiance pour me laisser prendre les rênes de ce magazine. Je ferai de mon mieux pour vous faire partager des rencontres avec d'autres sages-femmes, évoquer notre métier sous des angles originaux, intéressants, étonnants, vous informer des dernières actualités et vous faire sourire. Oui, il ne faut pas oublier l'humour même dans un magazine professionnel ! Et n'oublions pas non plus que *Parole de Sages-femmes* est votre magazine, celui qui donne "la parole aux sages-femmes" ! Alors n'hésitez pas à nous écrire à **redaction.parole@gmail.com** si vous souhaitez aborder un sujet particulier dans nos pages

Géraldine Dahan Tarrasona,
Rédactrice en chef de *Parole de Sages-femmes*

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 12 • Printemps 2015



3 Édito

ACTUS

- 5 Faciliter l'accès aux soins des enfants et des jeunes parisiens
- 6 Nouvelle recommandation pour le test de Guthrie
- 7 Des démarches administratives facilitées
- 10 **À la loupe** : Faut-il fermer les petites maternités ?
- 14 **Rencontre** : Sage-femme en mission de solidarité internationale

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

- 16 **Le yoga** : Une autre façon de préparer les femmes à la naissance
- 20 **Prévention** : Les 1000 jours, zoom sur une période charnière

ÉTUDE

- 24 **Automédication et grossesse** : Consommation et risques

DOSSIER

- 30 **IVG**, le bilan 40 ans après la loi Veil
- 34 **Accès à l'IVG** : où en est-on ?

PROFESSION SAGE-FEMME

- 38 Dans ma bibliothèque de pro
- 40 Ces situations insolites... C'est du vécu !
- 42 À noter dans vos agendas

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Rédaction

Directrice de la rédaction
et de la publication
Leslie Sawicka

Rédactrice en chef
Géraldine Dahan Tarrasone

Journalistes
Catherine Charles
Marianne Dorell
Camille Ravier

Assistante
Sixtine Viguié

Réalisation

Direction artistique
Matthieu Boz

Maquettiste
Nilay Cosquer

Photographies
Fotolia, Istockphoto

Développement et partenariats

Sonia Zibi
soniazibi.mayanegroup@gmail.com

Remerciements :

Le Collège National
des Sages-Femmes de France,
l'Ordre des sages-femmes,
Fabienne Galley-Raulin, Estelle
Wucher, Frédérique Chevreau,
Elena Kerlo

Parole de sages-femmes est
édité par la SARL Mayane
Communication au capital
de 7 700€
Siège social :
49 rue Marius Aulan
92300 Levallois-Perret
RCS 75017 Paris B 479454829
Dépôt légal : Mars 2015
ISBN : 978-2-9527526-2-6

Parole de sages-femmes
est un numéro spécial
de Parole de Mamans
à la Commission paritaire
n°0309K88929

Mayane|group

49 rue Marius Aulan
92300 Levallois-Perret
Tél. : 01 55 65 05 50
contact@mayanegroup.com



Faciliter l'accès aux soins des enfants et des jeunes parisiens

La mairie de Paris a lancé les états généraux de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et de la naissance pour conforter les centres parisiens de PMI dans leurs actions de prévention, d'accompagnement de la grossesse et de la naissance et pour faciliter l'accès aux soins des enfants et des jeunes dans la capitale.

Copilotés par un ensemble de professionnels, d'usagers et de représentants d'associations, ces états généraux s'organisent autour de différents ateliers ayant pour objectifs d'améliorer l'offre de services de la PMI pour toutes les familles et plus particulièrement pour celles en difficulté ; de développer l'accessibilité aux soins ; de cerner la place et l'évolution des services de PMI dans l'offre de santé sur les territoires parisiens ; de construire des parcours de santé pour la mère et l'enfant autour de la naissance ou encore de définir les évolutions nécessaires au travail et aux priorités des PMI.

Un premier rapport a été restitué le 31 mars dernier et des fiches d'actions et de recommandations seront soumises au débat public en juin 2015. Enfin, une journée de présentation de ces recommandations sera organisée en novembre, à l'occasion du 70^e anniversaire de la création de la PMI.



Mobilisation contre les mutilations sexuelles féminines

Les mutilations sexuelles féminines concernent au moins 125 millions de femmes dans le monde : 53 000 d'entre elles vivent aujourd'hui en France, et, chaque année, 3 millions de nouvelles victimes sont mutilées. Le 4^e plan de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, présenté récemment par le gouvernement, prévoit plusieurs axes d'action : la

prise en compte des mutilations sexuelles féminines à l'aide de la plateforme téléphonique d'écoute et d'orientation de référence (le 3919) et la mise en place d'actions d'information et de sensibilisation. Un dépliant intitulé "Les mutilations sexuelles féminines, un crime puni par la loi" est ainsi distribué depuis fin novembre 2014 à 160 000 exemplaires.

Test de Guthrie : une nouvelle recommandation



Suite à la demande de la Caisse Nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) portant sur la possibilité de pratiquer le prélèvement pour le dépistage néonatal (test de Guthrie) dès 48 h de vie, l'Association Française pour le Dépistage et la Prévention des Handicaps de l'Enfant (AFDPHE) a validé une tolérance de

prélèvement entre 48 h et 74 h. "La Cnamts nous a fait cette demande pour pouvoir faire face aux tests de Guthrie de plus en plus pratiqués par la médecine de ville, essentiellement les sages-femmes, en raison de sorties ultra-précoces de maternité. Cela ne devrait pas concerner le système Prado puisque les sorties se font après 72 h", précise l'association.

Après avoir étudié la possibilité d'un prélèvement effectué avant 72 h sur plus de 300 000 tests et réalisé une revue de la littérature internationale, l'AFDPHE a diffusé une recommandation nationale officielle précisant qu'à partir du 1er janvier 2015, "le test dit de Guthrie doit toujours se faire autour des 72 h de vie et impérativement au-delà de 48 h. Tout prélèvement effectué avant 48 h sera rejeté par le laboratoire et non analysé ; il devra donc obligatoirement être refait".

Plus d'info : www.afdphe.org

PREMIERS RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ELFE*

- ▶ L'enquête confirme la tendance à l'augmentation de l'initiation de l'allaitement maternel à la maternité avec 59 % des mères qui allaitent exclusivement et 11 % qui optent pour l'allaitement mixte.
- ▶ Près de 9 futurs parents sur 10 souhaitent connaître le sexe de leur enfant avant sa naissance, en revanche 60 % des futurs parents n'expriment pas de préférence pour leur premier enfant. Lorsqu'ils en ont une, 20 % des mères souhaitent une fille et 20 % un garçon, alors que 25 % des pères souhaitent un garçon et 14 % une fille.
- ▶ Les prochains résultats porteront sur l'actualisation des informations liées à l'environnement de l'enfant (familial, social, économique, culturel, alimentaire...), aux pratiques éducatives des parents, au développement psychomoteur et à la santé de l'enfant ainsi que sur l'entrée à l'école maternelle.

*Enquête longitudinale et pluridisciplinaire lancée en 2011 portant sur le suivi de 18 000 enfants de leur naissance à leurs 20 ans. Les enfants de la cohorte Elfe ont actuellement 3 ans et demi. Plus d'infos sur : www.elfe-france.fr



Des démarches administratives facilitées

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes propose depuis février dernier un nouveau service en ligne afin de faciliter les démarches administratives des sages-femmes qui peuvent désormais accéder à la consultation de leurs données et signaler tout changement de situation personnelle ou professionnelle.

Rappelons que, face aux dernières avancées légales et conventionnelles, l'Ordre des sages-femmes a également mis en ligne sur son site Internet une version réactualisée du *Guide d'installation de la sage-femme libérale (2014)*, élaboré initialement en 2011.

Plus d'infos sur : www.ordre-sages-femmes.fr



France : Une natalité plus dynamique en 2014

La France a enregistré 820 000 naissances en 2014, contre 811 500 en 2013, et l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) atteint 2,01 enfants par femmes, contre 1,99 en 2013 (vs 2,03 en 2010 et 2,01 en 2012). Avec l'Irlande, la France reste le pays le plus fécond de l'Union Européenne à 28. Ce sont les deux seuls pays à avoir maintenu un ICF supérieur à 2 entre 2008 et 2012, sachant que l'ICF moyen dans l'UE est de 1,58 enfant par femme. Enfin, l'âge moyen des mères à l'accouchement est de 30,3 ans, soit 0,1 an de plus qu'en 2013.

Source : Bilan démographique 2014 – Insee – Janvier 2015

Zoom sur le projet de loi Santé 2015

Les compétences des sages-femmes devraient être étendues

Le projet de loi relatif à la Santé, présenté en octobre dernier par la ministre de la Santé, Marisol Touraine, et qui a été examiné par le Parlement fin-mars, comporte plusieurs mesures liées à la profession de sage-femme.

S'articulant autour de trois grands thèmes "Prévenir avant d'avoir à guérir", "Faciliter la santé au quotidien" et "Innover pour consolider l'excellence de notre système de santé", les différentes mesures de ce projet de loi ont pour objectifs de réduire les inégalités d'accès aux soins, de développer la prévention, l'éducation, l'innovation et les droits des patients.

Afin de moderniser les pratiques et les professions de santé, certaines mesures concernent directement les sages-femmes :

- Pour faciliter l'accès de la population à la vaccination, les sages-femmes pourront vacciner l'entourage des femmes enceintes et des nouveau-nés, comme le père, la fratrie, les grands-parents et les personnes impliquées dans la garde de l'enfant. Les sages-femmes seront également amenées à transmettre au médecin traitant de ces personnes les informations relatives à ces vaccinations.



- Les sages-femmes pourront prescrire des substituts nicotiques à toutes les personnes vivant régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou du nouveau-né ou assurant la garde de ce dernier.
- Enfin, la ministre souhaite faire évoluer le rôle et la place des sages-femmes en leur permettant de réaliser des IVG médicamenteuses toujours dans l'objectif de faciliter l'accès des femmes à l'IVG sur l'ensemble du territoire (voir la rubrique "Dossier" de ce magazine).

Le premier autotest de fertilité masculine disponible en pharmacie

Le premier autotest de fertilité masculine, SpermCheck, disponible en pharmacie, présente une fiabilité de 98 % ; La société AAZ qui le commercialise précise qu'il a été évalué par un laboratoire français d'Assistance Médicale à la Procréation (PMA).

Il est délivré sans ordonnance et indique après dix minutes si la concentration en spermatozoïdes (spz) est normale, c'est-à-dire égale ou supérieure à 15 millions spz/ml, ou faible, soit inférieure à 15 millions spz/ml. Cet autotest, qui vise à sensibiliser et aider les hommes et les couples à entreprendre les démarches médicales nécessaires à un bilan complet de fertilité, est soutenu par l'association MAIA qui a pour mission d'accompagner les couples infertiles dans leur désir de parentalité.



En France, un couple sur cinq rencontre des difficultés à concevoir un enfant et dans un cas sur deux, l'homme est concerné.

Augmentation du recours à la PMA à l'étranger

L'institution médicale espagnole, IVI, entièrement dédiée à la reproduction assistée, a dressé un état des lieux des consultations et des traitements de procréation médicale assistée (PMA) suivis par les Françaises en Espagne.

Ainsi, l'année dernière, 760 femmes françaises se sont rendues pour une première consultation dans les cliniques IVI, contre 194 en 2010, soit une augmentation de 291 %. Parmi ces femmes, 95 % sont hétérosexuelles et 5 % homosexuelles ou célibataires.

Au total, 20 % des patientes de l'institution médicale viennent en majorité de France, d'Italie, d'Allemagne et du Royaume-Uni.

