

10

QUESTIONS SUR LA VAGINOSE BACTÉRIENNE

DIU

TORDONS LE COU
AUX IDÉES REÇUES !

ÉTUDE

ET SI ON SE DONNAIT
PLUS DE 2 HEURES
À DILATATION
COMPLÈTE ?

MON MÉTIER

SE LANCER EN LIBÉRAL
TOUTES LES DÉMARCHES
À EFFECTUER

DOSSIER

L'HYPNOSE

- MIEUX CONNAÎTRE CETTE PRATIQUE
- L'HYPNOSE AU SERVICE DES PATIENTES
- L'HYPNOSE AU SERVICE DES SAGES-FEMMES

TOSHIBA

TOSHIBA
TRAINING
COMMUNITY

Partageons nos connaissances



LES 5 RAISONS

DE DEVENIR NOTRE PARTENAIRE PRIVILÉGIÉ.

» Performance

Le choix des référents de la profession comme garantie de la qualité de votre acquisition

» Simplicité

Une ergonomie adaptative vous permettant d'utiliser le potentiel de votre équipement en toute simplicité

» Accompagnement

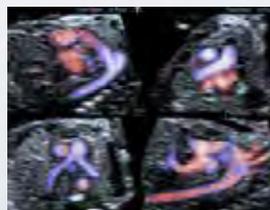
Une équipe d'ingénieurs d'application qualifiée pour un accompagnement personnalisé

» Formation

Un programme de formation, sous forme d'ateliers pratiques, dédié aux sages femmes

» Conseil

Un réseau d'ingénieurs commerciaux vous apportant un conseil dans vos projets de création d'activité ou de changement de matériel



Contactez-nous par email à
tmf.formation@toshiba-medical.eu

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

APLIO 500 (référence produit TUS-A500A) est un dispositif médical d'imagerie diagnostique ultrasonore de classe IIa destiné à être utilisé par un professionnel de santé qualifié. APLIO 500 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.ameli.fr. Date d'édition : Juin 2016.

« OPEN YOUR MIND »

Où en serions-nous si Fleming n'avait pas découvert (certes, par hasard) les antibiotiques ? Ou si les greffes n'étaient pas réalisables ? (La première greffe rénale a été réalisée, en 1954, par une équipe américaine). Les avancées de la science ont permis l'éradication de la variole, la diminution des cas de poliomyélite, l'augmentation de l'espérance de vie des malades séropositifs et bien d'autres progrès.

Les prouesses médicales ne cessent de se développer, pourtant face à ces savants acharnés de travail, le questionnement éthique surgit. Et ce progrès peut devenir « *comme une hache que l'on aurait mis dans les mains d'un psychopathe* » (Albert Einstein).

Finalement, ce progrès est notre évolution, avec ses côtés positifs et ses côtés plus sombres. Mais ces effets délétères ne sont-ils pas liés de l'usage que l'on en fait ? Bref...

Aujourd'hui, pour un mal : un traitement médicamenteux, voire plusieurs. Déception, révolte, insatisfaction, les patients s'inquiètent aussi de leurs effets. Si bien qu'ils se tournent vers d'autres voies : 4 français sur 10 font appel à des médecines alternatives (selon la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires). Que doit-on en penser ? Nier cette demande ou bien s'ouvrir, réfléchir à l'utilisation de ces médecines ?

Parole de Sages-Femmes a opté pour la réflexion et l'ouverture. Pourquoi pas des méthodes adjuvantes pour compléter les moyens de la médecine ? En gardant en tête qu'elles ne sont pas un moyen de remplacement qui exposerait à des erreurs, retard de diagnostic ou même des pertes de chance pour les femmes que nous suivons.

Voilà pourquoi après l'acupuncture, la sophrologie, nous avons consacré dans ce numéro un dossier sur l'hypnose à travers l'expérience d'un confrère sage-femme.

Bien sûr, d'autres sujets sont abordés dans ce magazine, nous vous laissons les découvrir.

Doris Nadel devait collaborer pour ce numéro d'été, malheureusement, elle nous a brutalement quittés. Nous sommes peinés de ne pas avoir eu l'occasion de rencontrer cette grande dame. Nos pensées se tournent vers sa famille et ses amis.

Prenez soin de vous et bonne lecture !

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

Si vous souhaitez vous exprimer, écrivez-nous à soniazibi.mayanegroup@gmail.com

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 17

3 Édito

ACTUS

5 Actus France :

Pass contraception : supprimé en Ile-de-France
PMA : les Françaises vont en Espagne !
Lutte contre l'alcoolisation fœtale : la France en retard

14 Actus Monde :

Maroc : La PMA mieux encadrée
Italie : Le Conseil de l'Europe s'inquiète de l'accès à l'avortement
Etats-Unis : L'Etat de New York instaure un congé de maternité rémunéré

16 À la loupe : Allaitement maternel la France progresse

RENCONTRE

18 Sages-femmes : acteurs fondamentaux dans la lutte contre la mortalité maternelle avec Michèle Rivière

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

20 Se lancer en libéral : les formalités administratives avant de s'installer

24 DIU : tordre le cou aux idées reçues avec Martin Winckler

28 Zoom sur la vaginose avec Marie Thérèse Belgy

ÉTUDE

30 Et si on se donnait plus de 2 heures à dilatation complète ? Avec Cécile Drey

32 Anecdotes de sages-femmes avec S. Coché

DOSSIER : L'HYPNOSE avec JD Henry

34 En savoir plus sur l'hypnose

37 L'hypnose au service des patientes

41 L'hypnose au service des sages-femmes

PROFESSION SAGE-FEMME

42 Entre pros : La diversification alimentaire

44 Dans ma bibliothèque de pro

46 A noter dans vos agendas

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Rédaction

Directrice de la publication
Leslie Sawicka

Directrice de la rédaction
Camille Ravier

Rédactrice en chef
Géraldine Dahan Tarrasona

Journalistes
Catherine Charles
Camille Ravier
Céline Gerbier
Marie Pays

Réalisation

Direction artistique
Matthieu Boz

Maquettiste
Nilay Cosquer

Photographies
Fotolia, Shutterstock, Wikipédia

Développement et partenariats

Sonia Zibi
soniazibi.mayanegroup@gmail.com
06 60 50 73 77

Remerciements :
Michèle Rivière
Dr. Martin Winckler
Marie-Thérèse Arcangeli-Belgy
Cécile Drey
Sylvie Coché
Jean-Daniel HENRY
Dr Fournier-Favre

Parole de sages-femmes est
édité par la SARL Mayane
Communication au capital
de 7 700 €
Siège social :
49 rue Marius AUFAN
92300 Levallois-Perret
RCS 75017 Paris B 479454829
Dépôt légal : 2016
ISBN : 978-2-9527526-2-6

Parole de sages-femmes
est un numéro spécial
de Parole de Mamans
à la Commission paritaire n°0619K88929

Mayane|group

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



PAROLE DE MAMANS academy



LA 1^{ERE} PLATEFORME D'E-LEARNING PARENTAL

Qu'est-ce que paroledemamans-academy.com ?

Paroledemamans-academy.com permet de bénéficier d'une information de qualité avec des **MOOCS** (cours sous forme de vidéos) **gratuits** animés par des experts de la santé reconnus sur les domaines qui intéressent vos patientes : nutrition grossesse, échographie, allaitement, santé et environnement, hygiène et soin, nutrition infantile, hydratation, ...

Paroledemamans-academy.com est là pour aider et accompagner afin de permettre d'aborder une nouvelle vie avec sérénité.

Les experts de paroledemamans-academy.com



Marc Bellaïche
GASTRO-PÉDIATRE



Catherine Bergerel Emselk
PSYCHANALYSTE



Clarence de Bellovsky
DERMATOLOGUE



Ernie le Carreres Vasseur
INFIRMIÈRE PUÉRICULTRICE



Catherine Dollo
MÉDECIN HAPHTHÉRAPEUTE



Mylène Dubuc
AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE



Franck Dugravier
PÉDIATRE



Romain Dugravier
PÉDOPSYCHIATRE



Patricia Gonzales
AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE



Gilles Grangé
GYNÉCOLOGUE ÉCHOGRAPHISTE



Delphine Guillaume
CONSEILLÈRE EN LACTATION



Sophie Guillaume
SAGE-FEMME



Gérard Héluin
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN



Harry Jorgan
PSYCHANALYSTE



Sylvia Gaudel
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIENNE



Dominique Leyronnas
PÉDIATRE



Sophie Marinopoulos
CHOLIQUE, PSYCHANALYSTE



Philippe Meicler
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN



Frédérique Teunier
SAGE-FEMME



Christine Van Egroo
MÉDECIN NUTRITIONNISTE



WWW.PAROLEDEMAMANS-ACADEMY.COM



L'épisiotomie :

ETAT DES LIEUX

SI L'ÉPISIOTOMIE A POUR OBJECTIF INITIAL DE RÉDUIRE LES LÉSIONS PÉRINÉALES SÉVÈRES ET RÉDUIRE L'ASPHYXIE NÉONATALE POUR RACCOURCIR LA DURÉE DE L'ACCOUCHEMENT, IL N'EN RESTE PAS MOINS QUE LES DONNÉES DE LA SCIENCE ONT CONTRIBUÉ À FAIRE ÉVOLUER NOS PRATIQUES PROFESSIONNELLES.

PAR G. DAHAN-TARRASONA

Dans les années 80-90, l'épisiotomie était fréquente dans les pays occidentaux, surtout chez les primipares. Au bout du compte, était-elle toujours justifiée ? La science nous a éclairés et des études de 2000 et 2009 nous ont prouvé que non : une pratique systématique de l'épisiotomie ne réduisait ni les lésions périnéales, ni même la morbidité néonatale. Au vu de ces résultats, le CNGOF a proposé en 2005 de réduire cette pratique. Le taux d'épisiotomie a alors chuté de manière importante en France, passant de 71% chez les primipares en 1998-1999 à 44% en 2010 et une moyenne de 51% réduite à 27%. Néanmoins, on observe des disparités importantes entre les maternités. Une étude de 2007 portant sur les centres hospitalo-universitaires évoquait des taux de 3,6% allant jusqu'à 61,7%. En 2010, la maternité de Besançon présentait un taux d'épisiotomie de 1 % avec plus de périnées intacts et de déchirures sans gravité. Attitude interventionniste ou pas, expérience ou par soucis de pratiquer une

médecine fondée sur des preuves, autant de facteurs qui pourraient expliquer une telle hétérogénéité.

Un peu plus de 10 ans après les recommandations du CNGOF, les professionnels se sont perfectionnés, grâce à la science mais aussi grâce aux usagers. L'harmonisation des pratiques reste cependant à améliorer tout comme d'ailleurs la demande de consentement : selon une enquête du CIANE de 2010, dans 85% des cas, le consentement n'est pas demandé.

Sources:

Carroli G., Belizan J. *Episiotomy for vaginal birth (Review)*. The Cochrane Collaboration Cochrane Library 2000; (2) : CD000081

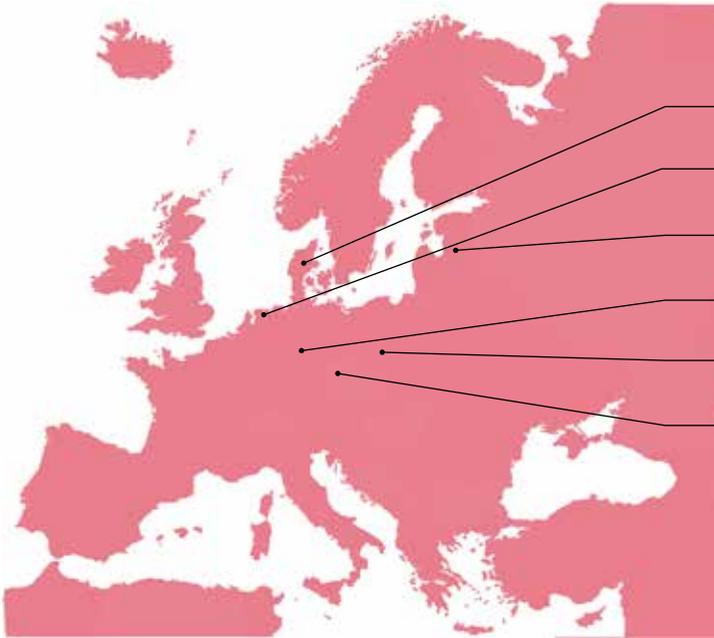
Carroli G., Mignini L. *Episiotomy for vaginal birth (Review)*. The Cochrane Collaboration Cochrane Library 2009; (1) : CD000081

l'Enquête périnatale 2010 (Inserm, DGS, DREES; 2011)

Mangin M., Ramanah R., Aouar Z., Courtois L., Collin A., Cossa S. et al. *Données 2007 de l'extraction instrumentale en France : résultats d'une enquête nationale auprès de l'ensemble des centres hospitalo-universitaires* J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010; 39 : 121-132

Recommandations du Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF; 2005).

ET AILLEURS ?



L'épisiotomie en 2010

- Danemark : **4,9%**
- Pays bas : 30,3%
- Lettonie : 19,8%
- Allemagne 27,7%
- Pologne : 67,5%
- République Tchèque : 51,2%
- Chypre : **75,5%**

Source : www.europeristat.com

L'ÉPISIOTOMIE N'EST PAS UNE FATALITÉ

EPI-NO *Delphine Plus* pour la préparation à l'accouchement et la récupération



Code commande : **Parole de Sages-Femmes 1303**

N° agrément SS : 77 260 273 6

E.M.F. Electronique Médicale de France
Distributeur exclusif France

58, rue Grande • 77130 LA GRANDE PAROISSE

Tél./Fax : 00 33 (0)1 60 96 24 13 E.mail : emf.epino@wanadoo.fr www.epi-no.fr





MIEUX CONNAÎTRE L'ÉTAT DE SANTÉ DES FEMMES ET DES NOUVEAU-NÉS

Le ministère de la Santé, en partenariat avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), ont lancé une vaste enquête nationale dont l'objectif est de mieux connaître l'état de santé des femmes et de leurs nouveau-nés, d'évaluer la qualité de la prise en charge et de mesurer les facteurs de risque périnatal. L'enquête s'intéresse plus particulièrement aux femmes en situation de précarité et à la prévention des facteurs de risque pendant la grossesse (vaccinations, consommation d'alcool et de tabac, entretien prénatal précoce...); aux grossesses à bas risque et sur la prise en compte des souhaits des femmes quant au déroulement de leur accouchement. Elle porte sur toutes les naissances du 14 mars

au 20 mars 2016 (minuit), dans toutes les maternités et les maisons de naissance, en métropole et dans les départements et régions d'outre-mer, soit près de 16 000 naissances. L'organisation de l'enquête est assurée par le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de chaque département ou le réseau de santé en périnatalité. Pour chaque naissance, une sage-femme a recueilli des données à partir du dossier médical et d'un entretien proposé à la mère après son accouchement. Les premiers résultats seront publiés au cours de l'année 2017 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'Inserm.

Plus d'info. : www.inserm.fr

NOURRISSONS HOSPITALISÉS : UN GUIDE POUR LES PÈRES

Le guide *L'hospitalisation du nouveau-né*, côté père, publié par l'association SOS Préma et destiné aux pères dont le nouveau-né est hospitalisé, a pour objectif d'apporter un soutien et des réponses aux multiples questions que pose la naissance d'un bébé suivie de son hospitalisation ainsi que des outils de décryptage pour les pères vivant cette période difficile.

Distribué jusqu'en septembre 2016 dans les services de néonatalogie, ce guide de 36 pages, aborde différents thèmes, tels que le service de néonatalogie, la prématurité, le père et son bébé, le père et sa compagne ou encore comment trouver de l'aide. A cette occasion, l'association rappelle que chaque année en France environ 75 000 nouveau-nés sont hospitalisés, dont 60 000 prématurés.

