

# PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 18 • Automne 2016

Le magazine qui vous donne la parole

## **MON MÉTIER AU QUOTIDIEN**

INFECTION URINAIRE  
ET GROSSESSE

## **ÉTUDE**

QUE REPRÉSENTE  
L'ACCOUCHEMENT  
PHYSIOLOGIQUE  
POUR LES SAGES-FEMMES ?

## **SAGES-FEMMES RÉSERVISTES**

QUAND ENGAGEMENT RIME  
AVEC ENRICHISSEMENT PERSONNEL

## **CÉSARIENNE**

DE NOUVELLES  
APPROCHES POUR  
UNE NAISSANCE  
PLUS DOUCE

## **FOCUS**

RÉÉDUCATION  
DU POST-PARTUM  
DES RECOMMANDATIONS  
QUI SUSCITENT DÉBAT

## **DOSSIER**

# CONTRACEPTION

- **CONTRACEPTION ET FEMMES À RISQUE CARDIO-VASCULAIRE**
- **CONTRACEPTION DU POST-PARTUM**
- **DES CENTRES D'EXCELLENCE POUR MAÎTRISER L'IMPLANT**

# PAROLE DE MAMANS academy

LA 1<sup>ERE</sup> PLATEFORME D'E-LEARNING PARENTAL

*Qu'est-ce que parolemammans-academy.com ?*

**Parolemammans-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 : nutrition grossesse, échographie, allaitement, santé et environnement, hygiène et soin, nutrition infantile, hydratation, ...

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

*Les experts de parolemammans-academy.com*



Marc Bellaïche  
GASTRO-PÉDIATRE



Catherine Bergeret-Amselek  
PSYCHANALYSTE



Clavence de Bellowsky  
DERMATOLOGUE



Yvonne Carreres Vasseur  
INFIRMIÈRE PUÉRICULTRICE



Catherine Dollo  
MÉDECIN HAPTIHÉRAPEUTE



Mylène Dubuc  
AUXILIAIRE DE PUÉRICULTRICE



Franck Dugravier  
PÉDIATRE



Romain Dugravier  
PÉDOPSYCHIATRE



Patricia Gonzales  
AUXILIAIRE DE PUÉRICULTRICE



Gilles Grangé  
GYNÉCOLOGUE ÉCHOGRAPHISTE



Delphine Guillaume  
CONSEILLÈRE EN LACTATION



Sophie Guillaume  
SAGE-FEMME



Gérard Héluin  
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN



Harvey Jergan  
PSYCHANALYSTE



Sylvia Jaudel  
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIENNE



Dominique Leygnonas  
PÉDIATRE



Sophie Marinopoulos  
GYNÉCOLOGUE, PSYCHANALYSTE



Philippe Meicier  
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN



Frédérique Tevrier  
SAGE-FEMME



Christine Van Eyroo  
MÉDECIN NUTRITIONNISTE

WWW.PAROLEMAMMANS-ACADEMY.COM



## DES ÉVOLUTIONS, OUI MAIS...

Nous avons assisté au cours de ces derniers mois à des évolutions considérables de la profession. Les sages-femmes sont désormais habilités à pratiquer des IVG par voie médicamenteuse et vacciner l'entourage de la mère et de l'enfant dans la période postnatale. Des compétences supplémentaires couronnées d'une campagne du Ministère de la santé, lancée le 14 juin 2016, qui promeut notre belle profession. Waouh, maïticiens et maïticiennes, la fin de la zone d'ombre a (peut-être) sonné !

À côté de ces avancées, on ne peut s'empêcher de penser à ces situations antinomiques. Celles où bon nombre de nos consœurs et confrères se trouvent dans des conditions précaires, tirillés entre l'obligation de travailler et celle de ne pouvoir refuser une sorte d' « esclavagisme » moderne. Celle encore, où l'augmentation des compétences ne rime pas avec de grandes évolutions salariales...

Aussi, puisque le monde des Bisounours n'existe pas, cette progression ne pouvait être accueillie de toute part avec bienveillance et déontologie. Vous aussi vous n'avez peut-être pas pu échapper aux débats houleux inondant la toile. Gratuitement, les sages-femmes ont attisé le mépris et même des propos calomnieux. Tristesse, déception !