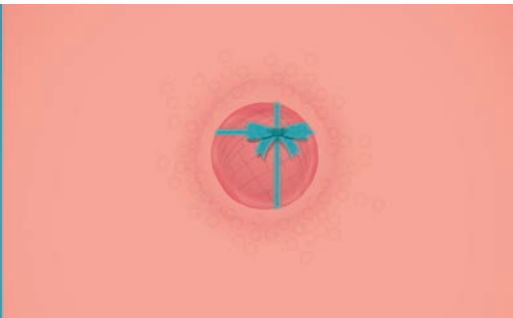
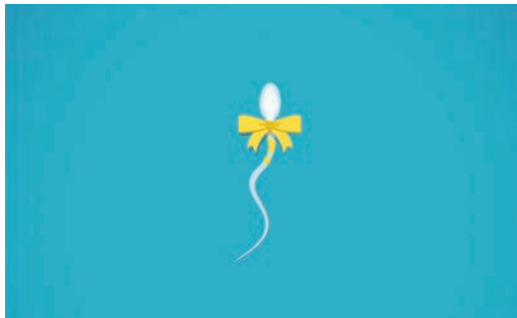
Le don d'ovocytes reste le traitement le plus demandé : 77 % des Françaises ayant suivi un traitement chez IVI en Espagne en 2014 sont venues pour bénéficier de dons d'ovocytes. En 2014, l'institution médicale a ainsi accueilli 481 femmes françaises pour un don d'ovocytes, contre 373 en 2013, soit une augmentation d'environ 20 %. L'institution note également que l'âge moyen de ces femmes est passé de 40 ans en 2003 à 43 ans en 2013.



Disposant de 25 cliniques réparties dans sept pays, IVI aurait contribué à la naissance de plus de 90 000 bébés depuis sa création en 1990 et réaliserait, chaque année, près de 33 500 traitements de PMA.

Don de gamètes :

« Les plus beaux cadeaux ne sont pas forcément les plus gros »



Face à l'insuffisance des dons de spermatozoïdes et d'ovocytes (gamètes), l'Agence de la biomédecine a lancé une nouvelle campagne nationale de sensibilisation pour augmenter le nombre de donateurs et de donneuses pour satisfaire les besoins de tous les couples infertiles devant recourir à une Assistance médicale à la procréation (AMP).

Cette nouvelle campagne met en avant la "grande valeur du don de gamètes" autour du slogan : "Les plus beaux cadeaux ne sont pas forcément les plus

gros". A cette occasion, l'Agence a rappelé que 422 femmes ont fait un don d'ovocytes en 2012 pour près de 800 fécondations in vitro et 164 enfants sont nés suite à une AMP faisant intervenir un don d'ovocytes. 2 110 couples étaient inscrits au 31 décembre 2012 comme étant en attente d'un don d'ovocytes, contre 1 723 en 2011 et 1 238 en 2010. Par ailleurs, 235 hommes ont donné des spermatozoïdes en 2012 (1 141 naissances), contre 231 en 2011 et près de 300 en 2010.

www.agence-biomedecine.fr

Des grands prématurés en meilleure santé



Les premiers résultats de l'étude Epipage 2 montrent une amélioration significative de la survie des enfants nés prématurément à partir de la 25^e semaine depuis ces 15 dernières années. Ainsi, comparée à 1997, la proportion des enfants ayant survécu sans pathologie néonatale grave a augmenté de 14% pour les prématurés nés entre la 25^e et la 29^e semaine et de 6% pour ceux nés entre 30 et 31 semaines d'aménorrhée.

Menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), l'étude Epipage 2 porte sur l'évaluation du développement et de la santé des grands prématurés, c'est-à-dire les bébés naissant entre 22 semaines (5 mois) et 31-32 semaines (7 mois). Cette étude qui suit, de la naissance à environ l'âge de 12 ans, près de 7 000 enfants nés prématurément, a été lancée dans 25 régions françaises en mars 2011 et fait suite à celle de 1997 (Epipage 1).

Plus d'infos sur : www.inserm.fr

A pregnant woman with brown hair is lying in a hospital bed, looking upwards. She is holding a blue and green striped cloth against her head. She is wearing a light blue hospital gown with a small pattern. The bed has white pillows and a light blue blanket. The background shows a hospital room with a white headboard and a small electronic device on the wall.

À la loupe :

Faut-il fermer les petites maternités ?

DANS UN RAPPORT PUBLIÉ RÉCEMMENT SUR L'ANALYSE DES MATERNITÉS FRANÇAISES, LA COUR DES COMPTES RECOMMANDE LA FERMETURE OU LA MISE AUX NORMES D'UNE CINQUANTAINES DE MATERNITÉS JUGÉES TROP DANGEREUSES OU TROP COÛTEUSES..

Ce rapport rappelle qu'à la suite d'une réorganisation de l'offre de soins, le nombre de maternités a diminué de 20% entre 2002 et 2012, sous l'effet notamment de nouvelles normes définies pour améliorer la sécurité des naissances. Cependant, la France continue de connaître des résultats médiocres en matière de périnatalité en occupant le 17^e rang européen en termes de mortalité néonatale. Ainsi, sur les 255 maternités de type 1, qui accueillent des grossesses sans risques, 131 présentent un taux d'enfants mort nés inférieur à la moyenne de cette catégorie (4,3 pour 1000) et 33, un taux de près du double de la moyenne (8,4 pour 1000).

L'état des lieux...

La Cour des Comptes a dénombré 13 maternités réalisant moins de 300 accouchements par an où les risques sont *"avérés en matière de sécurité"* ainsi que 35 maternités, réalisant entre 300 et 500 accouchements par an, ayant de *"sérieuses difficultés financières"* et dont le respect des normes est inégalement assuré, particulièrement en matière de permanence des soins.

Le rapport pointe également des difficultés de recrutement de médecins, une durée moyenne de séjour sensiblement plus élevée que chez la plupart de nos voisins européens (4,2 jours en France contre 3 jours dans l'OCDE), ainsi qu'un taux d'occupation des lits inférieur à 60% dans un tiers des maternités, ce qui, selon la Cour des Comptes, contribue aux difficultés financières des établissements.

Les recommandations de la Cour des Comptes

La Cour des Comptes demande notamment de contrôler la sécurité du fonctionnement de l'ensemble des petites maternités et de les fermer sans délai en cas d'absence de mise en conformité immédiate ; de renforcer le suivi des populations précaires ; de redéfinir le modèle économique des maternités, en réduisant les coûts par la baisse de la durée moyenne de

séjour, l'augmentation des taux d'occupation et la suppression des lits inutiles. La Cour estime également que la fragilisation des maternités rend inévitable et nécessaire une nouvelle phase de réorganisation, qui doit être anticipée et activement pilotée par les pouvoirs publics, afin de mettre en place une offre de soins pérenne, efficace et ajustée aux besoins, mais aussi pour améliorer les indicateurs de périnatalité.

La réaction du Collectif des Sages-Femmes

Le Collectif des Sages-Femmes, qui regroupe différents syndicats et associations de la profession, note que la majorité de nos pays voisins, qui ont de meilleurs résultats en termes de santé maternelle et infantile (Suède, Norvège, Royaume-Uni), a adopté une politique de santé périnatale basée *"sur le respect du choix des femmes de vivre leur maternité selon leur souhait et selon le réel niveau de risque"*. Le Collectif précise également qu'en souhaitant la fermeture des petites maternités, la Cour de Comptes *"néglige le rôle des sages-femmes pour améliorer les indicateurs périnataux et les conséquences de l'insécurité affective que cet éloignement entraîne chez les femmes"*. Pour le Collectif, les mesures proposées ces 15 dernières années, qui ont entraîné une surmédicalisation, la sur-utilisation des interventions et le non-respect du corps de la femme, *"contribuent à des complications aiguës et chroniques autant cliniques que psychologiques"*.

Dans ses recommandations, le Collectif demande la création de nouveaux Etats généraux de la naissance afin d'élaborer une nouvelle organisation du suivi des grossesses plus efficace et plus humaine.

L'avis du Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France (SYNGOF)

Pour le SYNGOF, le vrai problème réside dans la pénurie de personnel qualifié. Le syndicat rappelle à cette occasion que la moitié des 200

obstétriciens formés en France chaque année ne feront pas de carrière obstétricale, notamment à cause de l'absence de dédommagement vis-à-vis de la pénibilité de la spécialité, des condamnations de médecins par les magistrats lorsqu'un enfant naît handicapé, même si la cause est congénitale, et de la menace permanente de fermeture qui pèse sur les petites et moyennes maternités. *"Cette pénurie est masquée par le recrutement des praticiens formés à l'étranger à une obstétrique d'un niveau inférieur d'exigence",* estime le Syndicat en précisant que *"ce n'est pas leur faute, ce n'est pas un problème de xénophobie, mais de casting. Cela constitue malheureusement un risque pour les mères et les enfants"*. Pour conclure, le SYNGOF juge que les réformes, comme les plans de périnatalité qui ont maltraité les médecins compétents, détériorent la qualité et la sécurité des soins. *"C'est un exemple dont les pouvoirs doivent s'inspirer pour changer l'orientation de la loi santé dont le fil conducteur est cette fois encore la démedicalisation"*.

Rappel : Panorama des maternités en France

- ▶ En 2011, La France disposait de 2,5 fois moins de maternités qu'en 1975
- ▶ Le nombre de lits a été divisé par 2 depuis 30 ans alors que la natalité en France métropolitaine est restée dynamique sur toute la période.
- ▶ Taux d'utilisation des lits en maternité :
- ▶ 22 accouchements par lit en moyenne en 1975
- ▶ 46 accouchements par lit fin 2011
- ▶ Les maternités de type 2 et 3, dédiées aux naissances dites à risque, concentrent aujourd'hui 72% des accouchements, contre 43% en 1996
- ▶ Durée moyenne d'un séjour pour accouchement :
 - 8 jours en 1975
 - 5,5 jours en 2003
 - 5 jours en 2011

Source : *Panorama des établissements de santé en France, édition 2013, Drees*



Pour l'Association des Petites Villes de France...

Tout en ne remettant pas en cause la nécessité de renforcer la sécurité des maternités, l'Association des Petites Villes de France (APVF) estime pour sa part que la fermeture des petites maternités *"pourraient aggraver les inégalités territoriales en termes d'accès aux soins"*. L'APVF a également rappelé qu'en 2012, le gouvernement avait pris l'engagement qu'aucun Français ne devait se trouver à plus de 30 minutes d'un établissement de soins d'urgence, *"un objectif qui n'a pas encore été atteint et la fermeture de structures de proximité risque de nous en éloigner"*.

Fermeture de la dernière maternité militaire

Le 4 mars dernier, une trentaine de personnes manifestaient devant la dernière maternité militaire de France, la maternité de Bégin, situé à Saint-Mandé (Val-de-Marne). Sa fermeture est annoncée pour juillet 2015. Interrogée par *Le Parisien*, Laurence Cordellier, qui exerçait à la maternité de Bégin depuis 1985 en tant que puéricultrice faisait part de son inquiétude : *« Et maintenant ? Qu'est-ce qu'on devient ? Où va-t-on ? »* Les premiers entretiens du personnel ont débuté mi-mars, et la sénatrice UMP, Catherine Procaccia, a interpellé le ministère de la Santé à ce sujet à l'occasion d'un débat sur les maternités.

80% des patients de l'hôpital étaient des civils et la maternité, qui compte 18 lits, réalisait 1100 naissances par an. La maternité, qui avait été entièrement rénovée et rouverte dans une nouvelle aile de l'hôpital en mars 2011, devait être remplacée par des services du Val-de-Grâce : urologie, ophtalmologie ou chirurgie viscérale.

Cette fermeture est due à des restrictions budgétaires liées à la loi de programmation militaire.

Le ministère de la Défense a confirmé au Parisien la fermeture des services qui ne sont pas des « soutiens opérationnels aux forces » militaires.



Une proximité et une **connexion** uniques au monde.

Stokke® Xplory®

stokke.com





Sage-femme en mission de **solidarité internationale**

DE NOMBREUSES ASSOCIATIONS PROPOSENT AUX SAGES-FEMMES DE PARTICIPER À DES MISSIONS DE SOLIDARITÉ INTERNATIONALE. S'IMPLIQUER AUPRÈS DES POPULATIONS VULNÉRABLES, FORMER LES PROFESSIONNELS DANS LES PAYS À FAIBLES REVENUS POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DES FEMMES, LES MISSIONS PROPOSÉES PAR LES ORGANISATIONS HUMANITAIRES SONT ÉTENDUES ET VARIÉES. ANNE-JULIE REY, SAGE-FEMME DEPUIS QUATRE ANS, A ENTREPRIS UN VOYAGE AU CAMEROUN PENDANT DEUX ANS. ELLE PARTAGE AVEC NOUS CETTE EXPÉRIENCE TRÈS POSITIVE ET FORMATRICE.

Propos recueillis par Géraldine Dahan Tarrasona

Pourquoi avez-vous décidé de partir en mission humanitaire ?

J'ai décidé de partir en mission de développement pour connaître un autre pays, une autre culture et pour pouvoir y habiter un laps de temps. Je voulais être en immersion et vivre au rythme de la population.