Plus d'info. : www.sosprema.com

UNE CAMPAGNE POUR PRÉVENIR LA MORT SUBITE DU NOURRISSON

Pour rappeler aux jeunes parents le bon geste pour coucher leur bébé et prévenir la mort subite du nourrisson (MSN), les médecins des maternités de Rouen et ses alentours ont mis en place une campagne d'information encourageant le couchage sur le dos. Celle-ci comprend la diffusion de bodies dans les maternités de chaque établissement. Cette année, 5 000 bodies estampillés du message "*Je dors sur le dos, je jouerai sur le ventre*" seront offerts aux jeunes parents. Selon l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), si le nombre de MSN a fortement chuté ces vingt dernières années, la France enregistre néanmoins chaque année plus de 250 décès.

LUTTE CONTRE L'ALCOOLISATION FŒTALE : LA FRANCE EN RETARD

La France accuse un retard important, notamment par rapport aux pays anglo-saxons, dans l'information, la prévention et la prise en charge de l'alcoolisation fœtale, selon l'Académie nationale de médecine. L'Académie rappelle que le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) chez les bébés concerne au moins 1% des naissances, soit environ 8000 nouveau-nés par an, et que 20% des Français ignorent les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Dans son rapport, elle estime que l'alcoolisation fœtale doit être considérée comme une maladie chronique qui impose une surveillance et des contrôles chez les femmes enceintes. Parmi ces recommandations, l'Académie souhaite que le SAF soit déclaré "Grande Cause nationale" et confronter les pouvoirs publics à l'importance des conséquences sociales et humaines du SAF comparées aux bénéfices économiques du commerce de l'alcool. L'Académie demande également une meilleure mise en valeur du logo "Zéro alcool pendant la grossesse" notamment en l'agrandissant ; la mise en place d'un vaste plan d'information à destination des femmes en âge de procréer et du grand public ; la création d'un plan de formation de tous les professionnels de santé impliqués dans la naissance ; l'instauration d'une politique de prévention ou encore l'inscription des "effets de l'alcool au cours de la grossesse" dans les programmes scolaires.

Plus d'info. : www.academie-medecine.fr

UN LIVRET POUR RASSURER LES FUTURS ET JEUNES PARENTS

La ministre des Familles, Laurence Rossignol, a lancé *Le livret des parents*, réalisé en partenariat avec la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) et envoyé à tous les futurs parents entre le 4ème et le 5ème mois de grossesse. D'une quinzaine de pages, il a pour objectif de "rassurer et déculpabiliser les parents et insiste sur la parentalité. Il s'adresse aussi aux mères qui vivent seules leur grossesse", a souligné la ministre. Le livret propose des informations clés notamment en matière de prévention pendant la grossesse, de développement du bébé, de droits de l'enfant, de congés autour de la naissance, de prestations familiales, de lieux et sites web dédiés à l'accompagnement à la parentalité. Il aborde également les questions de l'épuisement des parents et des punitions corporelles en informant sur des lieux de soutien à la parentalité pour une éducation sans violence.

Plus d'info. : www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr

Le biberon S Ergonomique

permet d'éviter les coliques abdominales dès la naissance

N°1
DES MARQUES
POUR BÉBÉ

Avantages du biberon "S" de Difrax

- Système anti-coliques avec une arrivée d'air constante à partir de l'arrière du biberon pour éviter que le bébé puisse téter le biberon à vide.
- Tétine toujours remplie de nourriture et non pas d'air.
- Evite que l'air et le lait se mélangent pendant la tétée, ce qui permet de conserver les vitamines de manière optimale.
- Conçus par notre équipe R&D et validés par nos équipes médicales.
- L'air n'arrive pas dans le lait de votre bébé qui souffrira moins de crampes, de rejets ou d'oreilles douloureuses.
- La forme en S pour une position ergonomique pour le bébé et le parent.
- Hygiénique de pouvoir le démonter complètement pour le nettoyer.
- Résistante aux chocs et ne contient pas de Bisphénol A.
- Disponible en Natural et Wide.



UN MANIFESTE EN FAVEUR DE LA PMA

130 médecins et biologistes spécialisés dans la reproduction ont signé en mars dernier un manifeste en faveur de la procréation médicalement assistée (PMA) pour toutes les femmes. Dans une tribune publiée dans le quotidien *Le Monde*, ces médecins reconnaissent avoir aidé et accompagné des couples de femmes et des femmes célibataires dans leur désir de devenir parents en ayant recours à la PMA, une technique actuellement réservée aux couples hétérosexuels. Dans ce document collectif, mené par le Pr René Frydman, les médecins soulignent notamment qu'en termes de don d'ovocytes le système en vigueur en France ne permet pas de répondre à la demande (pas assez de donneuses). Ils souhaitent également pouvoir procéder à une analyse génétique encadrée des embryons avant leur implantation pour dépister d'éventuelles maladies graves. *"D'une façon générale plus de 60% des embryons que nous transférons ont des anomalies génétiques graves ou sont non-viables sur un plan métabolique"*, précisent les signataires. Ils demandent aussi que l'interdiction du don de sperme pour une femme célibataire soit levée ainsi que la création d'un véritable "Plan contre l'Infertilité", une nécessité dans la mesure où *"15% de la population en âge de procréer consulte"*. Ce plan permettrait notamment de développer une prévention de l'infertilité (âge, surpoids, tabac, alcool, drogue, environnement polluant...).

ACTIONS CONTRE LES MALTRAITANCES OBSTÉTRICALES

Le Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane) mène plusieurs actions contre les violences ou maltraitements obstétricaux ou gynécologiques, qui depuis deux ans connaissent un certain écho dans les médias et sur les réseaux sociaux. Ces actions portent sur l'amélioration de la connaissance de la maltraitance via une bibliographie compilant plus de soixante publications de travaux scientifiques récents classées par thème et mises à la disposition des chercheurs et du grand public sur son site web*. Pour faire reconnaître les droits des victimes, le Ciane organise par ailleurs des formations, à destination des associations, sur les voies de médiation et de recours ainsi que des échanges d'expérience sur l'accompagnement. *"Pour les victimes de maltraitance, c'est une première étape vers la résilience. Cette médiation a aussi pour objectif d'améliorer la qualité des soins au sein d'un établissement de santé"*, explique le Collectif. Enfin, la formation des professionnels reste un enjeu crucial pour la prévention des maltraitements, c'est pourquoi le Ciane contribue ponctuellement à l'enseignement dispensé aux futurs soignants. *"Renforcer la place des usagers dans la formation initiale et continue doit être une priorité afin que leur parole puisse amener une prise de conscience des professionnels sur les problèmes de maltraitance et leurs conséquences pour les personnes concernées"*, estime le Ciane en concluant que *"le suivi gynécologique ou de grossesse, les IVG et l'accouchement font partie intégrante de la vie des femmes. La maltraitance est inacceptable à chacune de ces étapes"*.

*Téléchargement sur : www.ciane.net - Rubrique publications : articles-et-interventions

D'ICI À 2030, LE NOMBRE DE SAGES-FEMMES DEVRAIT CROÎTRE DE PRÈS DE 2% PAR AN EN FRANCE

Au 1^{er} janvier 2015, la France comptait 21600 sages-femmes, un effectif en croissance régulière au cours des vingt dernières années. La densité de sages-femmes, c'est-à-dire les effectifs rapportés à la population des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans), a ainsi quasiment doublé sur la période pour atteindre 148 sages-femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer en 2015. Même si le salariat reste largement majoritaire, l'exercice libéral est en expansion, il concernait en 2015 plus du quart des sages-femmes (26%). Exclusivement féminine, avec 97% de femmes en

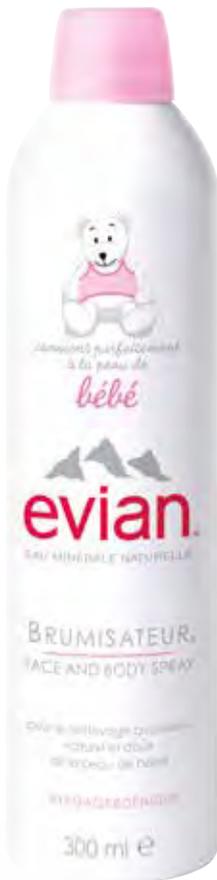
2015, cette profession est également relativement jeune puisque 52% des sages-femmes sont âgées de moins de 40 ans. Selon la Drees, le nombre de sages-femmes en activité devrait croître de près de 2% par an en France d'ici à 2030 et la densité de sages-femmes devrait augmenter dans les mêmes proportions. Par ailleurs, le développement déjà amorcé de l'exercice libéral devrait se confirmer : en 2030, une sage-femme sur trois devrait exercer sous cette forme.

Source : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees), février 2016

Brumisateur® evian®

L'allié au quotidien pour la toilette de bébé

Utilisé en
maternité



Brumisateur® evian® accompagne les femmes enceintes pour toutes les étapes de leur grossesse, et prend soin de leur peau sensible. De l'accouchement aux premiers pas de jeune maman, c'est un incontournable.

LA PURETÉ D'UNE EAU MINÉRALE UNIQUE

Sans traitement, l'eau minérale naturelle evian® bénéficie d'une pureté exceptionnelle et d'un équilibre minéral idéal. Pendant 15 ans, elle traverse un filtre naturel unique au coeur des Alpes qui assure ses propriétés remarquables. Pour garantir cet engagement, 300 contrôles sont effectués quotidiennement. Reconnue favorable à la santé par l'Académie Nationale de Médecine, l'eau minérale naturelle evian® est adaptée aux besoins de la future maman et du bébé.

LE RÉFLEXE DOUCEUR DES FUTURES ET JEUNES MAMANS

Du début de la grossesse à l'arrivée de bébé, Brumisateur® evian® sera le meilleur allié de la jeune maman à chaque instant. Utilisé pour se rafraîchir au quotidien, il permet en outre une augmentation du taux d'hydratation de la peau de 16%*. En salle d'accouchement, il s'avérera également très utile pour humecter son visage pendant le travail et lui offrir une pause fraîcheur.

L'INDISPENSABLE DE LA TOILETTE DE BÉBÉ

Le soin de la peau du bébé sera une des préoccupations principales de la jeune mère. Brumisateur® evian® s'avère alors particulièrement adapté au change, simplement appliqué avec du coton. Hypoallergénique et de pH neutre, il assure une toilette pure et naturelle qui préserve l'épiderme délicat du bébé. Sans additif, Brumisateur® evian® est le spray idéal pour le soin bébé. Il apporte hydratation, confort et bien-être.

TESTÉ ET APPROUVÉ !

100 % des parents testeurs evian® 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.

* 12h après la dernière application. Test instrumental effectué pendant 14 jours sur 20 volontaires à raison de 2 applications par jour.
** Test de satisfaction mené auprès des parents de 10 bébés après 3 semaines d'application quotidienne visage et corps. Test sous contrôle pédiatrique.



RAFRAÎCHIT & HYDRATE



DÉBARBOUILLE



NETTOIE LES FESSES EN DOUCEUR



PILULE DU LENDEMAIN : MODALITÉS SIMPLIFIÉES

Dans le cadre des dispositions de la loi de modernisation du système de santé, les modalités de délivrance de la pilule du lendemain dans les collèges et lycées par les infirmeries scolaires sont désormais simplifiées. Concrètement, la condition de "détresse" des élèves demandant une contraception d'urgence, jusqu'ici exigée par la loi, est supprimée. Cette décision permettra de réduire les délais d'accès à la pilule du lendemain et de faciliter le recours à celle-ci dans les établissements du second degré. Cette mesure "s'inscrit dans la continuité des décisions prises par Marisol Touraine", a précisé la ministre de la Santé.

RAPPEL DES MESURES MISEN EN PLACE DEPUIS 2012

- Moyens de contraception gratuits pour les mineures de plus de 15 ans et leur délivrance en pharmacie est confidentielle pour celles qui le demandent.
- Plus d'avances de frais pour les consultations ou les examens de biologie liés à la contraception.
- Contraception d'urgence gratuite pour les étudiantes et TVA sur les préservatifs à 5 % au lieu de 10 %.

A noter :

Avant cet été, le prix des actes liés à la contraception (consultations médicales de prescription et examens biologiques) des mineures de plus de 15 ans sera pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie et leur confidentialité sera assurée.

PASS CONTRACEPTION : SUPPRIMÉ EN ILE-DE-FRANCE

Le Conseil régional d'Ile-de-France a récemment décidé de supprimer le Pass contraception mis en place en 2011 et composé d'un chéquier comprenant des coupons pour des consultations médicales, des analyses médicales et la délivrance de contraceptifs. Destiné aux 15 et 16 ans, ce dispositif leur permettait d'accéder gratuitement et anonymement à la contraception et aux tests de dépistage. Valérie Péresse, présidente du Conseil régional d'Ile-de-France, a justifié cette décision par l'échec total de la mesure, selon elle 2000 Pass auraient été distribués en 5 ans dans la région, et aucun en 2015. Pour les associations féministes et du planning familial, cette décision est un véritable recul. Valérie Péresse a pour sa part indiqué qu'une réflexion sera engagée avec les associations pour la mise en place d'un nouveau dispositif plus efficace et plus adapté.

GROSSESSE ET TABAC : UNE INCITATION FINANCIÈRE POUR ARRÊTER DE FUMER

Afin d'évaluer l'impact d'une incitation financière sur le taux d'abstinence au tabac chez les femmes enceintes fumeuses, une étude nationale intitulée FISCP, organisée par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris avec le soutien financier de l'Institut National du Cancer, a été lancée le 25 mars dernier dans une quinzaine de maternités de France. D'une durée de 36 mois, l'étude prévoit,

jusqu'à l'accouchement, 3 à 5 consultations de tabacologie pour chaque femme enceinte de moins de 4 mois et demi et volontaire, ainsi qu'un rappel téléphonique dans les 6 mois qui suivent l'accouchement. Chaque visite effectuée sera récompensée par un bon d'achat d'un minimum de 20 €, valables dans un grand nombre d'enseignes (hors tabac et alcool). "Nous pensons que récompenser l'arrêt du tabac

par des incitations financières en forme de bons d'achat peut être une méthode efficace pour vous aider à arrêter de fumer", a souligné l'AP-HP en précisant qu'il n'existe pas de traitements vraiment efficaces pour aider les femmes enceintes fumeuses à arrêter de fumer.

Centre de Coordination :
Hôpital Universitaire Pitié
Salpêtrière à Paris
01.42.16.16.72 ou 01.42.16.16.78

DE NOUVELLES COMPÉTENCES POUR LES SAGES-FEMMES

Un décret de l'application de la loi santé publié le 5 juin 2016 élargit les compétences des sages-femmes. En effet, en application de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les sages-femmes pourront désormais réaliser des IVG médicamenteuses et vacciner l'entourage de la mère et du nourrisson, dès que l'arrêté révisant la liste des

médicaments que les professionnels peuvent prescrire aura été publié. Outre une étape importante dans l'histoire de la profession cette mesure vise aussi à faciliter l'accès des femmes à l'IVG et à améliorer la stratégie cocooning conformément aux recommandations du Haut Conseil de la santé publique.

www.legifrance.gouv.fr

topaze
va vous
SURPRENDRE!



POUR UN
CABINET
BIEN GÉRÉ

- > Logiciel Topaze
- > Lecteur Vital Act 3
- > Télétransmission Sesam Vitale
- > Dossier patient complet

19€
.00
/ MOIS TTC*

NOUVEAU

LE SUIVI DE
GROSSESSE !

”

www.topaze.com

N° Vert 0 800 629 926

@VCOMK



Québec : Des subventions pour l'achat de couches lavables

Pour lutter contre les déchets des couches jetables, qui représentent le troisième déchet en termes d'importance au Québec, 250 municipalités québécoises offrent désormais des subventions aux familles pour l'achat de couches lavables. Au Québec, où il existe aujourd'hui une trentaine d'entreprises de confection de couches lavables, 600 millions de couches jetables doivent être détruites chaque année.