En quoi consistent les missions ?

J'ai travaillé dans un hôpital situé dans le sud-ouest du Cameroun, où je réalisais des consultations et étais également appelée pour les accouchements. J'organisais des réunions avec des femmes pour leur expliquer le suivi de grossesse et, faire la prévention des MST. C'est aussi une façon d'échanger sur nos pratiques avec les sages-femmes locales et, de leur apporter de nouveaux éléments pour améliorer leurs prises en charge quotidiennes. Je ne donnais pas de cours mais, lors des gardes, il y avait un petit temps de formation où j'expliquais, par exemple, le fonctionnement du monitoring, l'interprétation du rythme cardiaque fœtal,...

Que vous a apporté cette expérience ?

Grâce à cette mission, j'ai découvert un autre aspect de mon métier en développant un véritable relationnel avec les patientes. En France, les choses sont différentes : je trouve qu'il y a une distance émotionnelle. Pour la pratique clinique, j'ai eu l'occasion de réaliser un accouchement gémellaire par voie basse, avec J1 en présentation caudale et J2 en présentation céphalique, quelques accouchements en présentation du siège, ainsi que de grandes extractions. Il n'y avait pas de gynécologue sur place, alors j'assumais mes décisions jusqu'au bout. Le chirurgien était appelé pour les césariennes : il était à environ 15 minutes de l'hôpital mais, le temps d'ouvrir le bloc et que tous les intervenants soient en place, il fallait compter une heure...

Au final avez-vous vu beaucoup de complications ?

Lors de ces deux années, deux femmes sont décédées, l'une d'une embolie amniotique, la seconde d'un œdème aigu du poumon, suite à une

pré-éclampsie. Elle n'avait pas pris son traitement antihypertenseur. Globalement, les femmes du sud-ouest de l'Afrique avaient un niveau de vie correct, elles gardaient l'argent pour leur suivi de grossesse. Elles consultaient une à deux fois pendant la grossesse, ce qui permettait d'avoir une idée du terme et de les compléter en fer.

Avec quelle association avez-vous décidé de partir ?

Je suis partie avec la Délégation Catholique pour la Coopération (DCC). J'ai apprécié cette association pour son sérieux : on est sûr d'être envoyé dans un établissement où l'on est utile. Avant de partir, nous avons rencontré d'anciens volontaires. Si notre départ est validé, 10 jours de formation nous préparent à vivre à l'étranger, au choc culturel, on nous explique comment les étrangers sont perçus, ainsi que la situation géopolitique du pays afin de mieux s'intégrer.

Conseillez-vous aux sages-femmes de participer à ces missions ?

C'est une expérience enrichissante sur le plan personnel et professionnel que je conseille aux sages-femmes. C'est intéressant de voir que les choses se passent bien aussi en l'absence de médicalisation. C'est une bonne manière de développer ses qualités d'observation, d'apprendre à être attentive et à se donner du temps. C'est aussi une bonne façon de relativiser énormément de choses.

Des pistes pour partir en mission humanitaire :

Sage-femme sans frontière : www.sfsf.fr

La Délégation Catholique pour la Coopération : ladcc.org

Gynécologie sans frontière : gynsf.org

Pour faire face à la crise Ebola les Nations Unies appellent aux candidatures

www.unv.org/fr/etre-volontaire/recrutement-special/appela-candidatures-pour-faire-face-a-la-crise-de-lebola.html

LE YOGA :

une autre façon de préparer les femmes à la naissance



LE YOGA, DISCIPLINE QUI ALLIE L'UNIFICATION DU CORPS ET DE L'ESPRIT, A LE VENT EN POUPE DEPUIS QUELQUES TEMPS. LES VERTUS DU YOGA SÉRAIENT TELLEMENT BÉNÉFIQUES

QUE L'ONU A MÊME DÉCIDÉ DE LUI ACCORDER UNE JOURNÉE MONDIALE (LE 21 JUIN). MAIS PEUT-ON METTRE SES BIENFAITS AU SERVICE DES FEMMES ENCEINTES ?

MARTINE BOUHERET, SAGE-FEMME LIBÉRALE ET PROFESSEURE DE YOGA, PRÉPARE LES PATIENTES À L'ACCOUCHEMENT EN UTILISANT LE YOGA DEPUIS 27 ANS, ET FORME ÉGALEMENT LES SAGES-FEMMES À CETTE PRÉPARATION. ELLE NOUS EN DIT PLUS SUR CETTE MÉTHODE.

Géraldine Dahan Tarrasona

Il existe plusieurs type de yoga, lequel proposez-vous aux femmes enceintes et lors de votre formation ?

Martine Bouheret : J'enseigne les postures issues du Viniyoga. Sa spécificité est qu'il s'ajuste à la personne, et non le contraire. Pour une séance, on doit donc tenir compte de la prise de poids de la parturiente, de l'âge gestationnel, des pathologies diverses, de l'âge, de son rythme de vie ainsi que de sa capacité physique. La séance est rythmée par la coordination des postures et la respiration : à l'inspiration, on réalise des mouvements d'ouverture et à l'expiration, des mouvements de fermeture.



*« Les femmes enceintes
peuvent pratiquer
le yoga tout au long
de leur grossesse »*



La science s'intéresse de plus en plus au yoga, quels sont les bienfaits du yoga dans le champ de la périnatalité ?

Un point que je souhaite mettre en avant dans la pratique du yoga pendant la grossesse est d'abord la connaissance de soi. C'est un outil qui apprend à lâcher prise, à se faire confiance, à s'accepter. Dans notre société où la performance et le contrôle prédominent, le yoga aide à calmer le tourbillon du mental. Sur le plan physique, les postures d'ouverture de bassin ou inversées permettent une meilleure circulation sanguine, des exercices visent à mieux contrôler le périnée, à soulager des maux de la grossesse (lombalgie, jambes lourdes, insomnie...) et à ouvrir le bassin pour la naissance. Le yoga aide aussi la femme enceinte à trouver une meilleure posture, ni trop cambrée ni pas assez, à maintenir une activité adaptée, à se mobiliser et à assouplir le corps tout en le raffermissant. Cette pratique permet aux femmes d'augmenter le volume respiratoire et de développer la concentration, utiles lors des contractions utérines. Le temps de relaxation profonde est, quant à lui, un moyen pour diminuer l'anxiété et la fatigue. Pour profiter de ces outils, il n'est pas indispensable que la femme ait déjà fait du yoga. Mais pour en tirer les bienfaits, le yoga doit être pratiqué régulièrement et selon la philosophie du Yoga Sutra par Pantajali, « avec détachement », c'est à dire réaliser les postures en lâchant prise sans rechercher un résultat.

Le yoga peut-il être pratiqué tout au long de la grossesse ?

Les femmes enceintes peuvent pratiquer du yoga tout au long de leur grossesse. Selon les trimestres, on privilégiera certains points ou d'autres. Au premier trimestre, on favorise la respiration, la relaxation et un travail de prise de conscience. Au deuxième trimestre, on rajoute l'assouplissement, le renforcement musculaire, un travail de concentration et des exercices pour soulager certaines pathologies. Concernant le troisième trimestre, on inclut des postures d'endurance qui apprennent à affronter les longues heures de travail.

Y-a-t-il des contre-indications ?

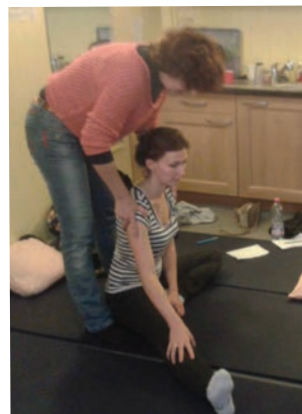
Le yoga apaise mais reste une activité physique. C'est pourquoi je déconseille aux femmes qui contractent avant terme de le pratiquer. Dans cette situation, je privilégie la relaxation.

► Où se former ?

Martine Bouheret propose aux sages-femmes une formation de yoga prénatal sur 2 jours à Salon-de-Provence et Paris.
 Plus d'informations sur sa page Facebook « Yoga au féminin »
 Pour aller plus loin, école Viniyoga formation (www.ecoles-viniyoga-formation.com), formation de 4 ans, plusieurs écoles en France.

► Lecture

Naître en yoga, éditions Maloine, Elisabeth Raoul



éductyl®

Tartrate acide de potassium, bicarbonate de sodium
SUPPOSITOIRE EFFERVESCENT

ADULTES

DURANT LA GROSSESSE *

À L'ACCOUCHEMENT

EN POST-PARTUM *

* Compte tenu des données disponibles, l'utilisation chez la femme enceinte ou qui allaite est possible ponctuellement.

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT : EDUCTYL ADULTES, suppositoire effervescent. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** Tartrate acide de potassium : 1,150 g, bicarbonate de sodium : 0,700 g pour un suppositoire. Voir la liste complète des excipients. **FORME PHARMACEUTIQUE :** Suppositoire effervescent. **DONNÉES CLINIQUES :** **Indications thérapeutiques :** - Traitement symptomatique de la constipation notamment en cas de dyschésie rectale. - Préparation aux examens endoscopiques du rectum. **Posologie et mode d'administration :** Voie rectale. Un suppositoire quelques minutes avant le moment choisi pour l'exonération. **Contre-indications :** - Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des constituants. - Syndrome douloureux abdominal de cause indéterminée et inflammatoire (rectocolite ulcéreuse, maladie de Crohn...). **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi :** **Mises en garde spéciales :** Une utilisation prolongée doit être déconseillée. Le traitement médicamenteux de la constipation n'est qu'un adjuvant au traitement hygiéno-diététique : - Enrichissement de l'alimentation en fibres végétales et en boissons ; - Conseils d'activité physique et de rééducation de l'exonération. **Précautions d'emploi :** Il est préférable de ne pas utiliser EDUCTYL dans le cas de poussées hémorroïdaires, de fissures anales, de rectocolite hémorragique. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions :** Les données disponibles à ce jour ne laissent pas supposer l'existence d'interactions cliniquement significatives. **Grossesse et allaitement :** Compte tenu des données disponibles, l'utilisation chez la femme enceinte ou qui allaite est possible ponctuellement. **Effets indésirables :** Un usage prolongé peut donner lieu à des sensations de brûlures anales et exceptionnellement des rectites congestives. **Surdosage :** Aucun cas de surdosage n'a été rapporté. Cependant un

usage prolongé risque d'entraîner des brûlures anales et des rectites congestives (voir rubrique «Effets indésirables»). **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES :** **Propriétés pharmacodynamiques :** Code ATC : A06AX02. Les principes actifs en milieu humide libèrent environ 100 ml de gaz carbonique au niveau du rectum. Le volume de gaz carbonique dégagé augmente la pression intrarectale sur les muqueuses sensibles et reproduit ainsi le mécanisme de déclenchement du réflexe exonérateur. **DONNÉES PHARMACEUTIQUES :** **Liste des excipients :** Lécithine de soja, talc, glycérides hémissynthétiques solides. **Durée de conservation :** 2 ans. **Précautions particulières de conservation :** À conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité. **Nature et contenu de l'emballage extérieur :** Plaquette thermoformée (polyéthylène / chlorure de polyvinyle / polyvinyl acétate) de 12 suppositoires effervescents. **Précautions particulières d'élimination et de manipulation :** Pas d'exigences particulières. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** **LABORATOIRES TECHNI-PHARMA - 7, rue de l'Industrie - BP 717 - 98014 MONACO CEDEX - Tél. : 00 377 92 05 75 10. NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** 3400930348444 : 12 suppositoires sous plaquettes thermoformées (polyéthylène / chlorure de polyvinyle / polyvinyl acétate). **DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION :** 1991 / 2011. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE :** Janvier 2015. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE :** Médicament non soumis à prescription médicale, remboursé Séc. Soc. à 30% dans le traitement symptomatique de la constipation notamment en cas de dyschésie rectale collect., 1,59 € (CTJ 0,13 €).



Les 1000 jours :

Zoom sur une période charnière

L'ALIMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE PUIS CELLE DU BÉBÉ INFLUENT SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT À L'ÂGE ADULTE. DE PLUS EN PLUS D'ÉTUDES ET DE RAPPORTS DE GRANDES ORGANISATIONS INTERNATIONALES LE DÉMONSTRENT. C'EST POURQUOI, L'ASSOCIATION DU GRAND FORUM DES TOUT-PETITS A DÉCIDÉ DE METTRE EN LUMIÈRE L'IMPORTANCE DE LA PÉRIODE DES 1000 JOURS, DE LA CONCEPTION AUX 2 ANS DE L'ENFANT, À TRAVERS UN MANIFESTE POUR SENSIBILISER LES POUVOIRS PUBLICS, LES PROFESSIONNELS AINSI QUE LES PARENTS.