Source : www.ici.radio-canada.ca



Etats-Unis : L'Etat de New York instaure un congé maternité rémunéré

L'Etat de New York a récemment instauré un congé maternité rémunéré, il devient ainsi le quatrième Etat américain à proposer ce type de congé après la Californie, le Rhode Island et le New Jersey. Le congé maternité, d'une durée de 12 semaines, sera rémunéré à hauteur des deux tiers du salaire de base, les trois autres Etats ne proposant aucun plus de 6 semaines de congés et une rémunération de 60 % du salaire de base. Le président américain Barack Obama s'est félicité de cette mesure, appelant le Congrès à élargir l'accès au congé maternité payé à toutes les américaines.



Italie : Le Conseil de l'Europe s'inquiète de l'accès à l'avortement

Le Conseil de l'Europe a épinglé pour la seconde fois l'Italie pour la mauvaise application de la loi qui autorise l'interruption volontaire de grossesse (IVG). L'organisation européenne a en effet jugé que les italiennes souhaitant un avortement faisaient encore face à trop d'obstacles. Conformément à la loi, les membres du personnel médical qui ne souhaitent pas participer à des IVG pour des raisons philosophiques ne sont pas obligés de le faire. Malheureusement, étant donné le nombre élevé de ces objecteurs de conscience, les structures médicales ne parviennent pas toujours à trouver assez de personnel pour assurer l'accès à l'IVG. Par ailleurs, les médecins qui pratiquent les avortements sont désavantagés "en termes de charge de travail, d'obtention de poste et d'opportunités professionnelles". Selon le dernier rapport annuel sur l'application de la loi 194, écrit en 2013, sept médecins sur dix sont objecteurs de conscience en Italie, avec une proportion de plus de 80 % chez les gynécologues de huit régions. Une tendance répartie dans tout le pays, puisque les gynécologues acceptant de pratiquer les IVG sont seulement 6,7% en Molise, 12,4% en Sicile, 19,3% dans le Lazio (région de Rome) et 7,1% dans la province de Bolzano.

La loi sur l'IVG n'est donc applicable que dans 6% des centres médicaux du pays.

Un problème qui se pose dans d'autres pays européens où l'avortement est légal, notamment au Portugal, où il est presque impossible de se faire avorter. En Pologne, des associations anti-avortement, appuyées par l'Eglise, ont proposé au parlement de durcir les règles d'accès à l'avortement, déjà très restreintes. Selon leur proposition, l'IVG serait interdite également en cas de viol ou de malformation du fœtus ; elle serait uniquement autorisée pour préserver la vie de la mère. Le texte porterait aussi la peine maximale pour la personne qui pratique l'avortement à 5 ans de prison, contre 2 ans actuellement. En Russie, un député du Parti libéral-démocrate a récemment fait une proposition de loi suggérant d'offrir 3.700 € à chaque femme qui acceptera de mener sa grossesse à terme et confiera son bébé à l'Etat. "A l'heure actuelle, seuls 20 % des femmes qui souhaitent avorter y renoncent. Cette stimulation financière pourrait peut-être améliorer ces statistiques", a déclaré le député au sujet de son projet de loi en précisant que cette offre "permettrait de donner une chance de vie aux nourrissons tout en boostant la natalité du pays".

Plus d'infos : www.elacta.eu

Fécondité dans le monde

Le taux de fécondité à l'échelle mondiale était de 2,5 enfants par femme en 2015. Avec 4,7 enfants par femme l'Afrique affiche le taux le plus élevé, suivie de l'Asie, l'Amérique Latine, les Caraïbes (2,2) et de l'Europe (1,6). Le Moyen-Orient et l'Afrique de l'Ouest se démarquent par une forte fécondité de plus de 5 enfants par femme, tandis que l'Asie de l'Est, l'Europe de l'Est et l'Europe du Sud affichent un taux de fécondité très faible avec moins de 1,6 enfant par femme. Selon les prévisions de l'Organisation des Nations Unies, le taux de fécondité mondial devrait diminuer pour se situer à 2,4 enfants par femme en 2030 et à 2,2 en 2050. En Afrique il devrait atteindre 3,9 enfants par femme en 2030 et 3,1 en 2050. Le taux de fécondité devrait légèrement baisser dans toutes les autres régions, sauf en Europe et en Amérique du Nord où il devrait légèrement progresser.

Source : Organisation des Nations Unies -
Rapport : World Fertility Patterns 2015

Algérie : Multiplication inexplicée du nombre des césariennes

Près de 50% des naissances ont lieu par césarienne en Algérie, provoquant ainsi un risque élevé de mortalité pour la mère et l'enfant. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le taux de césarienne idéal dans un pays se situe entre 5% et 15%. L'augmentation de la proportion d'accouchements par césarienne observée en Algérie durant la dernière décennie est préoccupante, estiment les spécialistes qui tirent la sonnette d'alarme.

Source : www.radioalgerie.dz

Australie : Une initiative généreuse

Dans la ville de Willoughby, située dans la banlieue de Sydney, le Willows Café and Wine Bar offre une place et une tasse de thé aux mamans qui souhaitent allaiter tranquillement leur bébé. Cette initiative mise en place depuis 2015 a été relayée récemment sur le compte Facebook de Carolyn Hastie, sage-femme et maître de conférences à la Southern Cross University. Par ailleurs, en février dernier, le gouvernement australien a autorisé les députées qui le souhaitent à allaiter leur bébé au Parlement.

Source : édition australienne du site d'information www.mashable.com

Maroc : La PMA mieux encadrée

Présenté par le ministre de la Santé, le projet de loi relatif à la procréation médicalement assistée, visant à renforcer l'aspect juridique national dans le domaine des sciences médicales et des techniques biomédicales, a été adopté par le gouvernement. Le projet permet également de définir les principes généraux régissant la PMA, notamment "le respect de la dignité des personnes et la préservation de leur vie, de leur sécurité physique et morale et de leur vie privée" a souligné le ministre. Les établissements de santé, les centres privés et les professionnels devront disposer d'une accréditation pour pouvoir pratiquer les techniques de la PMA limitée aux couples mariés en vie qui auront donné leur consentement par écrit. Toutes techniques de PMA non réglementées et non reconnues légalement dans le royaume seront interdites. Au Maroc, 825 000 personnes seraient touchées par l'infertilité, soit près d'un couple sur huit. Un problème de santé public qui n'est cependant pas reconnu comme une vraie pathologie et n'est donc pas pris en charge par les assurances privées et les autorités.

Source : édition marocaine du Huffington Post



À la loupe :

ALLAITEMENT MATERNEL : LA FRANCE PROGRESSE

EN 2013, LA PART DES NOURRISSONS ALLAITÉS À LA NAISSANCE S'ÉLEVAIT À 66 % EN MÉTROPOLÉ ET 85 % EN MOYENNE DANS LES DÉPARTEMENTS ET RÉGIONS D'OUTRE-MER (HORS MAYOTTE), SELON LES DERNIÈRES DONNÉES PUBLIÉES PAR LA DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES).

Catherine Charles

UN TAUX DE PROGRESSION INFÉRIEUR À NOS VOISINS EUROPÉENS

La part des enfants allaités à la naissance en France a beaucoup progressé entre la fin des années 90, où elle était inférieure à 55%, et la seconde moitié des années 2000 où elle dépasse 65%. Ce niveau est cependant très inférieur à ceux observés dans la majorité des pays voisins européens, notamment dans

les pays scandinaves où plus de 95% des enfants sont allaités à la naissance. Le cas des pays nordiques montre qu'une politique de protection sociale des familles peut favoriser l'allaitement, à condition que la "culture" de l'allaitement soit bien ancrée et que le système social le permette, souligne la Drees en précisant que "le fort taux d'allaitement des femmes scandinaves s'accompagne

de congés parentaux longs (environ un an) avec un allaitement maternel souvent perçu comme une obligation sociale". En Europe, l'Irlande fait, en revanche, exception avec un taux d'initiation de l'allaitement inférieur à 50% en 2009.

DE FORTES DISPARITÉS SELON LES DÉPARTEMENTS

Avec davantage d'enfants allaités en Ile-de-France, dans l'est de la France et dans les départements et régions d'outre-mer (hors Mayotte). Certains départements du nord (Aisne, Somme, Pas-de-Calais) et du centre de la France (Cantal, Allier) affichent pour leur part des taux inférieurs à 50%.

UN SEVRAGE TRÈS PRÉCOCE

Le sevrage en France est très précoce et continu dans le temps. Ainsi, la part des enfants allaités, de façon exclusive ou mixte, n'est plus que de 50% à 5 semaines, 40% à 11 semaines, 30% à l'âge de 4 mois et 18,5% à 6 mois. La durée moyenne d'allaitement maternel est de 19 semaines, avec une médiane située entre 15 et 16 semaines.

UN CHOIX LIÉ À DIFFÉRENTES CARACTÉRISTIQUES

Différentes caractéristiques interviennent dans le choix de l'allaitement dès la naissance, telle que la situation professionnelle de la mère : 74% des femmes cadres allaitaient

« Le fait d'être très jeune, d'avoir eu une césarienne ou une naissance prématurée apparaît également comme un frein à l'allaitement »

leur enfant à la naissance en 2013, contre 51% des ouvrières, 61% des employées et 69% des professions intermédiaires. Le niveau d'études joue également fortement, avec 71% des femmes diplômées de l'enseignement supérieur allaitant leur enfant, contre 55% des femmes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat. Le fait d'être le premier (ou le seul) enfant né augmente la probabilité d'un allaitement maternel : 65% des enfants de premier rang sont allaités, contre 63% des enfants suivants. Le fait d'être très jeune, d'avoir eu une césarienne ou une naissance prématurée apparaît également comme un frein à l'allaitement, alors qu'à l'inverse les femmes ayant pris de l'acide folique allaitent plus souvent, ces dernières "*planifiant peut-être davantage leur grossesse et issues sans doute plus souvent d'un milieu plus aisé*", précise l'étude. Enfin, le taux d'allaitement était en moyenne de 67% en 2013, chez les mères de 30 ans ou plus, contre 61% chez les moins de 30 ans.



→ 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

QUA/LA/P 001-01/2015

SAGES-FEMMES :

ACTEURS FONDAMENTAUX

DANS LA LUTTE CONTRE

LA MORTALITÉ MATERNELLE

SELON L'OMS, LE RISQUE DE DÉCÈS MATERNEL SUR LA DURÉE DE LA VIE, C'EST-À-DIRE LA PROBABILITÉ QU'UNE JEUNE FEMME DÉCÈDERA UN JOUR D'UNE CAUSE LIÉE À LA GROSSESSE OU À L'ACCOUCHEMENT, EST DE 1 SUR 4 900 DANS LES PAYS DÉVELOPPÉS, CONTRE 1 SUR 180 DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT. NOTRE RENCONTRE AVEC MICHÈLE RIVIÈRE A NOTAMMENT PERMIS DE FAIRE LE POINT SUR LES MOYENS POUR RÉDUIRE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Propos recueillis par Catherine Charles

En France, 254 décès maternels ont été identifiés entre 2007 et 2009, selon l'Inserm, ce qui représente 85 femmes décédées par en France, d'une cause liée à la grossesse, à l'accouchement ou à leurs suites, donnant ainsi un taux de mortalité maternelle de 10,3 pour 100 000 naissances vivantes. Selon les régions de France, les taux varient : le taux de mortalité maternelle est plus élevé que la moyenne nationale dans les départements d'outre-mer (32,2 pour 100 000) et en Ile-de-France (12,5 pour 100 000). La région de décès, l'âge et la nationalité maternels sont les principaux facteurs individuels identifiés comme liés à la mortalité maternelle, ainsi que l'obésité et la prématurité. Parmi les premières causes obstétricales de décès, l'Inserm cite les hémorragies obstétricales qui représentent 18% des décès, puis, ce qui est relativement nouveau, les embolies pulmonaires (11%) et les complications de l'hypertension (9%). Le grand changement concerne le pourcentage des hémorragies du

post-partum qui a diminué de moitié depuis le dernier rapport : 8% soit 1,9/100 000 en 2004, contre 16% soit 2,5/100 000 en 2006. "Un résultat encourageant, probablement dû à la mobilisation des professionnels depuis plusieurs années", souligne l'Inserm.

3 questions

à Michèle Rivière

Michèle Rivière est Directrice des écoles de sages-femmes de l'AP-HP et membre du Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF). Après avoir exercé en tant que sage-femme clinicienne, Michèle Rivière a occupé des fonctions d'encadrement et d'enseignante. Elle a participé à plusieurs missions humanitaires portant sur des actions de formation. Par ailleurs, lors de la 5^e Journée Humanitaire sur la Santé des Femmes dans le Monde, organisée le 11 mars dernier par l'ONG Gynécologie sans frontière, Michèle Rivière a animé une table ronde portant sur le thème : "De nouveaux outils dans la réduction de la mortalité materno-infantile."

« Il faut agir sur le pourcentage de soins non-optimaux en poursuivant les démarches de sensibilisation et de formation, tant initiale que poursuivent les soignants, et en tout premier plan les sages-femmes. »

PDSF : Quel regard portez-vous sur la mortalité maternelle aujourd'hui en France ?

Michèle Rivière : Aujourd'hui avec les moyens techniques dont nous disposons, il est impensable de mourir en donnant la vie. Et pourtant, le taux de 10,3 décès pour 100 naissances nous le rappelle. Grâce à la mise en place d'un Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle en 1995, nous avons pu nous doter d'un outil d'analyse et de compréhension de cet indicateur. L'objectif principal de ce comité est de "mieux comprendre pour mieux prévenir". Le taux de mortalité est globalement stable et comparable à celui de nos voisins européens disposant d'un système d'analyse tel que le nôtre. Cependant, le rapport publié par l'Inserm en 2013 a permis de mettre en évidence des résultats encourageants que vous évoquez, concernant la diminution du nombre de décès liés aux hémorragies du postpartum, ainsi que la diminution des soins non-optimaux. Même si des améliorations ont été constatées, les actions menées sont à poursuivre, en particulier dans les départements d'Outre-mer et en Île-de-France. Le nombre de décès, plus important en Île-de-France est à corréliser au nombre de naissances. Dans les départements d'Outre-mer, où le nombre de naissances est moindre, ce sont les conditions socio-économiques et la disparité des soins qui expliquent en partie ces chiffres.

PDSF : Selon vous, quels moyens simples pourraient être mis en place rapidement pour faire baisser le taux de mortalité maternelle en France ?

Michèle Rivière : Il faut agir sur le pourcentage de soins non-optimaux en poursuivant les démarches de sensibilisation et de formation, tant initiale que poursuivent les soignants, et en tout premier plan les sages-femmes. La formation à la prise en charge de l'hémorragie du postpartum est toujours d'actualité, d'autant plus que de nouveaux outils, comme la simulation haute-fidélité, ou les "serious games" permettent d'appréhender, non seulement les gestes, mais aussi la chronologie de la prise en charge. Un autre levier consiste à renforcer les démarches de

prévention et d'évaluation des risques avant, pendant et après la grossesse. Là aussi, les sages-femmes sont des acteurs fondamentaux : ce sont elles qui voient les femmes en consultation, à domicile et elles sont les premières à pouvoir signaler toute situation pathologique. Je pense en particulier aux risques thrombotiques chez les accouchées.

PDSF : Quel message souhaitez-vous faire passer aux pouvoirs publics ?

Michèle Rivière : Nous revenons à l'accès aux soins facilités pour toutes les femmes. Par conséquent, la création et le développement de postes de sages-femmes en consultations prénatales dans les structures hospitalières, dans les services de protection maternelle et infantile ou les maisons de santé pluridisciplinaires permettraient d'augmenter la couverture de surveillance des femmes, avant ou pendant les grossesses, donc de dépister les situations à risque (âge, origine géographique, pathologie préexistante...). Il faut aussi pouvoir assurer une formation initiale et continue avec les moyens cités plus haut, car ils sont très coûteux. Rappelons également que ce sont les régions qui financent le fonctionnement des écoles de sages-femmes, et que le développement professionnel continu est une obligation légale et déontologique pour toute sage-femme. Au final, les moyens pour réduire la mortalité maternelle relèvent non seulement de facteurs techniques, mais aussi de facteurs politiques.