Si les experts de l'Association se sont intéressés à cette période charnière, c'est pour diffuser un message fort de prévention dans une Stratégie Nationale de Santé. Les maladies chroniques non transmissibles ne cessent d'augmenter, elles sont d'ailleurs la première cause de mortalité à l'échelle planétaire. Agir en amont est possible, en intervenant sur la période charnière des 1000 jours, de la conception aux deux ans de l'enfant. En effet, si le développement de l'enfant dépend du patrimoine génétique de ses parents, il est aussi sensible à leur alimentation et à l'environnement dans lequel il évolue.

Près de 200 000 publications scientifiques se sont intéressées au concept des 1000 jours, et démontrent que certaines maladies chroniques non transmissibles, peuvent prendre racine pendant cette période. Le mode de vie, le stress psychosocial, les états inflammatoires et infectieux, ainsi que les troubles métaboliques,

ont des effets à court terme sur la programmation précoce du développement intra-utérin, postnatal, et à long terme sur la santé future de l'enfant, parfois même sur les générations suivantes. Parmi les études, la plus connue est celle de Barker et al, qui a montré qu'un petit poids de naissance lié à une malnutrition augmentait le risque de survenue d'infarctus du myocarde à l'âge adulte.

Un constat né de l'épigénétique

Durant la période des 1000 jours, l'épigénétique rentre en ligne de compte dans l'évolution de l'individu et dans la transmission entre générations. La flexibilité de l'expression des gènes est sensible à l'environnement sans modifier pour autant l'ADN. Les modifications épigénétiques constituent une sorte de mémoire des événements vécus, bénéfiques ou délétères, dès le stade in utéro, puis tout au long de la vie. La littérature a décrit les relations entre les causes précoces et les maladies apparaissant à l'âge adulte (cf encadré).



« L'étude de Ng et al montre, par exemple, un lien entre un régime riche en graisses chez le père et l'apparition d'un diabète chez les filles à l'âge adulte. »

Dans les 129 000 publications portant sur des données épidémiologiques et expérimentales, certains auteurs rapportent que l'alimentation du père peut entraîner des conséquences à long terme sur la santé de son futur enfant. Le mécanisme mis en cause serait une transmission de l'information environnementale via l'épigénome du sperme. L'étude de Ng et al montre, par exemple, un lien entre un régime riche en graisses chez le père et l'apparition d'un diabète chez les filles à l'âge adulte.

Un enjeu de taille mais il n'est jamais trop tard

Si cette période des 1000 jours est essentielle, il n'est jamais trop tard pour agir. Tout ne se détermine pas à ce moment clé. Une intervention précoce rend l'organisme plus résistant aux maladies chroniques. Les connaissances autour de ces 1000 jours offrent ainsi des possibilités en faveur d'une meilleure prévention face à l'explosion des maladies chroniques.

Plus d'infos sur : www.legrandforumdestoutpetits.fr



Relations entre causes précoces et maladies survenant à l'âge adulte

Causes précoces	Conséquences à l'âge adulte
Restrictions de croissance intra-utérine, faible poids de naissance	Diabète de type 2, surcharge adipeuse abdominale, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires, maladie rénale chronique, bronchopathie obstructive
Diabète gestationnel, obésité maternelle pendant la grossesse, prise de poids gestationnelle excessive	Obésité, insulino-résistance, diabète de type 2
Prématurité	Retard cognitif et moteur, diabète de type 2
Croissance post-natale ralentie	Diabète de type 2, maladies cardiovasculaires
Croissance post-natale excessive	Obésité, cancer
Exposition de la mère et du jeune enfant à des toxiques	Retard cognitif et moteur, obésité, puberté précoce, infertilité, cancer, hypertension, maladies cardiovasculaires
Infections maternelles pendant la grossesse, infections précoces de l'enfant	Asthme, maladies cardiovasculaires, autisme, schizophrénie
Situation psychosociale dans l'enfance difficile, carence affective	Retard cognitif et moteur, troubles émotionnels et comportementaux, obésité

Précarité et grossesse

Le manifeste des 1000 jours incite les futurs parents à réaliser que leur environnement et leur alimentation jouent un rôle dans la bonne santé de leur futur enfant. Alors que la crise continue de toucher de nombreuses familles, on dénombre 8,5 millions de personnes qui vivent sous le seuil de pauvreté en France. Elles sont donc nombreuses à renoncer aux soins médicaux d'après l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. Les femmes enceintes confrontées à la précarité constituent une population d'autant plus vulnérable qu'elles rencontrent plus de complications (anomalies congénitales, prématurité, hypotrophie) durant la grossesse. Nous avons souhaité poser quelques questions au Dr Harvey, chef de service de la maternité du Groupe Hospitalier des Diaconesses, concernant les populations précaires, cibles importantes dans la prévention des 1000 jours.



Dr Harvey, Chef de service de la maternité du Groupe Hospitalier Diaconesses Croix-Saint-Simon (Paris), membre de l'Association du Grand Forum des Tout-Petits et Président du réseau SOLIPAM.

La malnutrition des mères, plus fréquente chez les populations précaires, influence la santé des enfants. Comment peut-on agir en amont ?

L'insécurité alimentaire est une réalité. Des femmes enceintes en situation de précarité vivent leur grossesse dans une grande solitude. Le retard de suivi de grossesse est récurrent, alors qu'elles présentent des grossesses à risques. La très grande précarité sociale augmente sensiblement le taux de prématurité, le risque de RCIU et le taux de césarienne. Plusieurs facteurs aggravants peuvent influencer la conformité du suivi médical : l'absence de couverture sociale, le nombre d'hébergements et la barrière de la langue. L'amélioration des conditions de vie passent d'abord par l'amélioration des conditions d'hébergement. Une femme enceinte cherchera d'abord à se loger, puis à nourrir ses enfants, ensuite elle-même et donc l'enfant qu'elle porte. Le développement du « housing first » (« un chez soi d'abord »), concept selon lequel des logements sont proposés sous forme de baux glissants à des personnes en situation précaire, peut être un atout pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

Comment les professionnels peuvent-ils sensibiliser ces populations dans la période des 1000 jours et plus précisément de la naissance aux 2 ans de l'enfant ?

Si les femmes bénéficient des consultations pendant la grossesse, elles peuvent se sentir moins soutenues par la suite. Les femmes devraient avoir suffisamment d'informations pour être en bonne santé avant même d'être mère. Le travail de prévention est essentiel. Il y a plusieurs points à aborder pour l'éducation des jeunes filles : les bases d'une alimentation équilibrée, les dangers du tabac et de l'alcool, la lutte contre les grossesses imprévues, un accès facile à la contraception, l'IVG, la vaccination contre l'HPV... Et puis il y aussi, la base, c'est-à-dire un toit et des conditions salubres

de vie. Tous les acteurs de santé doivent s'impliquer à leur niveau. Chaque consultation de pédiatrie devrait être l'occasion de revenir sur la grossesse, la naissance et d'éviter certaines récides. Les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes, doivent être unis afin de contribuer à l'amélioration de la santé des générations futures.

Les pères comme les mères ont un rôle important dans la santé future du bébé. Comment impliquer davantage les pères dans cette période des 1000 jours par rapport à l'alimentation et l'environnement ?

Encore une fois, l'éducation est importante : si un enfant est conçu à deux, il s'élève aussi à deux. Le père doit être tout aussi impliqué que la mère, puisque, lui aussi, par des mécanismes d'épigénétique, influence la fertilité puis la santé de son enfant. Dans le cas d'un couple infertile, si le père fume et que son sperme présente des problèmes, il aura tout intérêt à réduire sa consommation de tabac ou à la stopper pour augmenter les chances d'avoir un enfant. Chaque consultation devrait être une occasion de sensibiliser les pères face à cela. La présence du père est bien sûr aussi importante durant la grossesse. D'après une étude réalisée auprès des femmes incluses dans le réseau Solipam, la présence du père divise par deux le risque d'accouchement par césarienne, et améliore la conformité du suivi médical.

SOLIPAM, Solidarité Paris Maman : www.solipam.fr

Pour aller plus loin

DIU précarité, santé maternelle, santé périnatale, Université Paris-Descartes, Université Paris-Diderot



Flashez ce code pour en savoir plus sur cette formation :



Automédication et **grossesse**

NAUSÉES, VOMISSEMENTS, CÉPHALÉES, DORSALGIES, ETC, LES FEMMES ENCEINTES PEUVENT SOUFFRIR DE DIFFÉRENTS TOUT AU LONG DE LA GROSSESSE. CONSOMMER DES MÉDICAMENTS PEUT ÊTRE UNE ATTITUDE COURAMMENT EMPLOYÉE NÉANMOINS LIÉE À DES RISQUES POUR LE FŒTUS. SONT-ELLES CONSOMMATRICES DE MÉDICAMENTS TOUT AU LONG DE LA GROSSESSE ? QUELS SONT LES RISQUES DE L'AUTOMÉDICATION ? DAMIEN COURRIER, SAGE-FEMME, RÉCOMPENSÉ AUX GRAND PRIX EVIAN 2014, À LA 2^E PLACE DE LA CATÉGORIE PRIX SCIENTIFIQUE A FAIT LE POINT DANS SON MÉMOIRE DONT NOUS RETRANSCRIVONS ICI LE RÉSUMÉ ORIGINAL.

L'automédication est un comportement qui consiste à soigner une maladie grâce à des médicaments autorisés, c'est-à-dire ayant reçu une Autorisation de Mise sur le Marché par les autorités de santé, ou non, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées. La prévalence de l'automédication a été évaluée à 68% dans la population générale en 2011 et elle se développe dans la population générale comme en témoigne la croissance constante du marché enregistrée depuis 2003. Ce développement est, par ailleurs, encouragé par les autorités de santé, toujours soucieuses d'équilibrer les dépenses. L'automédication concerne également les femmes enceintes et sa prévalence est comprise entre 14,5% et 42% selon les enquêtes. Elles constituent une population à risque du fait de la tératogénicité et de la foetotoxicité potentielle des médicaments sur l'embryon ou le fœtus.

Une prévention des risques insuffisante

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande depuis 2005 de « souligner, dès le début de la grossesse, les risques de l'automédication et d'expliquer à la femme enceinte qu'elle ne doit pas prendre de médicaments sans prescription médicale ». Ces recommandations doivent être délivrées par les professionnels de santé impliqués dans le suivi de grossesse (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes). Or il semblerait qu'en pratique ces recommandations soient insuffisamment dispensées car seule la moitié des femmes recevrait une telle information. Afin d'optimiser le rôle des professionnels de santé, et plus particulièrement des sages-femmes, en matière de prévention des risques liés à l'automédication, il nous est apparu intéressant de savoir s'il existait une variation de la prévalence de l'automédication au cours de la grossesse. Les précédentes enquêtes ne donnant que des estimations de la prévalence pour l'ensemble de la grossesse.

Quelle prévalence de l'automédication pour chaque trimestre ?

L'objectif principal était d'estimer la prévalence de l'automédication pour chaque trimestre de la grossesse et d'analyser son évolution. Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Evaluer les risques pouvant être liés à l'automédication pendant la grossesse (risques

liés aux types de médicaments, aux interactions médicamenteuses et aux surdosages).

- Rechercher des facteurs favorisant le recours à l'automédication pendant la grossesse parmi les caractéristiques sociales, économiques et démographiques, les habitudes de vie et la saison.
- Evaluer la fréquence de l'information reçue par les femmes en début de grossesse selon les recommandations de la HAS 2005.

► Matériel et méthode

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, avec volet analytique, transversale, rétrospective, multicentrique et répétée dans le temps. L'enquête a été menée auprès de 740 femmes enceintes, tous termes confondus, venant en consultation prénatale dans les cinq établissements de santé d'un réseau périnatal 1 (une maternité de niveau III, deux maternités de niveau II et deux maternités de niveau I). Les critères d'exclusion étaient les femmes non francophones, les mineures, les majeures placées sous un régime de tutelle ou de curatelle, celles refusant de participer à l'enquête et celles qui y avaient déjà participé. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme standardisé. Le nombre de questionnaires distribués dans chacun des sites était proportionnel à leur activité respective (nombre d'accouchements) en 2012. 370 questionnaires ont été distribués sur la période « été » (du 29 juillet au 27 septembre 2013) et 370 sur la période « hiver » (du 20 janvier au 17 mars 2014). Le critère de jugement principal était la différence de prévalence de l'automédication pour chaque trimestre de la grossesse. Nous avons considéré que les femmes avaient recouru à l'automédication lorsqu'elles avaient mentionné la consommation d'au moins un médicament en automédication pendant le seul mois précédant l'interrogatoire afin de limiter le biais de mémorisation. Les critères de jugement secondaires étaient :

- L'existence de risques potentiels pour la mère et le fœtus en lien avec l'automédication.
- Une différence statistiquement significative entre le groupe « automédiquées » (femmes ayant eu recours à l'automédication) et le groupe « non automédiquées » pour les variables susceptibles de correspondre à des facteurs favorisant le recours à l'automédication.
- La fréquence de l'information reçue par les femmes enceintes selon les recommandations de la HAS en 2005.

► Résultats

La prévalence de l'automédication était de 41,5% pour l'ensemble de l'échantillon. Elle s'élevait à 44,1% au premier trimestre, 43,8% au deuxième trimestre, 39% au troisième trimestre. Il n'existait pas de différences statistiquement significatives en comparant le pourcentage de chaque trimestre avec les autres. Les principaux symptômes qui ont incité les femmes à l'automédication sont les céphalées (32,5%), les infections oto-rhyno-laryngologiques (12,5%), les reflux gastro-oesophagiens (9%), les douleurs abdominales (6%) et la constipation (5,4%). Les principaux médicaments consommés en automédication sont le paracétamol (42%), les médicaments de la classe gastro-entérologie (14%) essentiellement représentés par les antiacides et les laxatifs, les médicaments homéopathiques (10%) et le phloroglucinol (9,8%). 104 composés différents ont été consommés en automédication. Aucun risque tératogène n'a été relevé. 4,5% des femmes s'étant automédiquées ont été exposées à des composés pouvant être fœtotoxiques (huiles essentielles pour 1,6%, médicaments homéopathiques contenant de l'éthanol en excipient pour 1,3% et anti-inflammatoires non stéroïdiens pour 0,7%). Les interactions médicamenteuses mises en évidence ont concerné les antiacides pour 5,5%. Deux cas de surdosages au paracétamol ont été mis en évidence (respectivement cinq et six grammes par jour), ce qui représente 0,7%.

Des facteurs associés à un recours plus fréquent à l'automédication ont été isolés de manière statistiquement significative : l'origine française ($p=0,02$), la vie en couple ($p<0,004$), un niveau d'études élevé ($p<0,001$), l'exercice d'une profession intermédiaire ou de santé ($p=0,003$), la vie en milieu rural ($p=0,03$), la consommation d'alcool pendant la grossesse ($p=0,02$) et le fait de recourir à l'automédication en dehors de la grossesse ($p<0,001$). ►



« Les principaux symptômes qui ont incité les femmes à l'automédication sont les céphalées (32,5%), les infections oto-rhyno-laryngologiques (12,5%), les reflux gastro-oesophagiens (9%), les douleurs abdominales (6%) et la constipation (5,4%). »

43,3% des femmes interrogées ont reçu une information sur l'automédication au premier trimestre de la grossesse de la part des professionnels de santé.

► Discussion

La prévalence globale de l'automédication est importante dans notre étude (41,5%). Ce résultat est comparable à celui récemment obtenu en 2010 par Dorgère et al. (42%), mais supérieur à celui obtenu par Mikou et al. en 2008 (23,3%), Schmitt et al. en 2002 (21,3%), Damase-Michel et al. en 2000 (19,6%), Berthier et al. en 1993 (17,9%) et Barrière et al. en 1992 (14,5%). Au regard de l'ensemble de ces résultats, il semblerait que la prévalence de l'automédication au cours de la grossesse soit en augmentation au cours du temps. En outre, notre étude a montré qu'elle était constante au cours de la grossesse. Ce résultat peut être expliqué par le fait que les principaux symptômes ayant suscité la consommation de médicaments en automédication (céphalées, infections ORL, douleurs abdominales) n'étaient pas spécifiques à un trimestre en particulier. Les risques liés à la pratique de l'automédication sont quantitativement peu importants, mais difficiles à évaluer en raison d'un manque de données dans la littérature ; en outre il y a impossibilité de réaliser des expérimentations sur les femmes enceintes pour des raisons éthiques.

Par rapport aux interactions médicamenteuses, notre étude souhaite plus particulièrement attirer l'attention sur les antiacides car ils diminuent, d'un point de vue pharmacocinétique, l'absorption d'une majorité de médicaments (paracétamol et fer en particulier). Les deux cas de surdosage au paracétamol constituent de véritables signaux d'alerte et montrent qu'il est important d'insister auprès des femmes sur les conseils d'utilisation concernant ce principe actif, de loin le plus consommé en automédication au cours de la grossesse (42% des femmes).

Notre étude a permis de mettre en évidence de façon statistiquement significative des "profils" de patientes susceptibles de recourir à l'automédication auxquelles les professionnels de santé devraient être particulièrement attentifs. Certains de ces facteurs avaient déjà été mis en évidence dans l'étude de Dorgère et al. en 2010 (niveau d'études et origine française).

La fréquence de l'information en début de grossesse par les professionnels de santé selon les recommandations de la HAS en 2005 est insuffisante. Ce résultat est comparable à celui obtenu par Mikou et al. en 2008 (51%) et par Schmitt et al. en 2002 (55%). Cela montre qu'il n'y a pas eu de réels progrès en matière de prévention dans le recours à l'automédication pendant la grossesse depuis 2002.



Un travail de sensibilisation à mener

Cette étude permet donc en pratique d'optimiser l'information à donner aux femmes enceintes selon les recommandations de la HAS en 2005. Les professionnels de santé impliqués dans le suivi de grossesse, devraient avoir à l'esprit que l'automédication est un comportement fréquent tout au long de la grossesse et qui concerne environ la moitié des femmes. Il est donc important d'informer les patientes dès le début de la grossesse, voire même en période pré-conceptionnelle, surtout si elles présentent le "profil type" de l'automédication établi grâce aux facteurs favorisants. Les

professionnels doivent inciter les femmes à les solliciter au cas où elles souhaiteraient recourir à l'automédication, et ils doivent connaître les sources utiles (CRAT, Vidal et CRPV) afin de mieux les conseiller. Il paraît également important de connaître les médicaments les plus couramment consommés en automédication pendant la grossesse, et de rappeler leurs précautions d'emploi (paracétamol et antiacides). A l'avenir les professionnels de santé devront être plus vigilants vis-à-vis de l'automédication, dans la mesure où son développement devrait être renforcé par l'autorisation depuis juin 2013 de la vente de médicaments sur Internet.

3 QUESTIONS

à Damien Courrier,
sage-femme au centre Hospitalier
de Valence dans la Drôme



Pourquoi avez-vous décidé de travailler sur ce mémoire?

Damien Courrier : J'ai eu cette idée de mémoire en 2^e année de mes études de sage-femme, suite à un stage en consultation prénatale. Très tôt, je me suis intéressé aux risques liés aux médicaments pendant la grossesse, et plus particulièrement à ceux que les femmes pouvaient être amenées à prendre en automédication. Je me suis aperçu que le sujet de l'automédication pendant la grossesse était rarement abordé en consultations prénatales, aussi bien par les sages-femmes que par les médecins. Ceci s'expliquant certainement par la quantité importante d'informations à délivrer sur un temps de consultation limité. Or une femme peut rapidement mettre son enfant en danger en recourant à l'automédication, notamment par la consommation de médicaments comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou d'autres substances à visée thérapeutique, comme les huiles essentielles. Ces risques existent avec des produits en apparence bénins et d'utilisation plus ou moins courante. J'ai donc voulu explorer le champ de l'automédication dans un premier temps en me basant sur les travaux déjà effectués, dans le but de voir l'évolution de ce comportement au cours du temps (prévalence, population à risque) et dans un second temps, en me penchant sur d'autres points jamais étudiés, comme l'évolution de la prévalence de l'automédication au cours de la grossesse et l'impact d'autres facteurs, comme la saison. Ma directrice de mémoire, le Dr Villier, pharmacien PH à la pharmacovigilance, m'a également donné des pistes et apporté ses connaissances en matière de risques des médicaments.

Avez-vous été surpris par vos conclusions?

Oui, j'ai été très surpris puisqu'au final mes principales hypothèses de départ ont été invalidées. L'étude a montré qu'il n'y avait pas plus d'automédication en début ou en fin de grossesse. Ces deux périodes étant liées à une plus grande prépondérance des maux de la grossesse tels que nausées, fatigue, insomnies, lombalgies et pouvant conduire

les femmes à recourir à l'automédication. Ce travail a également montré qu'il n'y avait pas significativement plus d'automédication en hiver qu'en été.

Ces résultats ont donc été plutôt décevants au premier abord. Mais ce travail sur un échantillon important a permis de faire ressortir des résultats intéressants, et de proposer des pistes d'amélioration dans la façon de réaliser la prévention.

Est-ce que ce travail pourrait se prolonger?

La prévalence de l'automédication chez les femmes enceintes est importante puisqu'elle concernerait près de la moitié d'entre elles (40%) et surtout elle est constante au cours de chaque trimestre de la grossesse. Cela montre qu'il y a de nets progrès à faire en matière d'information à donner aux femmes d'un point de vue quantitatif, et très probablement aussi d'un point de vue qualitatif. Avec les résultats obtenus, on pourrait travailler sur l'information à donner aux patientes. Cette information devrait être donnée et rappelée tout au long de la grossesse lors des consultations prénatales ou lors des séances de préparation à la naissance. Etant donné le peu de temps dont disposent les professionnels de santé en consultation prénatale, je pense que l'élaboration d'une feuille d'information à destination des patientes, sur le modèle de la toxoplasmose, du tabac ou de l'alcool, par exemple, pourrait être un outil intéressant. Une feuille d'information pourrait également être élaborée à destination des professionnels de santé et des sages-femmes notamment, car elles ont un rôle clé dans la prévention. Elles pourraient rappeler les principaux risques ainsi que les précautions d'emploi des médicaments les plus fréquemment impliqués dans l'automédication, les recommandations à fournir aux patientes, et les sources utiles pour répondre à leurs interrogations (CRAT, Vidal, Pharmacovigilance). Il paraît important de demander à chaque fois : « Est-ce que vous consommez des médicaments ? En avez-vous consommé en automédication ? » L'élaboration de tels outils et leur évaluation (étude avant/après) pourrait faire l'objet d'un nouveau travail de mémoire que je serais prêt à diriger.

IVG

40 ans après la loi Veil...

LE 17 JANVIER 1975, LA LOI RELATIVE À L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG), DITE LOI VEIL, DÉPÉNALISAIT LE RECOURS À L'AVORTEMENT. CONFIRMÉE EN 1979, LA DÉPÉNALISATION DE L'IVG A ÉTÉ COMPLÉTÉE PAR DES AMÉNAGEMENTS LÉGISLATIFS RENDANT LE RECOURS MOINS DIFFICILE : REMBOURSEMENT PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE FIN 1982, ASSOUPPLISSEMENT DE L'ACCÈS ET ALLONGEMENT DU DÉLAI LÉGAL EN 2001, ET, FINALEMENT LA SUPPRESSION DE CE DÉLAI, DEPUIS LA MI-MARS. DEPUIS 1975, LE TAUX DE RECOURS À L'IVG A CONNU PLUSIEURS VARIATIONS AVEC DANS LES 20 PREMIÈRES ANNÉES DE LA LÉGALISATION UNE PRATIQUE EN BAISSSE CONSTANTE ET DEPUIS 2006 UN TAUX DE RECOURS RELATIVEMENT STABLE. EN FRANCE, 217 000 IVG ONT ÉTÉ PRATIQUÉES EN 2013, DONT 209 000 EN MÉTROPOLE.