épisode

#2

Se lancer en libéral

LES FORMALITÉS ADMINISTRATIVES AVANT DE S'INSTALLER

APRÈS LE TÉMOIGNAGE DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES DANS LE PRÉCÉDENT NUMÉRO, VOUS RETROUVerez DANS LES PDSF À VENIR DES CONSEILS, DES ASTUCES POUR FACILITER VOTRE INSTALLATION LIBÉRALE. ON ABORDE ICI LES FORMALITÉS ADMINISTRATIVES À NE PAS OUBLIER AVANT SON INSTALLATION.

→ J'INFORME LE CONSEIL NATIONAL DE DE L'ORDRE

- 1 J'adresse au Conseil National de l'Ordre, après les avoir dûment remplies, la « déclaration d'installation libérale » et la « fiche de changement de situation ».
- 2 Dès réception des formulaires, sauf dans l'hypothèse où l'installation nécessiterait une autorisation du conseil départemental, le Conseil National intégrera les informations déclarées au RPPS et vous adressera l'« attestation d'installation libérale » pour procéder à l'enregistrement auprès de la CPAM.
- 3 Le Conseil National transmettra simultanément auprès du conseil départemental : la fiche de « renseignements relatifs à l'installation libérale » et la « fiche d'installation libérale » qu'il devra retourner au Conseil National en mentionnant sa décision sur cette installation.
- 4 Le conseil départemental procédera à l'examen des conditions de l'installation. Il faudra lui communiquer le contrat (contrat d'association, bail professionnel...).
- 5 Le conseil départemental retournera au Conseil National la fiche d'installation libérale, en précisant les éventuelles objections à votre installation ou s'il vous a accordé son autorisation.

→ J'INFORME L'ASSURANCE MALADIE (CPAM) POUR LE CONVENTIONNEMENT ET L'AFFILIATION

L'enregistrement de l'activité auprès de l'Assurance maladie permettra aux patientes d'obtenir les remboursements des actes effectués. L'affiliation permet aussi de bénéficier d'un régime de protection sociale comme celui des salariés (sauf en ce qui concerne les indemnités journalières) et une prise en charge d'une partie des charges sociales par les caisses d'assurance maladie. En contrepartie, la/le sage-femme devra respecter les tarifs conventionnels définis dans le cadre des accords conclus avec les syndicats professionnels.

Il est impératif que l'activité libérale soit intégrée au RPPS pour obtenir des feuilles de soins pré-identifiées à son nom ainsi que pour la délivrance de la carte CPS (Carte de Professionnel de Santé), nécessaire à la

S'il y a une objection, il vous informera par courrier des motifs qui ont justifié cette décision et des dispositions à prendre pour que le projet d'installation libérale soit conforme aux obligations professionnelles. Dans les cas où une autorisation vous serait nécessaire (cabinet multi-site, installation dans des locaux commerciaux ou dans le même immeuble qu'une autre sage-femme), le conseil départemental vous notifiera par courrier sa décision. En cas de refus, il vous indiquera les éventuelles voies de recours. L'autorisation accordée, le Conseil national intégrera les informations dans le RPPS et vous adressera l'« attestation d'installation libérale ».

Le RPPS en résumé

Le RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé) est l'identifiant qui suivra le professionnel tout au long de sa vie professionnelle, quel que soit son mode d'exercice. Il constitue une base de données et un système d'échanges qui répertorie l'ensemble des professionnels de santé. Son rôle est de faciliter et fiabiliser le partage d'informations certifiées entre les différents organismes chargés de gérer les professionnels de santé (Ordres, caisses d'assurance maladie, ARS...).

télétransmission des feuilles de soins électroniques. Ce n'est donc qu'à cette condition que l'enregistrement auprès de la CPAM peut être effectué. L'accessibilité au conventionnement dépend de mesures d'incitation ou de conditions spécifiques (dispositif de rééquilibrage de l'offre de soins des sages-femmes sur le territoire national relatif à l'avenant n°1 du 9 janvier 2012). Si le professionnel envisage d'exercer en libéral dans une zone classée comme « sur dotée » par l'agence régionale de santé (ARS), la CPAM du lieu d'exercice examinera la demande. En tout cas, avant de formaliser l'installation mieux vaut contacter la CPAM du futur lieu d'exercice afin de savoir si le conventionnement est envisageable avec l'Assurance maladie ou s'il est possible de bénéficier de mesures incitatives.

EN PRATIQUE

- Je prends rendez-vous avec la CPAM du lieu d'exercice. Le conseiller de l'Assurance Maladie indiquera la liste des pièces justificatives nécessaires à présenter lors de cet entretien c'est à dire : L'attestation d'installation libérale délivrée par l'Ordre, la carte Vitale ou l'attestation Vitale et un rib
- Le jour de l'entretien, le conseiller de l'Assurance Maladie vérifiera les pièces justificatives, puis il instruira votre dossier d'installation :
 - Il vous remettra la convention nationale des sages-femmes et vous proposera d'y adhérer.
 - Il enregistrera votre dossier d'installation dans le référentiel de l'Assurance Maladie.
 - Il commandera des feuilles de soins pré identifiées à votre nom.
 - Il effectuera avec vous les formalités d'inscription à l'URSSAF (Union Recouvrement Sécurité Sociale Allocations Familiales), selon des modalités qui peuvent varier en fonction des accords passés avec la caisse d'Assurance
 - Il procédera (sous réserve que vous ayez signé votre adhésion à la convention nationale des sages-femmes) à votre affiliation au régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.



→ J'IMMATRICULE MA SOCIÉTÉ AUPRÈS DU C.F.E (CENTRE DE FORMALITÉS DES ENTREPRISES)

Si la CPAM n'a pas conclu d'accord avec l'URSSAF, au plus tard dans les 8 jours qui suivent le début de l'activité, il faudra se rendre chez celui-ci. Si vous créez une société civile de moyens ou une société d'exercice libéral, vous devrez vous adresser au CFE du greffe du tribunal de commerce ou du tribunal de grande instance statuant

commerciallement. Situés au sein des URSSAF, les CFE ont été mis en place pour simplifier les démarches nécessaires à l'immatriculation auprès des organismes sociaux et des services des impôts. Les CFE centralisent l'ensemble des pièces du dossier de demande d'immatriculation puis les transmettent aux différents organismes concernés par la création de l'entreprise (les caisses de protection sociale, le centre des impôts, l'INSEE...).

→ **JE M'INSCRIS À LA CARCDSF
(CAISSE RETRAITE CHIRURGIENS-
DENTISTES ET SAGES-FEMMES)**

Tous les sages-femmes qui commencent une activité libérale doivent déclarer (sur place, par courrier ou sur internet) leur activité à la CARCDSF dans un délai d'un mois (article R.643-1 du code de la sécurité sociale). Il faut savoir que la date de début d'activité peut avoir des incidences en matière sociale puisque que pour des cotisations dues à la CARCDSF, il est à noter que l'immatriculation prend effet le 1er jour du trimestre civil qui suit le début d'activité.

→ **JE N'OUBLIE PAS LES OBLIGATIONS
DÉCLARATIVES À LA CNIL
(COMMISSION NATIONALE DE
L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTÉS)**

Les sages-femmes, dans le cadre de leur exercice libéral, mettent en place des fichiers contenant des données nominatives des patientes et peuvent recourir à des réseaux pour recevoir et transmettre des informations à caractère médical (télétransmission des feuilles de soins, communication des résultats d'analyses ou gestion partagée de dossiers

médicaux). Pour procéder au traitement (stockage, transfert) de ces données, le professionnel est tenu de le signaler auprès du CNIL (loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, chaque fois qu'un professionnel libéral). Pour ce faire, la CNIL a adopté, le 22 novembre 2005, une norme simplifiée (NS-050) qui impose au professionnel de santé d'utiliser la carte de professionnel de santé (CPS) pour accéder aux données contenues dans son logiciel de gestion. La carte permet d'assurer un haut niveau de confidentialité. Il faut également, informer vos patientes, par affichage dans le cabinet, de l'utilisation d'un système informatique et préciser les destinataires des données traitées.

DES LIENS UTILES

- www.ordre-sages-femmes.fr
- www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes
- www.carcdsf.fr
- www.cfe.urssaf.fr
- www.cnil.fr

maieuticapp.com

Sages-femmes, simplifiez vous la vie

Le logiciel de suivi de patientèle, conçu par des sages-femmes, pour des sages-femmes.

29 €/mois - 100% en ligne - sans engagement - 1 mois d'essai gratuit

LE DIU :

TORDONS LE COU AUX IDÉES REÇUES !

SELON L'ÉTUDE *KANTAR HEALTH* MENÉE EN DÉCEMBRE 2015, LE DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN (DIU) N'EST PAS LE 1^{ER} CHOIX DE CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES EN FRANCE POURTANT EFFICACE À 99,2%. MAIS CES FEMMES ONT-ELLES TOUJOURS TOUTES LES INFORMATIONS POUR PROCÉDER À UN CHOIX ÉCLAIRÉ ? SONT-ELLES HEURTÉES AUX FAUSSES CROYANCES QUE PERPÉTUENT CERTAINS PROFESSIONNELS ? PUISQUE LE CHAMP DE LA GYNÉCOLOGIE FAIT PARTIE DES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES, PDSF A DEMANDÉ AU DR. WINCKLER DE TORDRE LE COU AUX IDÉES REÇUES ET IL LE FAIT SANS LANGUE DE BOIS !

PROPOS RECUEILLIS PAR G. DAHAN-TARRASONA



Dr. Martin Winckler, médecin généraliste et écrivain

PDSF : L'étude Fecond de 2010 montrait que 1% des 20-24 ans utilisaient le DIU alors que 80% des IVG ont lieu chez les moins de 34 ans (DRESS 2013). Pourquoi est-il « boudé » des jeunes femmes ?

MW : Il y a sûrement plusieurs facteurs liés à l'idée qu'il soit interdit pour les nullipares et douloureux à porter, parce que douloureux à la pose. Tout cela est dû à la mauvaise information des patientes, elle-même la conséquence des résistances et de l'insuffisance de formation des professionnels.

Une de mes collègues décrivait un DIU à ses patientes en disant : "C'est un bijou comme une boucle d'oreille, on ne le sent pas une fois en place." J'ai repris cette formule, car elle me semble tout à fait appropriée, en particulier à l'heure où tatouages et piercings sont de plus en plus fréquents.

Je posais beaucoup de DIU à des adolescentes et à des femmes de tous âges entre 1998 et 2005. Elles étaient rassurées parce que je leur montrais le dispositif, je leur mettais dans le creux de la main, elles voyaient que c'était souple, non coupant et je leur expliquais très précisément, comment on le pose, comment on le porte, avec des planches et un utérus en plastique transparent. Je leur posais sans douleur, après prise d'AINS, elles pouvaient donc dire à leurs amies que c'était pratique et indolore. Je suis à cet égard très heureux que les sages-femmes soient désormais autorisés à poser des DIU, car je suis persuadé qu'elles/ils le feront de manière beaucoup plus délicate que la plupart des médecins !

PDSF : Quels sont les bénéfices de cette contraception pour les jeunes femmes ?

MW : C'est plus fiable qu'une ligature de trompes avant 30 ans ! Il n'y a pas d'oubli, pas d'hormone, très peu d'effets secondaires, aucun effet secondaire grave, grande discrétion où oublie que l'on a un DIU, pas d'interaction avec les médicaments. Bref, aussi proche que possible de la contraception

« Il n'est pas rare qu'une femme tolère mal un DIU à une période de sa vie et très bien cinq ans plus tard. »

idéale, même si elle n'est pas la meilleure pour toutes les femmes. C'est aussi une meilleure contraception d'urgence que le Norlevo® ; on peut poser un DIU en consultation d'urgence jusqu'au 19e jour du cycle quel que soit le moment et le nombre de rapports à risque antérieurs.

Toute femme qui désire essayer un DIU devrait pouvoir le faire. Et cela, à n'importe quel moment de sa vie, voire à plusieurs reprises. Il n'est pas rare qu'une femme tolère mal un DIU à une période de sa vie et très bien cinq ans plus tard.

PDSF : Dernièrement une sage-femme m'a rapporté qu'une patiente lui a dit, que l'on pourrait lui poser le stérilet qu'après 2 ans de relation stable, qu'en pensez-vous ? Est-ce encore un raisonnement hérité de l'histoire du Dalkon Shield* incriminé dans les infections génitales hautes des années 70 ?

MW : C'est faux, criminel et anti-scientifique. On peut poser un DIU à une femme qui n'a pas encore eu de relations sexuelles, si elle le désire. Donc ce commentaire est purement idéologique. On peut même poser un DIU à une femme qui a une infection par chlamydiae et la traiter en même temps. Si une femme fait une infection sur DIU, on la traite sans retirer le DIU. Je dis "criminel" parce que refuser une contraception efficace à une femme qui la demande, c'est l'exposer à une grossesse non-désirée et donc à une IVG. À mon avis, c'est équivalent d'un refus de soin ou d'un refus de mesure préventive.

« les GEU sont liées en premier lieu aux antécédents d'infection puis au tabac et enfin à des anomalies anatomiques donc des causes indépendantes et qui peuvent concerner toutes les femmes »

PDSF : Le mot « stérilet » peut effrayer certaines femmes, la fertilité est-elle altérée au retrait de celui-ci ?

MW : Je pense qu'il vaut mieux dire "DIU", effectivement. La fertilité des anciennes porteuses de DIU est aussi bonne que la fertilité des non-utilisatrices de contraception. Le retour à la fertilité est immédiat après le retrait. Souvent, il n'y a pas de délai entre le retrait et une grossesse car le cycle n'a pas été modifié ; alors qu'après contraception hormonale, il peut y avoir une aménorrhée transitoire de quelques semaines, ce qui est logique quand le corps s'est mis en "mode grossesse" sous l'effet des hormones et que l'ovulation s'est mise en sommeil.

PDSF : Le risque de GEU est encore associé au DIU dans l'esprit de certains professionnels, qu'en pensez-vous ?

MW : Légende encore une fois. Les chiffres sont là, et la communauté internationale est catégorique là-dessus. Le risque de GEU est extrêmement faible chez les utilisatrices de DIU, car le risque de grossesse est très faible. Et de toute manière, les GEU sont liées en premier lieu aux antécédents d'infection, puis au tabac et enfin à des anomalies anatomiques donc des causes indépendantes et qui peuvent concerner toutes les femmes.

Cette légende vient de ce que les échecs (rares) de DIU portent plus souvent sur des grossesses ectopiques que sur des grossesses endo-utérines. Donc, quand une femme est enceinte sur DIU, il faut vérifier que la grossesse n'est pas

ectopique. Mais si l'on compare ce qui est comparable, les GEU sont moins fréquentes chez les porteuses de DIU que chez les utilisatrices de pilules, car, encore une fois, les premières sont moins souvent enceintes que les secondes.

PDSF : On entend souvent que la pose du stérilet chez une nullipare est très douloureuse, est-ce encore un mythe ?

MW : Ce n'est pas la pose du DIU qui est douloureuse, c'est la méthode du praticien. Une femme préparée, psychologiquement et par la prise d'AINS, et à laquelle on a expliqué exactement le geste (en lui montrant sur un modèle) ressent le plus souvent au moment de la pose une crampe similaire à ses règles.