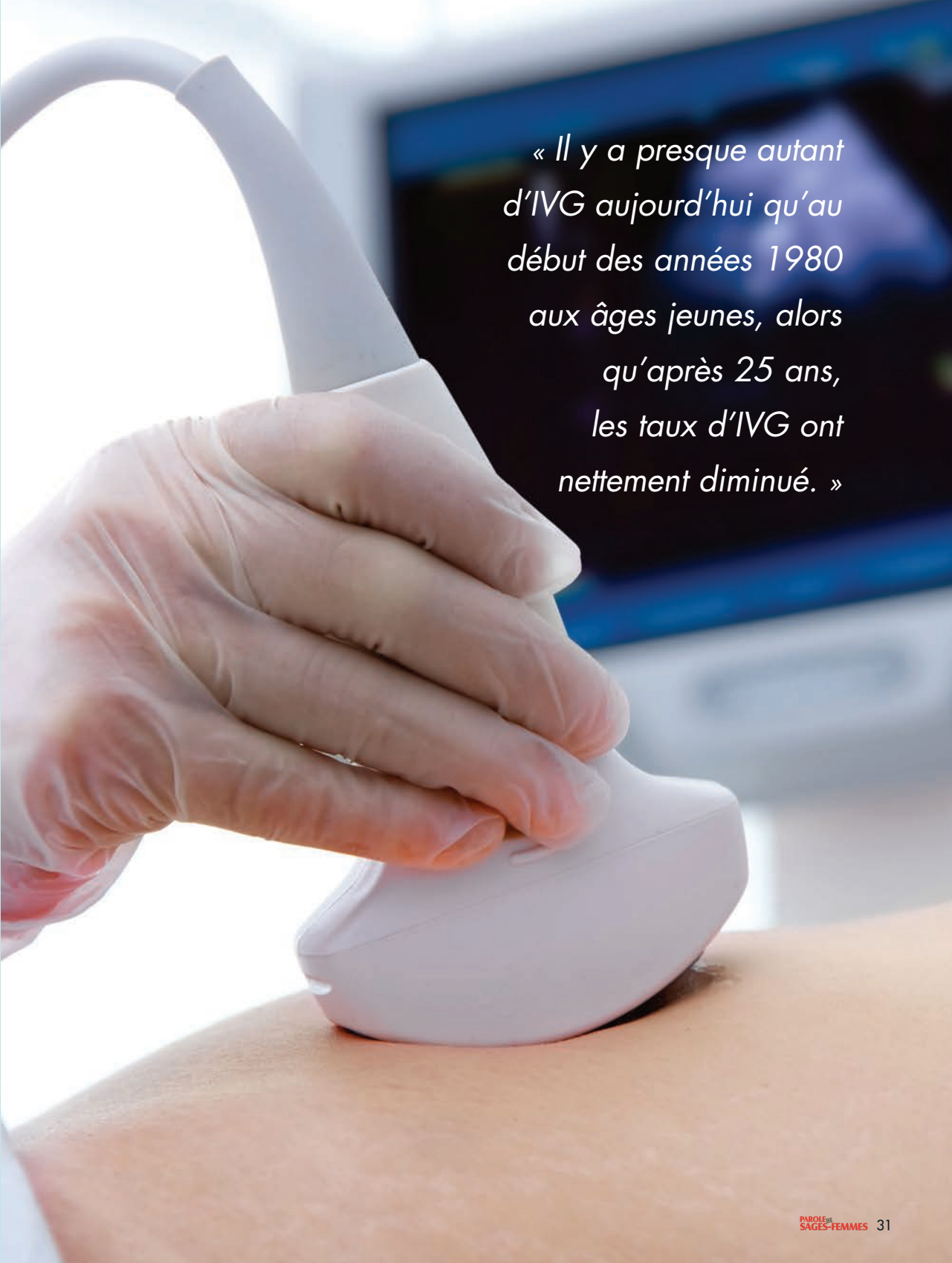
Un recours à l'IVG à 27,5 ans en moyenne en 2011

Le nombre d'IVG a évolué de façon parallèle à celui des naissances depuis 1995. L'indicateur conjoncturel de fécondité est passé de 1,9 enfant par femme en 1975 à près de 2 enfants au début des années 2010, avec un creux au milieu des années 1990 (1,7 en 1995). L'indicateur d'IVG a connu une évolution assez proche en passant de 0,66 IVG en moyenne par femme en 1975 à 0,53 au début des années 2010, avec un minimum de 0,43 au milieu des années 1990. Par ailleurs, les naissances surviennent de plus en plus tard, l'âge moyen à la maternité ayant reculé, passant de 26,7 ans en 1975 à 30,1 ans au début de la décennie 2010. En revanche,

l'âge moyen à l'IVG a tout d'abord eu tendance à rajeunir, passant de 28,6 ans en 1975 à 27,5 ans en 2003. Puis il a cessé de baisser, restant stable autour de 27,5 ans.

Des grossesses moins fréquentes chez les ados

Au fil des années, les grossesses chez les très jeunes femmes sont de moins en moins fréquentes et de plus en plus souvent interrompues. L'augmentation des taux d'IVG des adolescentes, observée à la fin des années 1990 et au début des années 2000, est due non pas à une plus grande fragilisation des adolescentes, mais à la plus grande volonté d'interrompre des grossesses non prévues ou mal programmées.



*« Il y a presque autant
d'IVG aujourd'hui qu'au
début des années 1980
aux âges jeunes, alors
qu'après 25 ans,
les taux d'IVG ont
nettement diminué. »*

La forte planification des naissances par les femmes et les hommes, la concentration de la fécondité des femmes entre 25 et 35 ans et la raréfaction des naissances aux très jeunes âges témoignent à la fois de la plus grande liberté des jeunes filles de ne pas mener à terme une grossesse imprévue si elles ne le souhaitent pas et de la marginalisation grandissante des grossesses adolescentes et des naissances « précoces ». Au final, la courbe du taux d'IVG selon l'âge a évolué, le recours se concentrant de plus en plus à certains âges. De 19 à 25 ans, les taux d'IVG dépassent 25 % en 2011. Il y a presque autant d'IVG aujourd'hui qu'au début des années 1980 aux âges jeunes, alors qu'après 25 ans, les taux d'IVG ont nettement diminué.

Des grossesses interrompues avant la fin de la 7ème semaine en moyenne

La loi de 2001 a allongé de deux semaines la durée maximale pour autoriser une IVG en la portant de 10 à 12 semaines de grossesse. La durée moyenne de grossesse à l'IVG, toutes techniques confondues, qui était restée stable de 1990 à 2000, s'est un peu allongée l'année suivant le changement de la loi, puis a connu une légère baisse dans les années récentes (8,4 semaines d'aménorrhée en 2011, contre 8,8 en 1990 et 9,1 en 2002), une baisse notamment due à la diffusion de l'IVG médicamenteuse. En effet, cette technique, autorisée à l'hôpital depuis 1988, s'est largement diffusée depuis 1990 pour devenir la méthode la plus fréquente depuis 2008 : 16 % des IVG en 1990 étaient médicamenteuses, 36 % en 2002 et 55 % en 2011. Celles-ci sont pratiquées principalement à l'hôpital ou en clinique. Toutefois, la part des IVG médicamenteuses ayant lieu en cabinet de ville augmente, passant de 5 % en 2005 à 24 % en 2012. La durée moyenne de grossesse dans le cas des IVG médicamenteuses est plus courte

« La durée moyenne de grossesse dans le cas des IVG médicamenteuses est plus courte que pour les interruptions chirurgicales »

que pour les interruptions chirurgicales : un peu plus de 7 semaines d'aménorrhée (7,2 en 1990 et 2005 et 7,1 en 2011), contre près de 10 semaines d'aménorrhée (8 semaines de grossesse) depuis 2002 pour les IVG chirurgicales.

Un droit plus qu'un dernier recours

L'allongement du délai légal voté en 2001 n'a eu pour effet ni un allongement durable de la durée moyenne de grossesse au moment de l'IVG, ni une augmentation du recours à l'IVG. La part des premières IVG poursuit sa baisse mais, après une première IVG, la probabilité de recourir à nouveau à l'IVG augmente. Cela traduit sans doute la diversification croissante des biographies génésiques, conjugales, amoureuses et sexuelles des femmes et, pour une part d'entre elles, l'usage de méthodes contraceptives insuffisamment adaptées à leurs situations de vie. Le choix d'interrompre (ou non) une grossesse est devenu un droit plus qu'un dernier recours.

9,5 % des Françaises ont recours deux fois à l'IVG, et 4,1 % trois fois ou plus au cours de leur vie. Depuis les années 1970, le recours à l'IVG est plus fréquent, et finalement le nombre total d'IVG n'a pas baissé. En 2011, un tiers des femmes ont recours à l'IVG au cours de leur vie, et celles qui y ont recours le font en moyenne 1,5 fois.

Source : Population & Sociétés - Institut national d'études démographiques (Ined) - Janvier 2015

Ceinture de grossesse MyBabystrap

DONJOY

Soulage et protège les lombaires
des femmes enceintes.

Vous souhaitez une démonstration ?
Contactez notre Service Clients
au 05 59 52 86 90

DJO France - MGS256 - rev A - 03/2015

Dispositif médical de classe I. Lire attentivement la notice.
Remboursement S.S. L.P.P.R. : 201600.021
Fabriqué par DJO, LLC - Distribué par DJO France S.A.S.

NOUVEAU
KIT COMPLET DE POSE
Dispositifs Intra-Utérins
DIU
AU CUIVRE

Les DIU sont destinés à toute femme en âge de procréer, non enceinte, désirant minimiser le risque de grossesse et dont l'examen gynécologique est normal. Le choix du DIU sera déterminé par le médecin en fonction des critères d'âge, de parité, de taille, de morphologie d'utérus.

CCD vous facilite la pose

Une collection de modèles selon la morphologie des utérus de vos patientes.

CCD
Laboratoire de la Femme®

FORMES ET PRESENTATIONS Dispositifs intra-utérins composés de polyéthylène opaque aux RX autour desquels s'enroule un fil de cuivre (avec noyaux d'argent pour le NT), et d'un fil de Nylon mono-filamenteux attaché à la base du dispositif.

INDICATIONS Contraception intra-utérine. **CONTRE-INDICATIONS** Absolues : Anomalies morphologiques/anatomiques, sepsie puerpérale, immédiatement après avortement septique, dysménorrhée, troubles trophoblastiques gestationnels, cancers gynécologiques, MIP à l'initiation, infections/inflammations à l'initiation, grossesse, maladie de Wilson ou hypersensibilité au cuivre.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI Ce système est un assemblage de dispositifs médicaux. Reportez-vous à la notice de l'assemblage ou aux notices d'utilisations des dispositifs médicaux pour plus d'information. GYNELLE® 375 (ACL : 3401563823919), UT®380 Standard (ACL : 3401563973980), UT®380 Short (ACL : 3401563959793), TT®380 Standard (ACL : 3401563948100), TT®380 Short (ACL : 3401563948278) NT®380 Standard (ACL : 3401563897378) et NT®380 Short (ACL : 3401563869344) sont des marques déposées. Remboursement Sec. Soc. au tarif (LPP). Prix Public : 30,50 €. DM de classe III. (CE0459). Fabricant de l'assemblage : Laboratoire CCD 48 rue des Petites-Ecuries - 75010 Paris - France.

VITAMINES-STUDIO - Juillet 2014 - 14/07/DISPPCC/PM/004

Claricare™

1ère coque souple de confort intime

// Avec Claricare™, je protège mon intimité de la douleur liée aux points de suture //

- Épisiotomie
- Déchirure
- Hémorroïdes
- Herpès
- Condylomes
- Bartholinite
- Prolapsus
- Fissure anale

Disponible sur www.claripharm.com et en Pharmacie

Made in France - Lire attentivement la notice avant toute utilisation. En cas de doute, demander conseil à un professionnel de santé. Ce dispositif médical de classe I est un produit de santé réglementé qui porte, au titre de cette réglementation, le marquage CE.

ClariPharm™
Laboratoire

CAR-IP-102014

L'ACCÈS À L'IVG

AUJOURD'HUI...



IL FAUT SANS CESSE DÉFENDRE LE DROIT À L'AVORTEMENT EN AMÉLIORANT SON ACCÈS POUR LES FEMMES QUI SOUHAITENT INTERROMPRE UNE GROSSESSE. C'EST TOUTE L'AMBITION DU NOUVEAU PROGRAMME NATIONAL D'ACTION POUR L'IVG PRÉSENTÉ RÉCEMMENT PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ POUR AMÉLIORER L'INFORMATION, FACILITER LE PARCOURS DES FEMMES ET RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ DE L'IVG PARTOUT SUR LE TERRITOIRE.

Mieux informer les femmes sur leurs droits

Les plateformes téléphoniques régionales actuelles sont mal identifiées par les femmes et proposent des informations hétérogènes selon les territoires. La création d'un numéro d'appel national sur la sexualité, la contraception et l'IVG permettra d'homogénéiser les messages délivrés et de faciliter l'accès des femmes à l'information. Il permettra également de diffuser des informations neutres et objectives sur l'avortement, pour faire face aux renseignements fallacieux et culpabilisants que les groupes anti-IVG proposent aux femmes via leurs lignes d'écoute. Cette mesure sera appuyée par la mise en place d'une campagne nationale d'information portant sur la sexualité, la contraception et le droit d'interrompre une grossesse non désirée. Les outils web, dont le site ivg.gouv.fr, seront mis en avant à cette occasion.

Simplifier et améliorer le parcours des femmes

Le forfait de prise en charge de l'IVG en ville et celui de l'IVG en établissement de santé seront harmonisés. Non pris en charge à 100% par la Sécurité sociale, de nombreux actes seront désormais intégralement remboursés, comme les examens de biologie médicale (IVG en ville), l'échographie de datation pré-IVG (IVG en ville et en établissement de santé), la consultation de recueil du consentement (IVG en établissement de santé), les examens de biologie de suivi (IVG en ville) et l'échographie de contrôle (IVG en ville). Cette mesure sera mise en œuvre à l'automne 2015.

Par ailleurs, sur la base d'un diagnostic régional, les réseaux de santé en périnatalité élaboreront une procédure pour la prise en charge des IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse. Du fait de

« Parallèlement, le nombre d'établissements de santé réalisant des IVG s'est réduit ces dernières années et n'a pas été totalement compensé par l'augmentation de l'offre de ville. »

la proximité avec le terme du délai légal, ces IVG doivent être réalisées en urgence et ne peuvent être faites qu'en établissement, par méthode instrumentale. Les professionnels opposent plus fréquemment la clause de conscience pour ce type d'IVG et les femmes concernées connaissent donc davantage de difficultés pour obtenir un rendez-vous, être orientées ou réorientées vers un établissement pouvant les prendre en charge au plus vite. Une instruction aux réseaux de santé en périnatalité a été publiée en janvier dernier, rappelant leur rôle pour la coordination des acteurs de l'IVG, et un cahier des charges national sera publié en juillet 2015.

Garantir une offre diversifiée sur tout le territoire

L'accès à l'avortement implique que toutes les femmes soient prises en charge, dans le respect de la loi, toute l'année et sur l'ensemble du territoire.

Les enquêtes réalisées auprès des Agences régionales de santé en 2012 et 2013, ainsi que les enseignements des programmes d'inspection des établissements de santé, ont montré plusieurs difficultés liées à l'organisation de l'activité. Parallèlement, le nombre d'établissements de santé réalisant des IVG s'est réduit ces dernières années et n'a pas été totalement compensé par l'augmentation de l'offre de ville. C'est pourquoi, chaque ARS devra formaliser un plan régional pour l'accès à l'avortement. Un plan régional type

sera élaboré au niveau national, sur le modèle des expériences régionales réussies, comme le programme FRIDA de l'ARS Ile-de-France. Ce plan régional type prévoira l'intégration de l'activité d'IVG dans les contrats d'objectifs et de moyens qui lient les ARS aux établissements de santé. Les orientations nationales seront élaborées avec l'appui de l'ARS Ile-de-France et diffusées avant l'été 2015.

Les médecins exerçant en centre de santé pourront réaliser des IVG instrumentales dans les conditions techniques et de sécurité nécessaires qui seront définies par un cahier des charges élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS). La ministre s'est par ailleurs déclarée favorable à la possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses.

Il est également prévu que, les conditions de durée minimale du service hebdomadaire des praticiens contractuels réalisant des IVG soient assouplies : l'exigence d'un service minimum de 4 demi-journées sera supprimée. Après concertation avec les acteurs concernés, cette mesure fera l'objet d'un décret en Conseil d'Etat. Enfin, une commission sur les données et la connaissance de l'IVG sera mise en place et pilotée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Elle réunira les principaux producteurs de données, les professionnels de terrain et les associations spécialisées afin d'établir un état des lieux commun de la pratique de l'IVG en France et du parcours des femmes. Cette commission a commencé ses travaux ce premier trimestre et produira un rapport au quatrième trimestre 2015.

IVG : CHIFFRES CLÉS EN ILE-DE-FRANCE

- **51 625** IVG ont été réalisées en 2012 pour des femmes domiciliées sur le territoire francilien, soit un taux de recours estimé à **17,2** IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (contre **14,5%** en métropole) avec des variations importantes d'un département à l'autre (**22,7%** en Seine-Saint-Denis contre **16,4%** à Paris.)
- Près d'une francilienne sur quatre réalise son IVG hors établissement de santé, la moyenne en métropole étant de **15%**.
- **73,9%** des franciliennes ont recours à l'IVG dans leur département de domicile, avec des différences importantes entre département : **62,1%** dans le Val de Marne contre **83,6%** à Paris.

Source : Rapport de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France – Décembre 2014

Vérifier la qualité du parcours de l'IVG en Ile-de-France

L'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France invite les femmes (ou leur entourage) ayant subi une IVG à témoigner anonymement à travers un questionnaire en ligne. Les réponses fourniront des éléments d'appréciation de la qualité du parcours proposé en Ile-de-France et des obstacles rencontrés par les femmes en termes d'accès et de réalisation de l'IVG. Ce questionnaire est réalisé dans le cadre du projet régional visant à favoriser la réduction des inégalités d'accès à l'avortement (Frida) au travers duquel l'ARS souhaite réaffirmer les droits des patientes et la place des femmes dans le système de santé. Une première analyse des témoignages recueillis, prévue en septembre 2015, sera mise en ligne sur le site Internet Ars.iledefrance.sante.fr.



Le saviez-vous ?

Dans les pays en développement, 222 millions de femmes qui souhaitent éviter ou retarder une grossesse, n'ont pas accès à la contraception. Chaque année,

22 millions de grossesses non désirées aboutissent à un avortement non médicalisé. Ces avortements clandestins provoquent l'infirmité temporaire ou définitive de 8 millions de femmes, et le décès d'au moins 50 000 femmes.

Source : ministère de la Santé – Janvier 2015

Un nouveau rapport, déposé par la Délégation aux Droits des femmes à l'Assemblée nationale en février dernier, propose 40 recommandations articulées autour de 4 axes : faire de l'IVG un droit à part entière ; développer un dispositif global d'information et de communication afin de faciliter l'orientation et l'entrée dans le parcours des femmes ; développer une offre de soins permettant aux femmes un accès rapide et de proximité à l'IVG en leur garantissant le choix de la méthode, la gratuité et la confidentialité ; organiser un véritable suivi de l'activité et permettre la coordination des professionnel(le)s. Parmi ces recommandations, le rapport propose :

- D'inscrire les sexualités, la contraception et l'IVG dans les formations initiales de l'ensemble du personnel partie-prenante de l'IVG : sages-

femmes, professionnels des secteurs sanitaire et social, d'accueil, administratif et éducatif.

- De supprimer la clause de conscience du médecin, spécifique à cet acte médical. Les auteurs du rapport pensent que cette dernière disposition est redondante avec la clause de conscience générale, existante pour tous les actes médicaux et inscrite dans le Code de la santé publique.
- De permettre à des professionnel(le)s qualifié(e)s, non médecins, de réaliser le premier rendez-vous et de délivrer la première attestation (infirmiers, conseillers conjugal et familial, sages-femmes...).

Parmi ces recommandations, la suppression du délai de réflexion de sept jours imposé aux femmes souhaitant une IVG a d'ores et déjà été adopté à l'Assemblée le 8 avril dernier.

Dans ma bibliothèque de pro...

APPROFONDIR SES CONNAISSANCES, SE DÉTENDRE AUTOUR DE QUELQUES PAGES OU DÉCOUVRIR DES LIVRES À CONSEILLER AUX FUTURS ET JEUNES PARENTS... NOUS VOUS PROPOSONS ICI UNE SÉLECTION D'OUVRAGES RÉCEMMENT PUBLIÉS ABORDANT DE NOMBREUX THÈMES LIÉS À LA GROSSESSE, À L'ACCOUCHEMENT, À LA PARENTALITÉ.

Ouvrages sélectionnés par Catherine Charles



Gérer les grossesses à risque

Les importantes avancées médicales de ces dernières années ont permis à de nombreuses patientes atteintes de pathologies chroniques d'accéder à la grossesse. Cet ouvrage répond à toutes les questions que peuvent se poser les professionnels de santé en contact avec une patiente malade : la grossesse est-elle envisageable ? Quels éléments vont devoir faire l'objet d'une surveillance chez la patiente et le fœtus ? Cette grossesse va-t-elle impliquer une modification du traitement habituel ? Des complications inhérentes à la grossesse vont-elles voir le jour ? L'ouvrage liste ainsi la grande majorité des maladies chroniques et proposent à chaque fois des rappels et une marche à suivre simple, afin de gérer au mieux des situations souvent difficiles. Il est destiné aux gynécologues obstétriciens, aux internes, aux généralistes, aux sages-femmes, et à tous les acteurs de la prise en charge des grossesses à risque.

Pathologies Maternelles et Grossesse, Alexandra Benachi, Dominique Luton, Laurent Mandelbrot et Olivier Picone, Éditions Elsevier Masson, 69 €



Une mine de conseils pour les futurs parents

Ce guide, qui fête ses 20 ans cette année et qui a été rebaptisé 9 mois (auparavant Attendre un enfant) aide les futures mamans d'aujourd'hui à vivre leur grossesse en toute sérénité et à bien préparer l'arrivée de leur bébé. Co-écrit par le célèbre Pr Frydman, il retrace mois après mois les différentes étapes de la maternité et aborde toutes les thématiques qui y sont liées, telles que la médecine, la psychologie, la diététique... Il contient aussi un cahier pratique avec tous les renseignements du quotidien.

9 mois, Pr René Frydman & Christine Schilte, Éditions Hachette Famille, 29,90 €



Le parcours drôle et vrai d'une PMA heureuse

Tomber enceinte, quand cela ne vient pas naturellement, c'est la galère ! On n'apprendra rien à personne... Alors quand cela vous arrive, vous avez deux possibilités : voir les choses en noir ou, comme l'auteur, se dire qu'avec de l'humour et de la dérision cela passera mieux. Dans ce récit amusant, drôle et vrai, rien n'échappe à la plume ironique de l'auteur, ni les traitements médicaux, ni les attentes, ni les disputes de couple...

Félicitations, c'est une FIV !, Karine Degunst, Éditions La Boîte à Pandore, 9,90 €



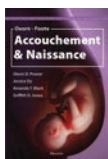
L'éveil des bébés en question !

Ce livre permettra aux parents de découvrir et d'apprécier les différentes étapes du développement de leur enfant autour de 150 jeux et activités adaptés à chaque âge de 0 à 3 ans.

Dans ses livres, comme pendant ses consultations, Philippe Grandsenne, pédiatre depuis 1980, s'intéresse au bien être de l'enfant, mais aussi à celui des parents.

1,2,3 ... Eveil, Dr Philippe Grandsenne, Hachette Famille 19,95 €





Un outil d'apprentissage essentiel pour les sages-femmes

Traitant de l'obstétrique humaine, ce livre est l'un des plus complets tout en restant accessible. Rédigé pour la pratique clinique, il aborde tous les mécanismes du travail et de l'accouchement. Il débute par une description de l'anatomie

clinique, puis examine en détail les trois stades du travail, en insistant sur les bonnes prises en charge et les techniques de dégagement. Des conseils spécifiques sont fournis pour tous les types de complications et de modalités d'accouchement (césarienne, présentation du siège, position transverse...). Il comporte également un chapitre sur l'obésité au cours de la grossesse, décrit les techniques modernes de prise en charge des hémorragies du post-partum et propose une revue détaillée des grossesses multiples. Illustré par plus d'une centaine de dessins en couleurs, c'est un outil d'apprentissage essentiel pour les études de maïeutique et la pratique professionnelle de la sage-femme.

Oxorn-Foote : Accouchement et naissance, Collectif, Éditions Maloine, 36 €



Quand devenir parents prend du temps...