La douleur ressentie et redoutée, à juste titre, par de nombreuses femmes est le plus souvent provoquée par la pince de Pozzi, qui ne devrait jamais être utilisée chez les jeunes femmes n'ayant pas accouché, car le col est très sensible, et rarement chez les autres (car le plus souvent elle n'est pas nécessaire). Alors la pose est douloureuse si l'opérateur/trice n'a pas travaillé sa méthode ou s'il/elle ne veut pas poser de DIU, car il/elle le fera mal et fera mal à la patiente. Mais quand on a affaire à des professionnels qui veulent poser des DIU aux femmes qui le demandent, sans préjugés, ces professionnels ont le plus souvent à cœur d'être indolores, et de procéder à des gestes aussi peu désagréables que possible.

PDSF : D'ailleurs, concernant les antalgiques, qu'est-il possible de prescrire ?

MW : Les AINS sont les anti-douleurs de référence, à prendre deux heures avant la pose et dans les heures (ou les deux jours) qui suivent, ainsi qu'au moment des règles. L'interdiction des AINS est un mythe français, jamais démontré et contredit par les nombreuses études qui ont montré l'efficacité des AINS pour diminuer le volume des règles et du spotting chez les utilisatrices. Si les

AINS avaient favorisé les grossesses, ces études l'auraient montré, et les utilisatrices de DIU qui prennent des AINS seraient plus souvent enceintes que les utilisatrices de pilules, et ce n'est pas le cas...

(NDLR : Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires, les anti-inflammatoires non stéroïdiens ne peuvent être prescrits qu'en post-partum immédiat.)

PDSF : Des professionnels préfèrent orienter les nullipares vers une contraception orale, car ils craignent un risque de perforation utérine à la pose, quels conseils leur donneriez-vous ?

MW : D'apprendre à poser un DIU, car le risque de perforation est infiniment plus faible et moins grave que le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire. Et de toute manière, ce n'est pas au professionnel de choisir sa contraception, mais à la femme. Tout comme c'est à elle de choisir son (ou ses) partenaires et sa sexualité.

PDSF : Les professionnels doivent-ils réaliser un contrôle échographique après la pose du dispositif ? Pourquoi ?

MW : Non, parce que cela ne sert à rien. Un DIU qui se trouve à l'intérieur de l'utérus est indolore et on ne le voit pas dépasser du col. C'est vérifiable simplement avec un spéculum, juste après la pose et en demandant à la patiente.

L'échographie donne une fausse idée du fait que le DIU est en place, tout simplement parce que tous les utérus n'ont pas la même taille ni la même conformation anatomique, et aussi parce qu'un utérus n'est pas une poche vide et inerte, c'est un organe musculéux qui se contracte en permanence et dont la cavité intérieure change de taille en permanence.

Alors le DIU peut ne pas avoir l'air d'être au fond et ne jamais être expulsé, ou au contraire être au fond et être expulsé parce qu'on l'a posé douloureusement, et

« n'oublions pas que ce n'est pas le DIU qui perfore, mais l'opérateur... on n'insère jamais un DIU en forçant ! »

que les crampes/contractions utérines le font sortir.

En vingt ans de pose de DIU, je n'ai pas réalisé une seule échographie. Mais j'ai observé une nette corrélation entre la douleur à la pose (les premières années, quand je n'avais pas réfléchi à la manière de les poser sans douleur) et les expulsions. Quand ma technique est devenue indolore, je n'ai plus vu d'expulsions.

Une échographie est une perte de temps, un coût inutile et une fausse sécurité. La seule justification serait de vérifier (s'il y a eu une douleur importante) qu'on n'a pas perforé. Car n'oublions pas que ce n'est pas le DIU qui perfore, mais l'opérateur... on n'insère jamais un DIU en forçant !

PDSF : Un message à diffuser auprès des professionnels ?

MW : Informez-vous, apprenez à poser des DIU auprès de vos collègues qui le font couramment, lutez contre vos peurs et vos préjugés, soutenez les femmes dans leur décision et vous serez non seulement plus apprécié(e)s mais aussi plus détendu(e)s et plus heureux/ses dans votre pratique. Et quand vous aurez pris l'habitude de le faire, enseignez-le à des plus jeunes. Vous leur rendrez service, à eux et à leurs patientes...

*Dalkon Shield est le nom d'un dispositif de contraception intra-utérin de la société Dalkon Corporation qui a causé plusieurs complications graves et qui a fait l'objet de nombreuses poursuites judiciaires aux États-Unis et à des condamnations à plusieurs millions de dollars de dommages et intérêts et finalement à une class action très connue qui se terminant par un arrangement de 2,5 milliards de dollars.

Source : Etude Kantar Health réalisée auprès de 800 femmes en France de 18 à 40 ans en décembre 2015.

10 QUESTIONS SUR LA VAGINOSE BACTÉRIENNE

AVEC UNE PRÉVALENCE EN FRANCE DE 7 À 10% CHEZ LES FEMMES ENCEINTES, LA VAGINOSE BACTÉRIENNE EST POURVOYEUSE DE COMPLICATIONS PENDANT LA GROSSESSE. UN ARGUMENT QUI NOUS RAPPELLE QUE SON DÉPISTAGE NE DOIT PAS ÊTRE NÉGLIGÉ. QUID SUR LA VAGINOSE BACTÉRIENNE AVEC MARIE-THÉRÈSE ARCANGELI – BELGY (SAGE-FEMME CADRE ENSEIGNANTE À LA RETRAITE, NANCY).

Propos recueillis par G. Dahan-Tarrasona

Qu'est-ce qu'une vaginose bactérienne ?

Marie-Thérèse Arcangeli : La vaginose bactérienne se définit comme un déséquilibre de la flore commensale vaginale, et son remplacement par une flore polymicrobienne. Le déséquilibre est responsable de la disparition quasi-complète de lactobacilles au profit de la flore anaérobie.

Quels sont les symptômes ?

MTA : La symptomatologie est souvent discrète et 50% des vaginoses bactériennes sont asymptomatiques.

Les leucorrhées sont grisâtres, abondantes, souvent nauséabondes, l'odeur est particulière, fétide, parfois la patiente signale un prurit.

Y a-t-il des facteurs de risque ?

MTA : Certaines populations sont plus à risque, les femmes :

- qui ont une hygiène excessive, ou qui utilisent des douches vaginales
- porteuses de carences œstrogénique
- après une antibiothérapie
- qui viennent de changer de partenaire, ou qui ont une activité sexuelle fréquente et des partenaires différents

De plus, l'homosexualité multiplie le risque par 2,5. Cette pathologie est aussi plus courante chez les femmes de race noire et chez les fumeuses.

Est-elle fréquente ?

Une femme sur cinq est porteuse d'une vaginose bactérienne. La prévalence estimée est de 10 à 30% chez les femmes enceintes et de 10% pour les femmes consultant en gynécologie.

Quelles sont les méthodes diagnostiques ?

La clinique est la première méthode mais le praticien peut s'aider d'outils lorsque la symp-

tomatologie se fait discrète. Généralement, les professionnels utilisent le traitement d'épreuve, puisque le traitement est moins coûteux que le prélèvement vaginal.

Le prélèvement vaginal montera une baisse significative de *Lactobacillus* et une présence plus ou moins élevée de germes pathogènes : *Gardnerella vaginalis*, *Mobilincus*.

Le score d'Amsel, établi à partir de trois sur quatre critères, est encore utilisé.

- Un pH vaginal inférieur à 4,5;
- Des sécrétions vaginales grisâtres, homogènes, adhérentes à la paroi vaginale;
- Une odeur vaginale caractérisée de poisson avarié après mise en contact des pertes vaginales avec quelques gouttes d'hydroxyde de potasse à 10% (sniff test);
- La présence de clue cells (au moins 20%) à l'examen microscopique à l'état frais des cellules vaginales.

Enfin, la plupart des laboratoires utilisent un outil diagnostique, le score de Nugent. Il quantifie le nombre de morphotypes *Lactobacillus*, de bactéries pathogènes et établit un score : l'obtention d'un score de 0 à 3 signale une flore normale, un score de 4 à 6 est signe d'une flore intermédiaire, un score de 7 à 10 évoque une vaginose.

Quelles sont les complications de la vaginose bactérienne ?

MTA : La principale complication chez la femme est la récurrence, mais aussi les infections post-chirurgicales et le syndrome inflammatoire pelvien subclinique. La vaginose peut favoriser la transmission d'IST comme le VIH.

La vaginose récurrente est fréquente, 1/3 des femmes ont connu une récurrence dans un délai de 3 mois. Les épisodes de récurrence peuvent être responsables de retentissement émotionnel, sexuel et psycho-social.

Chez les femmes enceintes, sa présence est associée à un risque de complications obstétricales : avortement spontané, rupture prématurée des membranes, chorioamniotite, naissance d'enfant de petits poids, endométrite du postpartum, infections de plaie de césarienne.

Les méta-analyses ont montré que les femmes enceintes présentant une vaginose bactérienne ont un risque d'accouchement prématuré deux fois supérieur aux autres, ce risque est d'autant plus élevé que le diagnostic a été porté en début de grossesse avant 16 SA.

« les femmes enceintes présentant une vaginose bactérienne ont un risque d'accouchement prématuré deux fois supérieur aux autres »

Pourquoi les sages-femmes doivent-elles être vigilantes ?

MTA : Les sages-femmes doivent être vigilantes dans la surveillance des grossesses à cause des complications chez les femmes enceintes, et particulièrement lorsque leur patiente a présenté une menace d'accouchement prématuré ou un accouchement prématuré.

Dans ce cas, il est préconisé de prescrire un prélèvement vaginal au 1er trimestre. En effet, les études ont montré une réduction du taux d'accouchement prématuré par le dépistage et le traitement de la vaginose asymptomatique en début de grossesse dans le groupe des patientes à risque. Elles doivent aussi être attentives dans le post-partum en raison des risques d'endométrite.

Doit-on traiter ?

MTA : Oui, si la patiente présente une symptomatologie, ou si la patiente est enceinte.

Quel est le traitement généraliste ?

MTA : Le traitement généraliste est le suivant :

- Secnidazole (Secno[®]) 1 sachet de 2g en prise orale ou le métronidazole (Flagyl[®]) 1g par jour durant 7 jours en prise orale.
- Suppression des habitudes d'hygiène excessive
- L'utilisation de préservatifs pourrait atténuer la probabilité de constater des récurrences sur les femmes actives au plan sexuel.

Le traitement du partenaire ne semble plus d'actualité, car il n'est d'aucune aide.

Et les probiotiques ?

MTA : L'utilisation de probiotiques n'est pas démontrée faute d'études, toutefois une étude chinoise publiée montre que les femmes du groupe « probiotique » ont une récurrence plus faible que celles du groupe « placebo », cette étude se fondait sur les critères cliniques.

Les probiotiques sont des lactobacilles de remplacement, dans un premier temps, il remplace la flore naturelle défaillante puis il va créer les conditions écologiques propices à la recolonisation du vagin par la flore naturelle.

GRAND PRIX EVIAN

ET SI ON SE DONNAIT

PLUS DE 2 HEURES

À DILATATION COMPLÈTE ?

NOUS RETROUVONS POUR CE NUMÉRO DE PDSF LE RÉSUMÉ ORIGINAL DU MÉMOIRE DE CÉCILE DREY, PRIMÉ DANS LA CATÉGORIE SCIENTIFIQUE DU GRAND PRIX EVIAN 2015. LE SUJET : *DÉLAI À DILATATION COMPLÈTE SUPÉRIEUR À DEUX HEURES CHEZ LA PRIMIPARE, FACTEURS DE RISQUE ET CONSÉQUENCES MATERNELLES ET FŒTALES.*

INTRODUCTION

En 1955, Emanuel A. Friedman a proposé des repères temporels de déroulement du travail ; chez les nullipares, il préconisait un temps d'attente à dilatation complète de deux heures. Cette règle des deux heures a été soutenue par l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) qui a défini le délai au-delà duquel les pronostics maternels et fœtaux s'aggravent. En pratique, les patientes sont installées pour le début des efforts expulsifs à deux heures de dilatation complète. Cette attitude entraîne parfois l'équipe vers des conduites à tenir délétères pour la mère et l'enfant. L'évolution des pratiques obstétricales modifie notablement le déroulement du travail. Dans le cadre du respect de la physiologie, il est nécessaire de s'interroger sur l'existence d'un bénéfice à prolonger ce délai, sans porter atteinte au bien-être maternel et fœtal.

OBJECTIFS

Les objectifs sont d'identifier les facteurs de risques d'un prolongement du délai à dilatation complète retardant les efforts

expulsifs et d'évaluer les retentissements sur la morbidité maternelle et néonatale, dans une population à bas risque.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective dans une maternité de type III entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 2013. Les données ont été recueillies à partir des dossiers obstétricaux. Les critères d'inclusion étaient les suivants : patientes primipares, à terme, porteuses d'une grossesse unique, en présentation céphalique, âgées de 18 à 35 ans, aux conditions socio-économiques satisfaisantes, d'IMC compris entre 18,5 et 30, sans addictions, et sans pathologies (n=133). Nous avons effectué une analyse descriptive et comparative, puis une analyse avec un modèle de régression logistique multivariée.

RÉSULTATS

L'étude retrouve 69,18 % de femmes poussant au-delà des deux heures à dilatation complète; des éléments corrélés à un délai prolongé ont été objectivés : une prise de poids pendant la grossesse >15 kg (p=0,009),

l'introduction d'ocytocine ($p=1.10^{-4}$) et le poids ($>3\ 500g$ et $<4\ 000g$) du nouveau-né ($p=0,001$). La durée des efforts expulsifs était plus élevée ($p=0,01$) dans le deuxième groupe, par contre, il n'existait pas de différences significatives sur les issues de l'accouchement. En analyse de régression logistique multivariée, l'hémorragie du post-partum, les lésions périnéales, l'hyperthermie et le devenir néonatal n'étaient pas corrélés à un délai prolongé à dilatation complète.

DISCUSSION-CONCLUSION

Nos résultats confirment la pratique quotidienne : les efforts expulsifs commencent souvent au-delà de deux heures de dilatation complète. Il est donc important de

reconsidérer ce délai. Notre étude n'a pas mis en évidence de modification de la morbidité maternelle et néonatale, qui reste stable quel que soit le délai. Avec l'arrivée de l'analgésie péridurale (APD), les patientes sont moins mobilisées ce qui oblige l'équipe à s'adapter pour assurer le déroulement progressif du travail. Certains éléments, comme la prise de poids, l'utilisation de l'ocytocine et l'APD sont à considérer dans la prise en charge globale de nos patientes. Des études de plus grande envergure et randomisées permettraient de confirmer ces résultats et de proposer une nouvelle courbe plus adaptée au profil de la population de primipares.

Auteur : Cécile Drey - Ecole de sages-femmes-Paris Saint-Antoine-Université Pierre et Marie-Curie

3 QUESTIONS À...



Cécile Drey, sage-femme libérale, Vincennes

PDSF : Qu'est-ce qui vous a donné envie de travailler sur ce sujet de mémoire ?

CD : Lors de mes stages, je cherchais une idée de mémoire. Puis un jour je me suis dit : « *c'est étrange en salle de naissance dans un type 3, la plupart du temps on attend 2 heures à dilatation complète alors que dans les types 1 on s'octroie plus facilement 3 heures* ». Lorsque je demandais au médecin ou à la sage-femme, pourquoi on ne se donnerait pas 1h de plus, afin que la présentation descende davantage, il n'y avait pas nécessairement de raison et l'on me répondait systématiquement "il faut s'installer maintenant parce que cela fait 2 heures". J'ai été interpellée et j'ai décidé d'en savoir plus. J'ai regardé dans la littérature et j'ai vu qu'il y avait peu d'articles sur le sujet de cette règle des 2 heures. De fil en aiguille je me suis orientée vers ce thème qui n'avait d'ailleurs pas été traité jusque-là dans les mémoires de sages-femmes.

PDSF : Est-ce que vous avez été surprise par les résultats ?

CD : Je m'attendais à ne pas retrouver des résultats trop significatifs puisque mon étude manque de puissance. Mon intérêt était dans un

premier temps de limiter les biais de confusion en réalisant une régression logistique puis dans un second temps de comparer mes résultats avec ceux de la littérature. Ce qui m'a agréablement surpris, c'était de constater que cette règle des 2 heures n'était pas systématiquement appliquée pour toutes les primipares et qu'au final les issues de l'accouchement étaient identiques dans les 2 groupes. Les résultats de la régression dans cette étude ont montré qu'il n'y avait pas de lien entre un délai d'attente supérieur à 2 heures et l'augmentation de la morbidité maternelle et néonatale. Par contre, j'ai été étonnée de constater que les patientes chez lesquelles on retardait les efforts expulsifs étaient celles qui poussaient le plus longtemps, ce qui est contraire aux données de la littérature.

PDSF : Comment votre travail pourrait se poursuivre ?

CD : Cette étude pourrait se poursuivre en la réalisant à l'échelle nationale, il faudrait bien sûr beaucoup de ressources humaines. On pourrait également compléter l'étude avec la 1^{ère} partie du travail en retravaillant la courbe de Friedman.

Insolite

AMUSANTES, ROCAMBOLESQUES, SURPRENANTES, POUR CE NUMÉRO, C'EST SYLVIE COCHÉ, SAGE-FEMME DEPUIS 30 ANS ET AUTEURE DU LIVRE *POUSSEZ MADAME* QUI NOUS FAIT PARTAGER SES ANECDOTES.



Une patiente a rendez-vous avec un anesthésiste qui s'appelle Docteur Péry :

« Bonjour, je viens voir le Docteur Dural ! »

Une femme enceinte, affolée :

« Mon bébé est en siège. C'est de la faute de la sage-femme ! Elle avait les ongles trop longs et quand elle m'a examinée, elle a fait mal au bébé alors il s'est retourné ! »

La famille Clette a succombé à la mode des prénoms de fille courts et finissant en A, comme Lara ! Sans commentaire...

Un des grands avantages de notre profession, c'est de rencontrer des gens généreux qui, reconnaissants qu'on les ait aidés à mettre au monde leur progéniture, nous offrent des cadeaux, la plupart étant comestibles. Notre gourmandise doit se voir sur notre visage car nous recevons en majorité des chocolats, bonbons et autres sucreries... Mais les sages-femmes ne sont pas les seules à être gourmandes. Certains médecins, en particulier ceux de sexe masculin, ne peuvent pas résister à l'appel du sucre... Un des médecins avec lequel j'ai travaillé avait la fâcheuse tendance de se servir dans nos boîtes de confiseries sans nous demander la permission. Fait aggravant, il les prenait par poignées et les avalait goulûment. Malgré les remarques que nous faisons gentiment afin qu'il change ses habitudes, les semaines se suivaient et se ressemblaient. A bout de patience, nous demandions comment le punir. C'est alors que j'ai vu sur le chariot de soin garé dans le couloir, une boîte de suppositoires laxatifs. J'ai sorti une dizaine de suppositoires de leur emballage, les ai coupés en rondelles puis roulés dans le sucre en poudre que nous utilisons pour notre café. Les suppositoires étaient de couleur brune et, une fois enrobés de sucre, ils ressemblaient parfaitement à certaines gommes vendues dans le commerce. J'ai alors placé les « bonbons » dans un petit bol et posé le tout bien en vue au centre du bureau. Pour être sûre que le piège fonctionne, dès que le médecin est arrivé dans le bureau, nous avons fait semblant de nous servir

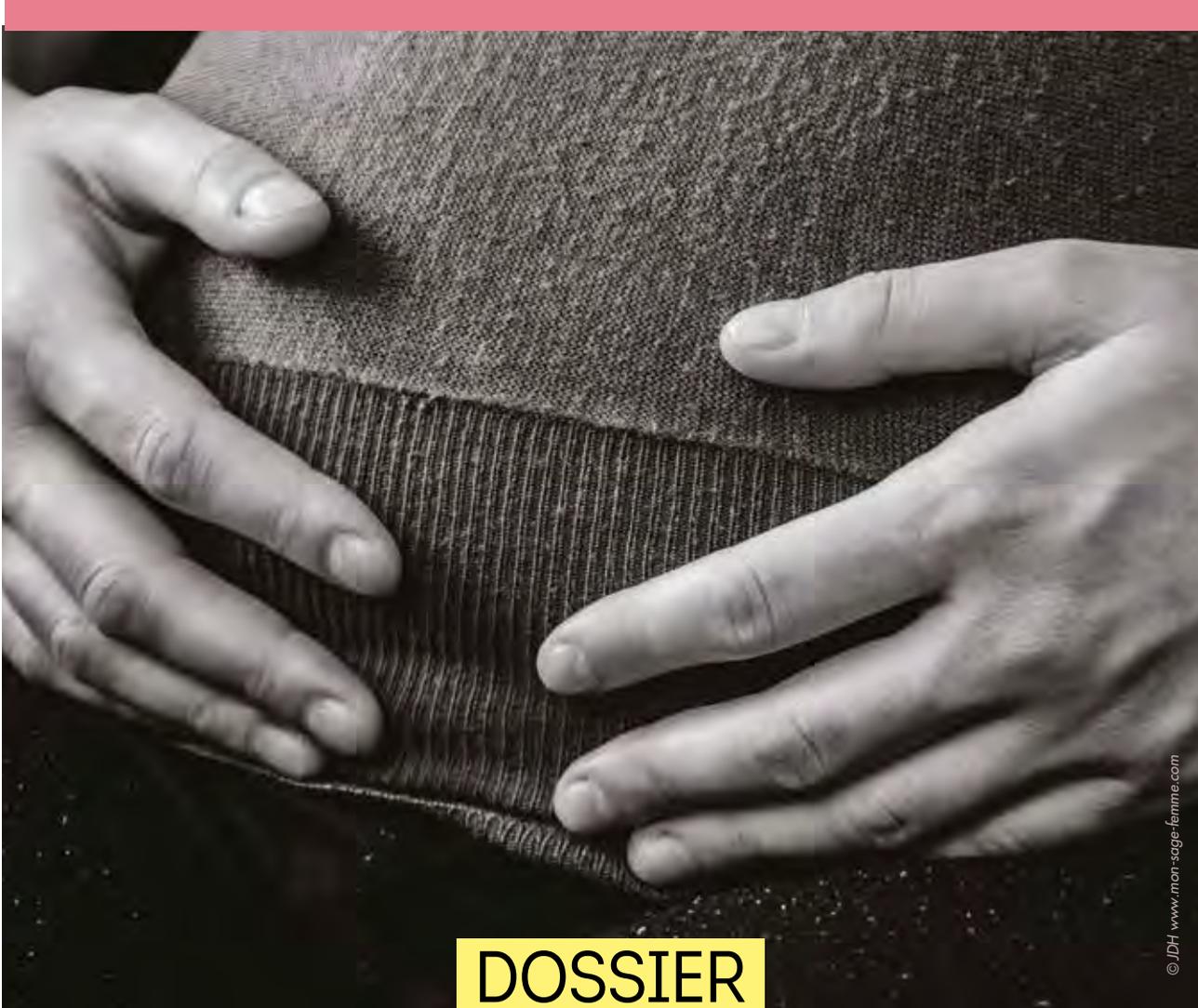
Madame Singe, qui porte le nom de son époux, accouche. Le gynécologue lui avoue la trouver très courageuse de porter un nom aussi difficile et lui demande si elle n'aurait pas préféré garder son nom de jeune fille ?

« Non, lui répondit-elle. Mon nom de jeune fille, c'est Guenon ! »

et essayé de l'empêcher d'en prendre. En réaction, il a bien entendu pris une pleine poignée de nos friandises, qu'il a enfournée aussitôt dans sa bouche en quittant le bureau. Moins d'une minute plus tard, il revenait en criant que c'était infect et avec une telle grimace de dégoût que nous étions récompensées et vengées. Nous avons pris alors un malin plaisir à lui montrer les emballages de suppositoires que nous avons mis de côté, en lui souhaitant un bon appétit. Nous avons eu « la soupe à la grimace » pendant quelques temps mais plus jamais il ne s'est servi sans nous demander la permission. L'histoire (et lui non plus...) ne nous a pas dit si l'effet laxatif existe aussi lorsque ce genre de médicament est pris par voie orale...



Pour découvrir d'autres histoires croustillantes de Sylvie Coché : **« Poussez Madame ! »** aux Éditions L'Opportun.



DOSSIER

L'hypnose

BIEN LOIN DU SPECTACLE, L'HYPNOSE EST DÉSORMAIS UN OUTIL PRÉCIEUX POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ. UTILISÉE POUR DOMPTER LA DOULEUR, ELLE FAIT AUSSI SA DOUCE ENTRÉE DANS LES BLOCS OPÉRATOIRES ET OBSTÉTRICAUX. DE PLUS EN PLUS DE SAGES-FEMMES EN ONT FAIT LEUR ALLIÉE POUR ACCOMPAGNER LES FEMMES À CHAQUE ÉTAPE DE LEUR VIE, ET ACCOMPAGNER LE COUPLE, DANS LE CHEMIN DE LA NAISSANCE. DANS CE NUMÉRO, NOUS AVONS CONSACRÉ UN DOSSIER À L'HYPNOSE POUR MIEUX COMPRENDRE CETTE SPÉCIALITÉ.

Propos recueillis G. Dahan-Tarrasona

EN SAVOIR PLUS SUR L'HYPNOSE

L'HYPNOSE EST UNE TECHNIQUE ANCIENNE, UTILISÉE POUR LE SOIN DANS LES SOCIÉTÉS OCCIDENTALES DEPUIS AU MOINS 200 ANS. SES MÉCANISMES PHYSIOLOGIQUES ONT ÉTÉ, ET SONT ENCORE, RÉGULIÈREMENT ÉTUDIÉS. MYSTÉRIEUSE POUR CERTAINS, SPECTACULAIRE POUR D'AUTRES, SA DÉFINITION N'EST PAS SI CLAIRE POUR TOUT LE MONDE. NOUS AVONS CHERCHÉ À EN SAVOIR PLUS AVEC JEAN-DANIEL HENRY, SAGE-FEMME ET HYPNOTHÉRAPEUTE.



Avec **Jean-Daniel HENRY**, Sage-Femme Libéral depuis 2008 Hypnothérapeute (DU Hypnose médicale), Intervenant au DU Hypnose médicale de Paris, dans les modules de spécialisation AFEHM

PDSF : Qu'est-ce que l'hypnose ? Comment l'expliquer aux patientes ?

JDH : L'hypnose est un état naturel et tout le monde peut accéder à cet état physiologique. Les études d'imagerie cérébrale fonctionnelle démontrent que l'état hypnotique produit des changements conséquents de l'activité cérébrale en lien avec la transe hypnotique. Sur le plan étymologique, le mot hypnose est dérivé du grec « hypnos » et désigne le dieu du sommeil. Si on se penche sur sa signification donnée par le Larousse, c'est un : « *état de*

conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion ». On peut donc comprendre que celle-ci sème le trouble auprès du grand public, pouvant s'imaginer que l'hypnose est une manipulation de leur pensée par l'hypnothérapeute.

Longtemps l'hypnose a été considérée comme un état modifié de conscience. Mais aujourd'hui, de nombreux thérapeutes évoquent de préférence le terme de "fonction" car l'hypnose accompagne un changement à l'initiative du patient, lui permettant de trouver des ressources pour l'aider à solutionner un questionnement propre.





Ce dernier retrouve ainsi une plus grande fluidité dans ses pensées, ce qui l'autorise naturellement à agir plus librement et plus sereinement. François Roustang (ndlr : philosophe français, ancien jésuite et psychanalyste qui devient hypnothérapeute) a proposé la notion de sommeil paradoxal pour souligner justement le paradoxe de cette fonction qui, en apparence, donne l'impression de voir le patient dormir. Dans ses ouvrages, on parle de «veille paradoxale». Ce terme, vient d'un constat où lors d'une séance d'hypnose, on observe une immobilité du corps qui reste indifférent à tous les stimuli

extérieurs, hormis la voix du thérapeute. Le sujet restant attentif à tout ce qui se passe en lui et au développement de son imaginaire. Ce terme vient du parallèle que fait François Roustang entre l'état de sommeil paradoxal (le corps se relâche, le cerveau active la création de rêve) et l'état d'hypnose offrant au patient une détente corporelle et l'activation de l'imaginaire en état de veille (c'est à dire sans sommeil, le patient ne dort pas). Cette définition ouvre des perspectives d'explications aux professionnels de santé, ainsi qu'aux patients, beaucoup plus compréhensibles

L'HYPNOSE NE DATE PAS D'HIER...

Introduite en médecine par Charcot pour étudier l'hystérie, développée par Bernheim, c'est avant tout une technique de psychothérapie qui a montré son efficacité dans certaines pathologies, notamment l'état de stress post-traumatique. L'hypnose existe depuis la Mésopotamie ancienne, des grands visages ont marqué cette discipline depuis la période pré-révolutionnaire jusqu'à aujourd'hui.



Franz Anton
Mesmer
(1734-1815)



Marquis Chastenet
de Puységur
(1751-1825)



James Braid
(1795-1860)



Jean-Martin
Charcot
(1825-1893)



Hippolyte
Bernheim
(1837-1919)



Sigmund Freud
(1856-1939)



Pierre Janet
(1859-1947)



Milton Erickson
(1901-1980)



François Roustang
& Jean-Marc
Benhaïem

L'hypnose

AU SERVICE DES PATIENTES

L'HYPNOSE FAIT SON ENTRÉE DANS LES SALLES DE NAISSANCES
MAIS ELLE PEUT AUSSI RÉPONDRE À D'AUTRES DEMANDES : FERTILITÉ,
MAUX DE LA GROSSESSE, TRAUMATISMES OBSTÉTRICAUX... JEAN-
DANIEL HENRY, NOUS FAIT PARTAGER SES EXPÉRIENCES.

AVANT LA GROSSESSE

En période de conception, l'hypnose apporte une aide, notamment lors des parcours de FIV et dans les cas où les femmes ont un désir de grossesse mais peinent à tomber enceinte, alors qu'il n'existe aucun trouble de la fertilité. Dans la littérature on retrouve une étude israélienne en lien avec la PMA. Cette étude, (*Impact of hypnosis during embryo transfert on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfert*) parue en 2006 compare 2 groupes : le groupe témoin (qui a suivi le protocole FIV standard) et le groupe hypnose (qui a bénéficié d'une implantation sous hypnose). En conclusion, les chercheurs montrent qu'il existe une différence statistique significative entre les deux groupes puisque sur les 96 cycles du groupe témoin le taux de grossesse est de 30,2% (29 grossesses), tandis que sur les 98 cycles du groupe hypnose le taux de grossesse est de 53,1% (soit 52 grossesses). J'ai eu l'occasion de suivre une patiente dans son parcours de FIV. Nous avons réalisés 4 séances au cours desquelles, nous avons travaillé sur différents aspects : la confiance en elle, la ponction et l'implantation. Voici son témoignage : « *Lorsque j'ai commencé l'hypnose, j'étais loin d'imaginer où cela allait*

me mener. J'ai réalisé ma première séance d'hypnose après un gros stress, suite aux conseils d'une amie. A la fin de la séance, j'ai ressenti le bien-être m'envahir, je me sentais plus forte, plus combative et prête à affronter l'avenir. En effet, il y a plusieurs années, on m'a diagnostiqué une endométriose de stade 4 et on m'a proposé une chirurgie très lourde suivie d'une FIV. La PMA ne pouvait se faire sans chirurgie au préalable, d'après un spécialiste. J'ai eu l'occasion de réaliser de nouveau une FIV, cette fois sans chirurgie mais le parcours m'effrayait trop. J'avais commencé un travail psychologique et il m'était impossible de me lancer dans ce parcours. Après une longue réflexion avec mon époux, j'ai refusé cette chirurgie mais aussi tout espoir de porter un enfant.