Dans cet ouvrage, l'auteur explore différentes facettes du désir d'enfant pour permettre aux couples de comprendre ce qu'ils désirent quand ils veulent un enfant (donner la vie, se savoir fertile, vivre pour quelqu'un d'autre que soi...), d'analyser ce qui fait souffrir (les limites du corps, le poids de la pression sociale...) et d'arrêter de souffrir (traitement psychologique, méthodes médicalement assistées, adoption...). Une seconde partie est consacrée à l'acceptation de vivre définitivement sans enfant.

Vivre son besoin d'enfant, Rachel Izsak, Éditions Jouvence, 7,70 €



Enrichir ses compétences

Véritable guide de la sage-femme, cet ouvrage rassemble en 30 chapitres l'essentiel des connaissances du cursus LMD Maïeutique permettant aux sages-femmes d'acquérir les compétences décrites dans leur référentiel de formation et le Code de Santé publique.

Il résume les bases indispensables des savoirs et facilite leur intégration de façon optimale. Il permet aussi de répondre aux différentes situations rencontrées par les sages-femmes, d'établir leurs responsabilités cliniques et de préciser leurs multiples champs d'intervention. Ce guide vise à faciliter le parcours d'apprentissage des différentes compétences nécessaires à chaque étudiant, quelle que soit l'étape de son cursus.

Guide de la sage-femme-Suivi pré et post natal, M-H Delcroix et Conchita Gomez, Éditions Maloine 36 €



Un grand classique...

Entièrement revu pour répondre aux questions des parents d'aujourd'hui, et écrit par l'un des meilleurs spécialistes de l'enfance le Pr Rufo, ce livre est clair et rassurant pour aider les tout-petits à bien grandir et à s'épanouir. De la naissance à l'entrée à l'école, les parents disposent de tous les conseils nécessaires au bon développement de leur enfant.

Élever son enfant 0-6 ans, Pr Marcel Rufo & Christine Schilte, Éditions Hachette Famille, 29,90 €

À conseiller aux jeunes mamans stressées !



Parce que le coloriage, ce n'est pas que pour les enfants ! Ce livre propose 40 planches "drôlissimes" à colorier pour que les jeunes mamans puissent se défouler, se détendre et surtout... en rire !

Cahier de coloriage de la jeune maman – Marie Thuillier et Cécile Porée – Éditions Tut-tut – 15 €



Ces situations insolites...

c'est du vécu !

« VOUS ALLEZ RECOUDRE LA POCHE DES EAUX ? » APRÈS UNE LONGUE GARDE, OU UN ACCOUCHEMENT UN PEU STRESSANT, C'EST CE GENRE DE PETITES REMARQUES OU DE SITUATIONS INSOLITES, QUI, PERÇUES AVEC HUMOUR, PEUT VOUS ILLUMINER LA JOURNÉE... OU VOUS GARANTIR UN FOU RIRE RÉPARATEUR ! FLORILÈGE...

- Vous avez suivi des cours de préparation à la naissance ?
- Non, j'ai regardé Baby Boom et j'ai vu qu'on poussait à 8 cm et qu'on accouchait à 9 cm.

Vive la télé !

Samia, sage-femme en maternité



Tandis que je réalise un "dextro" à un bébé, un papa me demande :

- « C'est pour regarder si le scrotum est élevé ? »
- Je n'ai pas tout compris, mais je vais vous réexpliquer... »

Eva, sage-femme en maternité

« A quelle heure votre fille a-t-elle mangé ? »

La maman répond :

« Sa grand-mère lui a donné un biberon d'infusion, il y a 1 heure »

Au secours !

Marie, sage-femme en maternité

Un papa :

« Vous allez recoudre la poche des eaux ? »

Mais bien sûr !

Léa, sage-femme en maternité

« Vous pouvez me donner un anesthésiant avant de mettre le bébé au sein ? »

Véra, sage-femme en maternité

Tandis que sa femme part au bloc pour une césarienne, un futur papa esthète :

« Dites bien au chirurgien de faire un beau nombril à mon fils ! »

Hugo, sage-femme en maternité

Une maman au téléphone :

« C'est quand même mieux de parler à une professionnelle que de lire Wikipédia »

Merci, c'est gentil !

Géraldine, sage-femme en maternité

Brumisateur® evian®

L'ALLIÉ DES FUTURES ET JEUNES MAMANS



Brumisateur® evian® est particulièrement utile pendant la grossesse, pour hydrater la peau fragile des futures mamans. Aussi précieux au moment de l'accouchement que lors des premiers changes de bébé, c'est un indispensable à glisser dans le sac pour la maternité !

Une eau à la qualité unique

Faiblement minéralisée et particulièrement pure, l'eau minérale naturelle evian® traverse pendant plus de 15 ans un filtre naturel unique au monde, au coeur des Alpes. C'est là que cette eau de grande qualité, vierge de tout traitement, acquiert sa pureté et son équilibre minéral exceptionnels. Chaque jour, 300 contrôles sont effectués afin de garantir sa qualité. Ses propriétés remarquables lui ont valu d'être reconnue favorable à la santé par l'Académie Nationale de Médecine.

Le geste bien-être de la grossesse

Grâce à Brumisateur® evian®, les femmes enceintes pourront se rafraîchir facilement pendant les mois les plus chauds. Son utilisation régulière permet d'augmenter le taux d'hydratation de la peau de 16%**.

En salle d'accouchement, il s'avérera également très utile pour humecter la peau pendant le travail et offrir une pause fraîcheur à la future maman.



Flashez ce code et découvrez vite les multiples utilisations possibles du Brumisateur® evian® et les différents formats disponibles !

UTILISÉ EN
MATERNITÉ



Le compagnon essentiel de la toilette de bébé

Parce qu'il est de plus en plus souvent recommandé aux jeunes parents de procéder à la toilette du siège de leur nouveau-né avec un peu d'eau et du coton, Brumisateur® evian® sera très pratique au moment du change.

Avec un pH neutre et sans aucun additif, Brumisateur® evian®, est un outil de nettoyage pur et hypoallergénique parfait pour prendre soin de la peau délicate des bébés.

Chaque spray d'une seconde pulvérise plusieurs millions de micro-gouttelettes d'eau minérale naturelle evian®, qui, en plus d'hydrater sa peau, apportent au tout-petit un bien-être instantané tout en respectant son épiderme.

Posé à portée de mains sur la table à langer ou bien glissé dans la poussette, en cas de déplacement, Brumisateur® evian® deviendra bien vite le meilleur allié des jeunes parents !

Testé et approuvé !

100%* des parents testeurs estiment que Brumisateur® evian® permet un nettoyage efficace et en douceur, sans irriter la peau de bébé.

90%* des parents testeurs trouvent que la peau de leur bébé est plus saine, plus pure.

* Test de satisfaction mené auprès des parents de 10 bébés après 3 semaines d'application quotidienne visage et corps. Testé sous contrôle pédiatrique.

À noter dans vos agendas

• 24 avril 2015

La médecine de la femme - Marseille

2 congrès en une journée :

- Journée d'actualité en gynécologie obstétrique
- Journée méditerranéenne d'échographie

De nombreux sujets seront abordés au cours de cette journée très complète : Dépistage de la vaginose lors de la grossesse, Diagnostic prénatal non-invasif, infertilité et environnement, évaluation de la cicatrice utérine après césarienne...

↳ Plus d'informations sur www.atoutcom.com

• Du 30 avril au 2 mai 2015

9^e journées Franco – Marocaines de gynécologie obstétrique et fertilité - Marrakech

L'édition 2015, est présidée par le Professeur René Frydman, et toujours sous l'égide de la très active Société Royale Marocaine de Gynécologie Obstétrique. Un congrès pour apprendre, enseigner, et échanger entre médecins et sages-femmes.

↳ Plus d'informations sur www.lesjfm.net

• Du 20 au 22 mai 2015

43^e Assises nationales des sages-femmes, 27^e Session Européenne - Lyon

Des tables rondes autour des grossesses prolongées, des compétences relationnelles, ou de l'hémorragie du post-partum et des ateliers pratiques sur la réanimation du nouveau-né, l'échographie ou la contraception.

↳ www.cerc-congres.com

• 1^{er} juin 2015

Journée à thème du collège national des sages-femmes de France - Paris

Positionnement des sages-femmes dans le parcours de soins

« Faire que le patient bénéficie des meilleurs soins, dans la structure la plus adaptée, au bon moment, par le bon professionnel, au meilleur coût ».

↳ Plus d'informations sur www.cnsf.asso.fr

• Du 18 au 20 juin 2015

21^e JPECHO – Journées Parisiennes d'Echographie - Paris

Ces journées traiteront, entre autres, de l'infertilité et du compte-rendu d'échographie comme aide à la décision thérapeutique, de la pathologie intra thoracique, et proposera des ateliers pratiques variés.

↳ Plus d'informations sur www.jpecho.com



DÉCOUVREZ

www.**PAROLE DE SAGES-FEMMES.com**

Aux côtés des futurs et nouveaux parents

Parole de sages-femmes, c'est le magazine trimestriel gratuit dédié à la profession mais c'est aussi un site Internet très pratique !

Les futurs et jeunes parents pourront y retrouver toutes les réponses aux questions qu'ils se posent sur la grossesse, la préparation à la naissance, l'accouchement ou bien encore l'arrivée de bébé. Rassurés, ils pourront bénéficier, grâce à ce site, de conseils de sages-femmes expérimentés. **Mais www.paroledesagesfemmes.com, c'est également un site pratique pour vous, les professionnels !** Vous pourrez consulter en ligne tous les numéros déjà parus de votre magazine *Parole de sages-femmes*, échanger

avec des collègues sur un forum dédié et protégé ou encore contacter la rédaction pour prendre la parole dans nos pages.

Ce magazine et ce site sont plus que jamais les vôtres : n'hésitez pas à nous contacter pour intervenir sur un sujet qui vous tient à cœur, nous poser vos questions ou encore relayer vos combats !

À très vite sur www.paroledesagesfemmes.com !



Les premiers ateliers pratiques Toshiba dédiés aux Sages-femmes échographistes

Samedi 19 Septembre 2015 à Paris



Formation exclusivement dédiée aux Sages-Femmes échographistes. Animée par un expert en échographie obstétricale, le Docteur Philippe Saada.

Programme :

- Bases des réglages machine en fonction des situations
- Echographies T1 « Live » : 2 patientes, l'une vers 9 SA et l'autre à 13 SA.
- Biométrie Foetale; Utilisation du Doppler avec analyse spectrale.
- Techniques d'obtention des coupes pour un examen systématisé.
- Ateliers Pratiques sur Patientes (1h30)

Déjeuner

- Le bilan morphologique foetal au 2ème trimestre.
- Ateliers Pratiques sur Patientes (1h30)
- Le bilan morphologique foetal au 3ème trimestre
- Ateliers Pratiques sur Patientes (1h30)

Informations complémentaires et inscriptions :

Toshiba Medical France
Mélanie Augais
melanie.augais@toshiba-medical.eu

Tarif de la journée de formation :
200 € incluant le déjeuner

4 machines à votre disposition
Atelier limité à 16 participants pour
favoriser la pratique sur échographes



ULTRASONS SCANNER IRM X-RAY SERVICES www.toshiba-medical.fr

Xario est un dispositif médical d'imagerie diagnostique ultrasonore de classe IIa destiné à être utilisé par un professionnel de santé qualifié. Xario est adapté au diagnostic ultrasonore adulte, pédiatrique et néonatal, et dispose de nombreux modes de visualisation qui lui permettent de répondre à tout type d'applications, en particulier : Imagerie générale (abdomen, parties molles, endocavitaire...), Gynécologie, obstétrique, Cardiologie, Vasculaire. Evaluation de la conformité CE par l'organisme de certification TÜV Rheinland (0197). Fabriqué par TOSHIBA MEDICAL SYSTEMS. Pour un usage correct du dispositif médical, nous vous invitons à lire attentivement les instructions fournies dans les manuels d'utilisation. Pour la situation au regard du remboursement par les organismes d'assurance maladie, consultez les modalités sur www.amei.fr



Oligobs®

Allaitement



DÈS L'ACCOUCHEMENT

→ **VITAMINES ET OLIGO-ÉLÉMENTS**
⊕ **OMÉGA 3 • LEVURES • ACIDES AMINÉS**

→ **1 comprimé ⊕ 1 capsule / jour**

Présentation : Étui 30 Comprimés + 30 Capsules



ENGAGÉ AUX CÔTÉS DE
TOUTES LES FEMMES.



CCD
Laboratoire de la Femme®

48 rue des Petites Écuries - 75010 Paris
www.laboratoire-ccd.fr