Grâce à cette première séance d'hypnose, je me suis sentie enfin prête à réaliser ce parcours que j'imaginai insurmontable. Avant chaque étape, je réalisais une séance d'hypnose. Elle avait pour objectif d'aborder avec sérénité le parcours, de travailler sur la douleur pendant la ponction d'ovocytes, de préparer mon corps à recevoir les embryons et enfin de les accueillir. Je suis enfin enceinte et aujourd'hui, je continue l'hypnose et compte bien l'utiliser lors de mon

accouchement. Je suis persuadée que je n'en serais pas là si je n'avais pas fait ce travail ».

PENDANT LA GROSSESSE

Le premier trimestre est très souvent le siège de ce que nous appelons « les maux de grossesse » et il est fréquent qu'ils soient mal tolérés par les patientes. Les professionnels de santé (tous confondus), dégainent facilement la chimie sans forcément penser aux autres solutions. Pourtant, les pathologies du 1er trimestre peuvent être améliorées par l'hypnose : nausées, vomissement, fatigue, problème de projection dans la grossesse actuelle... J'ai le cas de cette patiente qui témoigne suite à un début de grossesse marquée par une hyper-salivation.

« Après 4 mois d'hyper-salivation suite à ma 2^e grossesse, j'étais désespérée au point d'en être déprimée. J'avais tout de même essayé auparavant d'autres médecines alternatives, sans résultat. Un gynécologue de l'hôpital m'a parlé de l'hypnose que je ne connaissais pas. Après seulement une séance, je me suis rendu compte que je pouvais contrôler mon problème d'hyper-salivation qu'en me relaxant puisqu'on ne dispose d'aucun moyen et d'aucun médicament pour la contrôler. L'hypnose m'a beaucoup aidée car ce problème me gâchait la vie et le bon déroulement de ma grossesse. J'ai continué durant plusieurs jours à faire un travail sur moi-même en me relaxant jusqu'à oublier complètement ce désagrément! »

Lors du 2^e trimestre, nous avons souvent des patientes présentant le même type de pathologies : RGO, lourdeur (jambes et corps)... Après les conseils hygiéno-diététiques, nous avons le réflexe de prescrire des médicaments. Cependant, grâce à l'hypnose il est possible d'améliorer leur confort de façon significative. Une patiente témoigne : *« Durant ma grossesse, l'hypnose m'a aidée à faire disparaître certains maux liés à mon état comme les brûlures d'estomac ou les sensations de lourdeurs qu'on ressent en fin de grossesse. Une séance a suffi pour me soulager ! J'étais sceptique sur l'hypnose mais ces résultats m'ont convaincue du bien-fondé de cette pratique ».*





« Lors du 2e trimestre, nous avons souvent des patientes présentant le même type de pathologies : RGO, lourdeur (jambes et corps)... Après les conseils hygiéno-diététiques, nous avons le réflexe de prescrire des médicaments. Cependant, grâce à l'hypnose il est possible d'améliorer leur confort de façon significative. »

A L'ACCOUCHEMENT

Concernant la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement, des études qualitatives retrouvées sur Les bases de données Pubmed, CINAHL, PsycINFO, SSCI se sont intéressées au vécu des femmes ayant eu recours à l'hypnose pour le travail et/ou l'accouchement. Une analyse thématique a mis en évidence les résultats suivants : l'hypnose permettrait aux futures mères de développer leur confiance en leurs capacités, de leur donner un rôle actif et d'augmenter leur sentiment de contrôle de la situation, de réduire leurs peurs, de diminuer leur anxiété, de se relaxer, et enfin l'hypnose contribuerait à rendre l'expérience positive. D'autres résultats ont émergé, mais ils étaient moins fréquemment rapportés que les précédents : l'hypnose permettrait aux femmes de modifier leurs croyances sur l'accouchement, de diminuer la douleur en la changeant en pression, de rester concentrée, d'être créative, de mieux communiquer avec l'équipe médicale. Enfin, une étude mentionnait que pour bénéficier des effets positifs de l'hypnose, le soutien social, le soutien du conjoint et le soutien de l'équipe médicale étaient très importants.

Sources : *Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization- embryo transfer: a case-control study* Eliahu Levitas, M.D., a,b Aldo Parmet, M.D., b Eitan Lunenfeld, M.D., a,b Yacov Bentov, M.D., a,b Eliezer Burstein, M.D., a,b Michael Friger, Ph.D., c and Gad Potashnik, M.D., a,b ([www.fertstert.org/article/S0015-0282\(06\)00077-X/fulltext](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(06)00077-X/fulltext))
 Abbasi, M., F. Ghazi, et al. (2009). "The effect of hypnosis on pain relief during labor and childbirth in Iranian pregnant women." *Int J Clin Exp Hypn* 57(2): 174-83.
 Isbir, G. G. (2013). "My birth story is like a dream: a childbirth educator's childbirth." *The Journal of Perinatal Education* 22(1): 23-29.
 Jackson, P. (2003). "Hypnosis for birthing--A natural option: Part 2." *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis* 24(2): 112-122.
 Mitchell, M. (2013). "Women's use of complementary and alternative medicine in pregnancy: A journey to normal birth." *British Journal of Midwifery* 21(2): 100-106.

« l'hypnose permettrait aux futures mères de développer leur confiance en leurs capacités, de leur donner un rôle actif et d'augmenter leur sentiment de contrôle de la situation,... »

SE FORMER À L'HYPNOSE

Il existe plusieurs formations privées mais attention, ces formations permettent à n'importe qui de se prétendre hypnothérapeute quelle que soit sa profession d'origine. Cela signifie que quelqu'un pourrait très bien traiter une douleur chronique, par exemple, sans aucune connaissance médicale. L'enseignement de l'hypnose fait aussi l'objet de DU indépendants ouverts aux professionnels de santé. Le DU "Hypnose et thérapies brèves stratégiques et solutionnistes" de Limoges est enseigné en 2 ans, les DU d'hypnose médicale (ou clinique) de Paris Bicêtre, Marseille, Montpellier, Paris Salpêtrière en 1 an. Le DU Hypnose en anesthésie de Paris Bicêtre (1 an). Les responsables de la formation sont PU-PH de psychiatrie, de neurochirurgie, ou d'anesthésiologie. Les pathologies visées sont la douleur aiguë et chronique, les pathologies psychosomatiques, les troubles anxieux, phobiques et dépressifs. Des enseignements sont aussi signalés à Bordeaux, Lyon, Strasbourg et Toulouse.

ET L'« EVIDENCE-BASED MEDICINE » (EBM) DANS TOUT CELA ?

Sur le plan scientifique, des études ont de réelles qualités méthodologiques. Les résultats sont variables. Cependant il existe suffisamment d'éléments pour pouvoir affirmer que l'hypnose a un intérêt thérapeutique potentiel. Même si l'évaluation de l'hypnose en médecine soulève de nombreuses questions, on voit de plus en plus d'études engagées sur ce sujet. Concernant la recherche, il est vrai que nous manquons d'études de niveau « Cochrane ». Cette insuffisance est largement partagée par les praticiens. En fait, il existe beaucoup de recherches cliniques mais les cohortes, ou les méthodologies sont trop faibles. De plus les données manquent aussi sur les séances et les types de suggestions employées.

Pour aller plus loin : rapport de Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose -INSERM, rapport téléchargeable sur : www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/comment-evaluer-l-efficacite-de-l-hypnose

L'hypnose AU SERVICE DES SAGES-FEMMES

ON N'EN PARLE PAS ASSEZ MAIS SI PRENDRE SOIN DES AUTRES EST LA PRIORITÉ DES SAGES-FEMMES, QU'EN EST-IL DE LEUR PROPRE SANTÉ ? POUR PRENDRE SOIN DES AUTRES, IL FAUT PRENDRE SOIN DE SOI, RÉSOUDRE SES CONFLITS INTÉRIEURS. LE STRESS, LE RYTHME INHÉRENT À LA PROFESSION PEUT GÂCHER L'EXERCICE DE NOTRE ART. ET SI L'HYPNOSE POUVAIT NOUS AIDER À FAIRE FACE ?

Avec Jean-Daniel Henry

Les conditions de travail, les gardes de jour et nuit, le manque de temps lié à la rentabilité attaquent parfois le moral des professionnels et la confiance en l'institution. En l'occurrence le travail de nuit peut entraîner des conséquences sur le sommeil. En dérégulant le rythme circadien, il engendre une fatigue mentale, psychologique, de la nervosité ainsi que des troubles de la mémoire.

Une étude épidémiologique a démontré que la pathologie mentale et les troubles du sommeil représentent la 3^e cause d'arrêt de travail chez les soignants travaillant de nuit.

Les sages-femmes rencontrent aussi des événements difficiles (IMG, accouchements difficiles, décès néonataux ou maternels, agressions) qui mettent l'organisme à rude épreuve : stress, angoisse, troubles alimentaires, perte de confiance... Dans ces cas, l'apprentissage de l'autohypnose donne des clés pour mieux gérer ces troubles et éviter de focaliser dessus. De plus, elle peut être utile dans la gestion des émotions ou des situations qui pourraient avoir un impact émotionnel négatif sur les professionnels.

20 minutes d'autohypnose permettent de récupérer 3 heures de sommeil. D'ailleurs dans l'aventure de Solar Impulse (l'avion solaire piloté par Bertrand Piccard), le pilote

utilise l'autohypnose pour gérer la privation de sommeil.

QUELQUES MINUTES SUFFISENT...

L'autohypnose permet de travailler sur des troubles mineurs, en tout cas d'améliorer les éléments liés aux stress (somatisation), ou même pour prendre un instant afin de mieux démarrer une journée.

Je vous propose d'apprendre un exercice simple, que vous pouvez réaliser en quelques minutes. Attention, il s'agit d'un usage personnel et chaque lecteur ne ressentira pas forcément les mêmes sensations. Cette séquence conviendra à certains et moins à d'autres. Elle ne remplace pas une séance avec un thérapeute qui prendra en compte votre personnalité, vos problématiques et vos ressources.

Sources : Jour et nuit, une appartenance à développer : un défi pour les cadres / Bernard Serra; Marianna Ahyan, dir. - Centre hospitalier Sainte Anne, 2006 - 77 p. - mémoire pour l'obtention du diplôme de l'Institut de Formation des Cadres de Santé, Cote IFCS : 2006 SERRA B

Etude de la charge mentale et approche de la psychique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins [en ligne] / M. Estryn-Béhar; J.P. Fouillot. - Paris : INRS, 1990 [consulté le 24 avril 2007]. - 14 p. - Bibliographie (26 réf.)



Flashez ce code pour écouter cette courte séance guidée sur : www.mon-sage-femme.com/parole-de-sage-femme

DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE

QUELS CONSEILS DONNER AUX PARENTS ?

PASSÉS QUELQUES MOIS, LA DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE DU JEUNE ENFANT PEUT REPRÉSENTER UN VÉRITABLE CASSE-TÊTE POUR LES PARENTS. POUR LES AIDER À ABORDER CETTE ÉTAPE SEREINEMENT ET APPRENDRE AUX ENFANTS À PRENDRE DU PLAISIR À TABLE, FAISONS LE POINT AVEC DR FOURNIER-FAVRE.

Propos recueillis par G. Dahan-Tarrasona



Dr Fournier-Favre, responsable de l'Unité d'Hépatogastro-Entérologie et Nutrition Pédiatrique de l'hôpital Arnaud de Villeneuve à Montpellier



QUAND INTRODUIRE LES PREMIERS ALIMENTS ?

Il est recommandé d'introduire les premiers aliments, au plus tôt, à la fin du 4^e mois (4 mois révolus) et au plus tard à 6 mois révolus. Ceci est valable pour tous les enfants, qu'ils soient considérés comme étant « à risque allergique » (antécédents d'allergie chez l'un ou les deux parents et/ou un membre de la fratrie) ou non. En introduisant les aliments lactés avant les 4 mois révolus, le nourrisson peut s'exposer à des carences nutritionnelles et le risque allergique augmente. En dépassant les 6 mois révolus, l'apport énergétique ne peut pas être assuré par le lait seul (que ce soit du lait maternel ou une préparation de suite) et il existe un risque accru de manifestations allergiques ultérieures chez les nourrissons « à risque allergique ».

LES RISQUES ALLERGIQUES

Actuellement, chez les enfants « à risque allergique » ou non, il est recommandé de ne plus décaler l'introduction de l'œuf et du poisson, qui peuvent être donnés dès le début de la diversification. Cependant, dans les familles à risque atopique, le Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie, recommande toujours de retarder au-delà de l'âge d'un an l'introduction des aliments à fort pouvoir allergique non nutritionnellement indispensables

(fruits à coque, crustacés, arachide, kiwi, céleri). Il est fort probable que ces recommandations changeront dans les années à venir comme pour l'œuf et le poisson. Concernant le gluten, son introduction doit être faite au plus tôt après 4 mois révolus et au plus tard avant 7 mois révolus. Chez les enfants prédisposés génétiquement pour la maladie cœliaque, une introduction en dehors de cette période augmente le risque de développer cette maladie (surtout si l'introduction est précoce). Le lait maternel semblant avoir un effet protecteur vis-à-vis de la maladie cœliaque, l'ESPGHAN (European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) recommande d'introduire le gluten alors que l'enfant reçoit encore le lait de sa mère (chez ceux qui sont allaités).

EN PRATIQUE

Il est souvent recommandé d'introduire un aliment nouveau à la fois en laissant quelques jours entre chaque nouvel aliment. Ceci pour pouvoir repérer une éventuelle réaction allergique et identifier l'aliment responsable. Ceci est très difficile à réaliser notamment en cas de consommation de petits pots qui contiennent souvent plusieurs aliments. Ainsi, il faut garder comme principe d'essayer d'introduire le

minimum d'aliments à la fois, mais donner une purée ou compote composée de 1 ou 2 légumes ou fruits mélangés, peut tout à fait être envisagé sans risque.

On débute par **les fruits et légumes**, d'abord en petite quantité. Puis en augmentant progressivement. Tous les fruits peuvent être proposés, sous la forme de compotes (cuits et mixés) ou alors crus pour certains lorsqu'ils sont très mûrs (pêches, bananes...) mais attention à les éplucher, les écraser et enlever les pépins (raisin). Les légumes doivent être consommés sous forme de purée et ne salant que

très peu ou pas du tout l'eau de cuisson et en ne rajoutant pas de sel ensuite. Attention à ceux qui, en fermentant, peuvent causer des coliques (céleris, petits pois, navets, légumes secs...). Il faut penser à rajouter des matières grasses après la cuisson. Les recommandations sont d'apporter 50 % des calories sous forme de lipides chez les enfants de moins de 1 an, indispensables à la croissance staturo-pondérale mais aussi du cerveau et des yeux notamment.

Les viandes, poissons et œufs sont traditionnellement introduits après les fruits et légumes. Mais ce n'est pas une nécessité absolue. Ils sont sources d'autres protéines animales que le lait. Attention néanmoins car les apports recommandés en protéines sont très vite dépassés. La viande doit être cuite, grillée sans graisse ou bouillie. Il n'y a pas d'intérêt à privilégier les viandes blanches au début. Il est préférable de ne pas donner de charcuterie car les apports en sel (et en graisse) sont trop importants. Tous les poissons peuvent être proposés. Concernant l'œuf, il n'y a pas d'intérêt à séparer l'introduction du blanc et du jaune.

Les céréales peuvent être introduites dès le début de la diversification. Leur introduction dans les biberons avant les 4 mois peut être potentiellement néfaste. En effet, le fait de mettre des céréales dans un biberon augmente la quantité de calories de ce dernier. La satiété arrivant plus tôt, il y a un risque de diminution de consommation du volume de lait. Leur introduction lors de la diversification permet d'introduire progressivement le gluten.



Le pain et les biscuits, sont généralement débutés au moment de l'apparition des premières dents. Les faibles quantités données ne modifient pas l'équilibre nutritionnel des enfants. Attention, sur le plan éducationnel de ne pas prendre comme habitude de donner aux enfants des aliments entre les repas. En ce qui concerne le lait et produits laitiers : le lait de vache n'a pas sa place dans l'alimentation des enfants de moins de 1 an. En l'absence d'allaitement, il convient de donner une préparation de suite (ancien lait 2ème âge) puis une préparation pour enfants en bas âge après 1 an (ancien lait de croissance) et ce jusqu'à 3 ans.

Concernant **les produits laitiers** (yaourts, petits suisses), il existe des produits spécifiques qui sont fabriqués à partir des préparations de suite. Ils peuvent être utilisés en remplacement du lait quand le nourrisson refuse de boire. Ces produits étant plus onéreux, il est souvent donné des produits laitiers à base de lait de vache. Attention car les apports en fer et acides gras essentiels sont insuffisants.

Pour les fromages, ils peuvent être donnés progressivement entre 6 et 9 mois. Il est souvent recommandé de débiter par ceux à pâtes molles et au goût relativement neutre. Néanmoins, ceci est surtout une affaire de goût du nourrisson et d'habitudes familiales.

Pour les autres boissons, seule l'eau est indispensable (en plus du lait). Il est fondamental de promouvoir sa consommation.

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

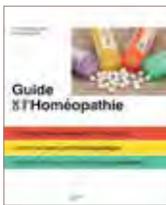


FÉMINISTE, DRÔLE ET DÉCALÉ

En tombant enceinte, l'auteur Renée Greusard, journaliste trentenaire, est surtout tombée dans un gouffre de surprises : ne peut-on vraiment pas boire une goutte d'alcool pendant la grossesse ? Est-ce réellement dangereux de manger du fromage au lait cru ? Un livre léger et sérieux pour tenter de répondre à ces questions, et à tant d'autres, souvent taboues ! Dans cet ouvrage, c'est aussi sa génération dite "Y" qu'elle raconte. Celle qui ne sait pas attendre, qui veut tout, tout de suite et en

même temps, qui se noie dans les méandres d'Internet et croule sous les informations contradictoires. En partant à la rencontre de médecins, de chercheurs et de femmes, Renée Greusard a souhaité montrer pourquoi, même enceintes, les femmes peuvent rester maîtresses de leur corps.

Enceinte, tout est possible de Renée Greusard, Ed. J-C Lattès, 16,00€

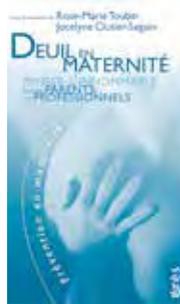


HOMÉOPATHIE : UN OUVRAGE DE RÉFÉRENCE

Cette nouvelle édition a été entièrement mise à jour par le Dr Alain Horvilleur, Secrétaire général de l'Organisation médicale homéopathique internationale, et le Dr Ronald Boyer, Homéopathe clinicien et enseignant aux États-Unis. L'ouvrage permet de découvrir les principes théoriques de l'homéopathie et de connaître les maladies

qui relèvent de son domaine : de déterminer, grâce à un test approfondi, les profils homéopathiques ; de préparer la consultation chez le médecin et de comprendre l'ordonnance. Une liste complète, par ordre alphabétique, permet d'identifier les différents maux et les 200 principaux remèdes.

Guide de l'Homéopathie de Dr Alain Horvilleur et Ronald Boyer - Editions Hachette - 22,50 €

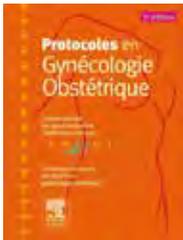
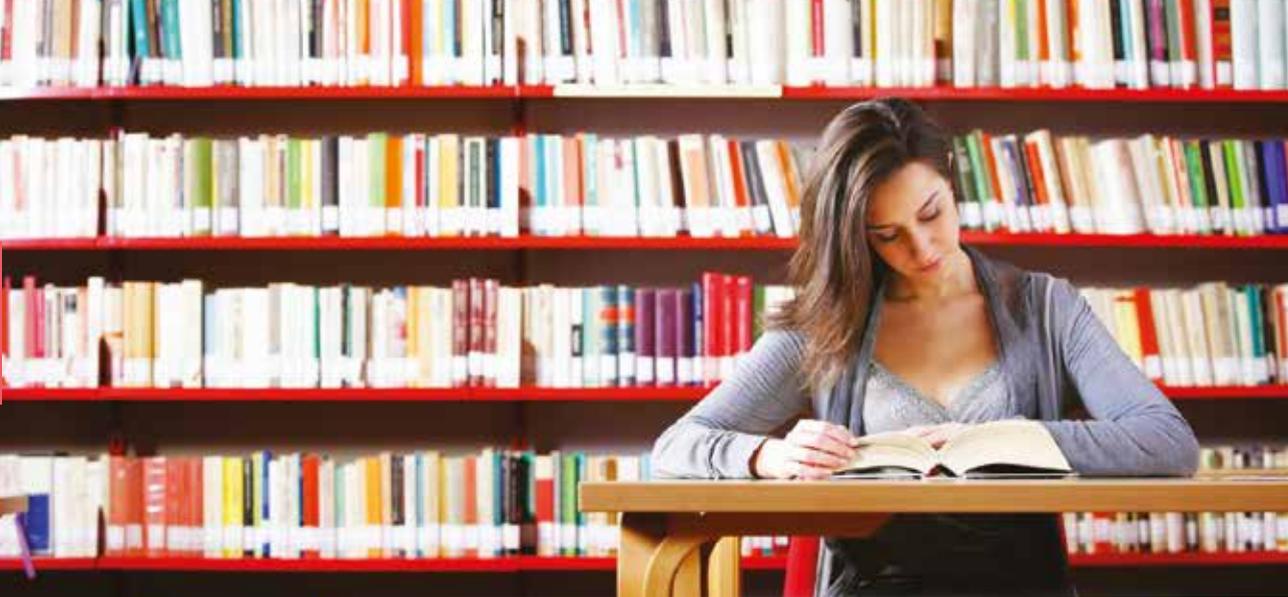


DEUIL PÉRINATAL : PRÉVENIR LES TRAUMATISMES

"Et si la mort d'un enfant pouvait être l'occasion de liens humains tels qu'ils permettent aux parents de ressortir de cette épreuve encore plus vivants ? Un challenge pour des professionnels,

qui, depuis plus de 30 ans, accompagnent la révolution médicale dans les suivis de grossesse", soulignent les auteurs Rose-Marie Toubin, pédopsychiatre, et Jocelyne Clutier-Seguin, sage-femme cadre en salle de naissance, toutes deux au CHU Montpellier. Ce livre donne ainsi la parole aux nombreux professionnels du champ somatique, de la sage-femme au fœtopathologiste, qui jalonnent le parcours des parents et des familles lors d'un deuil périnatal. À partir de situations concrètes, les auteurs s'interrogent : comment s'inspirer de l'expérience d'un collectif humain pour prévenir la survenue de traumatismes ? Au fil des chapitres des outils se dessinent pour oser la rencontre avec les parents afin de briser la spirale des non-dits à venir, si préjudiciables dans la construction des liens familiaux. Les témoignages de parents au travers d'associations d'usagers viennent enrichir la réflexion.

Deuil en maternité, de Rose-Marie Toubin et Jocelyne Clutier-Seguin, Editions Erès, 20,00 €



GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE :

APPLIQUER LES CONNAISSANCES THÉORIQUES À LA RÉALITÉ QUOTIDIENNE

Dédié aux sages-femmes, aux étudiants hospitaliers et aux internes en gynécologie-obstétrique, cet ouvrage traite l'ensemble des situations gynécologiques et obstétricales sous forme de fiches pratiques. Celles-ci suivent un plan

systématique : conduite à tenir, surveillance clinique, exploration, stratégies... Elles sont étayées de tableaux ou d'algorithmes de synthèse. L'ouvrage permet d'appliquer les connaissances théoriques à la réalité quotidienne, en évitant autant que possible les contradictions au sein de chaque équipe. Cette troisième édition offre une mise à jour de toutes les données de la discipline.

Protocoles en Gynécologie, Obstétrique du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Editions Elsevier-Masson, 18,90 €



À conseiller à vos patientes...

Pourquoi parle-t-on de la "crise" de la pilule ? Comment surveille-t-on la grossesse ? Le vaccin contre le cancer du col de l'utérus est-il dangereux ? Que faut-il savoir du diagnostic prénatal, de l'IVG, du traitement des fibromes ? Comment mieux vivre la ménopause ? Quels sont les traitements de l'endométriose ? Est-il dangereux d'accoucher à domicile ?... Le Professeur Philippe Descamps,

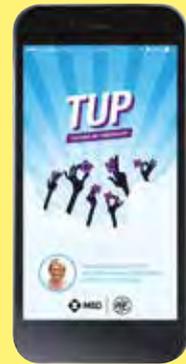
gynécologue-obstétricien, chef du pôle femme-mère-enfant au CHU d'Angers,

apporte de façon simple et compréhensible toutes les réponses à ces questions. Il aborde sans tabou toutes les questions qui font aujourd'hui débat et fait l'inventaire des vraies et fausses idées en gynécologie. Un ouvrage qui s'adresse aux femmes de tous âges et à leurs compagnons, dans un style sans langue de bois, avec des témoignages de patientes et des conseils d'experts.

Docteur, j'ai encore une question... du Professeur Philippe Descamps - Editions Larousse - 15,95 €

DANS MON SMARTPHONE DE PRO

Après une première version lancée en 2014, le laboratoire MSD France en partenariat avec l'association HF Prévention propose une nouvelle version de l'application gratuite TUP qui vise désormais à contribuer à l'amélioration de la santé sexuelle des Français, en prévenant les infections sexuellement transmissibles (IST) et en encourageant le dépistage.



Dédiée auparavant à la géolocalisation des points de distribution de préservatifs et des lieux de dépistage du VIH, l'appli s'est enrichie en élargissant le champ de la prévention du VIH aux approches complémentaires du préservatif telles que le dépistage des IST, les autotests VIH, les vaccins contre les hépatites virales. Son contenu a été développé notamment grâce à des fiches pratiques et l'appli s'adresse désormais autant à un public féminin que masculin, via des informations sur la contraception d'urgence ou les préservatifs féminins. Concrètement, cette version propose de nombreuses nouveautés, telles que la géolocalisation des centres de dépistage du VIH (gratuits ou payants) étendue aux DOM-TOM, un agenda des événements en cours et à venir concernant le dépistage et la prévention, la géolocalisation du TUP Truck, camion de promotion de l'application et de distribution de préservatifs, des flashs d'actualité sur la prévention...

Plus d'infos : www.maieuticapp.com

À noter dans vos agendas

• 2 juillet 2016 - Paris

Les samedis des controverses de Paris

Cette journée est en accès libre, des sujets autour de la gynécologie sont abordés par des experts. L'objectif de cette journée est de poser toutes les questions pour repartir avec des notions actualisées et applicables immédiatement en consultation. Inscription sur gynecole.com

• 8-9-10 septembre 2016 à l'hôpital St Joseph - Marseille

6^e Rencontre à deux mains

De nombreux sujets seront abordés lors de ces 3 journées : épisiotomie, sexualité, allaitement, l'influence du microbiote sur les comportements, l'auto-rééducation périnéale... programme et inscription sur ra2m.fr

• 16 septembre 2016 - Marseille

Colloque régional de l'ONSSF

Le thème de la journée : sage-femme, un praticien engagé au service des femmes. Il sera abordé au cours de ce colloque les conditions de travail à l'hôpital, PMI et en libéral, le DPNI ainsi que des thèmes régionaux. Informations et inscription sur www.onssf.org

• 29- 30 septembre 2016 - Paris

19^e Congrès GENESIS

Ces 2 journées aborderont des actualités sur la santé des patientes. Les sages-femmes pourront aussi s'inscrire à la session de DPC qui aura lieu le 29 septembre dont le sujet portera sur échographie et consultation : conduites à tenir en fonction du dépistage. Informations et inscription sur www.congresgenesis.fr

• 7-8 octobre 2016 - Marseille

3^e journées AIUS/Sexogyn

Des conférenciers de réputation nationale et internationale aborderont des sujets d'actualité : quelle nutrition pour le prématuré proche du terme? Hypothermie thérapeutique contrôlée, nouvelles recommandations sur la vitamine K... Inscription et programme sur aius-sexogyn.fr

• 1^{er} octobre 2016 - Nancy

Journées d'actualité en néonatalogie (JALON)

Des conférenciers de réputation nationale et internationale aborderont des sujets d'actualité : quelle nutrition pour le prématuré proche du terme? Hypothermie thérapeutique contrôlée, nouvelles recommandations sur la vitamine K... Programme et inscription sur www.infocongres.com

• 7 octobre 2016 - Paris

Journée pathologies psychiatriques chroniques et grossesse

Plusieurs thèmes seront abordés : désir d'enfants et pathologies psychiatriques, prise en charge obstétricale, accompagnement à la parentalité ainsi qu'une table ronde où les intervenants débattront autour de la prévention, protection et de situations cliniques. Informations et inscription sur www.infocongres.com

LA RÉTROSPECTIVE

• 10 mars 2016 - Marseille

Le choix des armes

Le congrès de gynécologie « le choix des armes » à Marseille a consacré le 10 mars dernier une table ronde sur l'endométriiose. Sous le thème de « face à l'endométriiose : rôle des sages-femmes et vécu des patientes ». Cette journée d'échanges entre gynécologues, sages-femme, patientes, ainsi que représentante de l'association ENDO France, a permis de mieux comprendre les enjeux de cette maladie encore taboue.

• 5 au 8 mai - Paris

5^e édition des « Nouvelles Journées d'Echographies Fœtales »

En présence de référents échographiques internationaux de renom, le Collège Français d'Echographie Française (CFEF) a organisé pour la 5^e fois, un congrès pratique dédiés au fœtus. Partages d'expériences, 90 ateliers pratiques, 3 interactifs, 20 sur simulateurs et partage d'expériences et de cas cliniques. Une journée passionnante pour les férus d'échographie.



PAROLE DE MAMANS academy

LA PREMIÈRE PLATEFORME GRATUITE D'E-LEARNING PARENTAL AU SERVICE DE TOUS LES FUTURS PARENTS !

• PDM academy le 12 mai 2016 - Paris

Une journée au Ministère de la Santé et des Affaires Sociales pour marquer le lancement de l'innovante plateforme gratuite de e-learning à destination des jeunes parents. En présence des experts, participant aux vidéos de ces cours en ligne, comptant les sages-femmes, Frédérique Teurnier et Sophie Guillaume, différents thèmes ont été abordés (alimentation en préconception, sommeil, échographie, troubles digestifs du bébé...) dans une ambiance bienveillante pour répondre aux questions des parents. Plateforme e-learning parentale gratuite sur WWW.PAROLEDEMAMANS-ACADEMY.COM

Offre d'emploi

SAGE-FEMME ECHOGRAPHISTE OBSTÉTRICALE CLINIQUE DE L'ESTRÉE

35 rue d'Amiens, 93240 Stains

Recherche une échographiste obstétricale expérimentée pour vacances régulières ou en libéral.

Contact : Touria 01 49 71 45 74

Vous aussi, vous souhaitez publier une offre d'emploi ou une petite annonce dans le magazine trimestriel Parole de sages-femmes ?

Contactez Sonia au 01 55 65 05 50

ou par mail à soniazibi.mayanegroup@gmail.com



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.



Fibres Prébiotiques*
Fer & Omega3**
Vitamines D & Calcium**

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



NOUVELLE FORMULE



Oligobs® Grossesse



Complément alimentaire de grossesse



ENRICHIE EN

FER
(BISGLYCINATE)
MAGNÉSIUM
OMÉGA 3



**TOUS LES MINÉRAUX, VITAMINES
ET OMÉGA 3 ESSENTIELS**

à la préparation et au bon développement
de la grossesse.

- Boîtes pour 1 mois et 3 mois
- 1 comprimé + 1 capsule / jour



Laboratoire C C D