La profession a évolué ces dernières années grâce aux syndicats et à l'Ordre mais qu'en est-il des mentalités ? Finalement c'est un peu la même rengaine, comme un « *air qui commence par vous entrer par une oreille et qui finit par vous sortir par les yeux* » (Raymond Devos). L'Histoire en témoigne. Et comme l'a rappelé une sage-femme, auteure du blog « Carnets d'un passeur » : « *en 1892, les sages-femmes se sont vues interdire l'usage d'instruments et de médicaments, en 1908 les sages-femmes n'avaient plus le droit de prescrire des antiseptiques, en 1928 on obligeait les femmes à consulter un médecin avant tout, en 1974 la profession n'avait pas accès aux technologies nouvelles et en 1930 aux études supérieures* ».

En 2016, on pourrait tout aussi écrire une liste. Pourtant ce qui nous importe, c'est la santé des femmes et celle de leurs nouveau-nés, un combat que l'on doit mener main dans la main et non dans la confrontation. Les femmes doivent disposer de leur libre arbitre et d'une information éclairée quant à leur santé sans être manipulées. « *Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences* », n'est-ce pas Hypocrite ? Euh, Hippocrate !

En attendant que la boucle soit bouclée, bonne lecture à vous.

**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](mailto:soniazibi.mayanegroup@gmail.com)

# PAROLE <sup>DE</sup> SAGES-FEMMES

Numéro 18

## 3 Édito

### ACTUS

#### 6 Actus France :

Attention aux cosmétiques pour bébés ! - Tiers payant et grossesse  
Maladie thromboembolique veineuse : une nouvelle campagne de sensibilisation  
PMA à l'étranger : punition levée ! - Vos témoignages sur les sorties précoces.

#### 12 Actus Monde :

Europe : L'UE connaît pour la première fois une variation naturelle négative de sa population - Pologne : IVG : un bond en arrière - Suisse : les jeunes mamans déjeunent ensemble - Espagne : Fécondation : une nouvelle technologie avant-gardiste ! - Etats-Unis : Un tampon pour dépister le cancer du col de l'utérus.

#### 14 À la loupe :

Les Européens se prononcent sur la PMA, le don de gamète, l'infertilité...

### RENCONTRE

#### 16 Sages-femmes réservistes sanitaire avec Sandrine Vircondelet

### FOCUS

#### 20 Rééducation du post-partum : des recommandations qui suscitent débat

### MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

#### 24 Infection urinaire et grossesse

#### 28 Césarienne : Des approches pour une naissance plus douce

### ÉTUDE

#### 32 Que représente l'accouchement physiologique pour les sages-femmes ?

### DOSSIER : CONTRACEPTION

#### 35 Contraception et femmes à risque cardio-vasculaire : un choix stratégique

#### 38 Contraception du post-partum

#### 40 Des centres d'excellence pour apprendre à poser et retirer l'implant mais pas seulement !

### PROFESSION SAGE-FEMME

#### 42 Entre pros : Colique du nourrisson et microbiote intestinal

#### 44 Dans ma bibliothèque de pro

#### 46 A noter dans vos agendas

*Erratum : Dans le précédent numéro, la photo paraissant aux pages 34-35 ne correspond pas à la réalité de la spécialisation hypnose. Nous vous prions d'accepter toutes nos excuses pour ce choix malheureux. Soyez assurés que nous avons à cœur que ce magazine représente fidèlement notre profession et que nous serons à l'avenir encore plus vigilants sur nos choix iconographiques.*

## PAROLE <sup>DE</sup> SAGES-FEMMES

### Rédaction

**Directrice de la publication**  
Leslie Sawicka

**Directrice de la rédaction**  
Camille Ravier

**Rédactrice en chef**  
Géraldine Dahan Tarrasona

**Journalistes**  
Catherine Charles  
Candice Satara-Bartko  
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 :**  
Sandrine Vircondelet, Marie Greve,  
Fabienne Billon, Edwin Quarello,  
Anne Battut, Nicolas Dutriaux, Pr.  
Veronique Kerlan, Dr. Teddy Linet,  
Marc Bellaïche, Nicolas Castaing,  
Dr. Edwin Quarello, Dr. Marc  
Bellaïche, Dr. Nicolas Castaing

*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





Le 6<sup>e</sup> congrès

# IN UTERO

pour les professionnels de la santé  
se tiendra le 2 décembre 2016 de 9h à 18h  
à la Faculté Jussieu, Paris V  
sur le thème :

**Stress Oxydant, Nutrition : Fertilité et Grossesse**  
**Conséquence des comportements de la périconception et l'allaitement**  
**sur la petite enfance jusqu'à l'adolescence.**

## LES BIOMARQUEURS DE LA PROGRAMMATION FOETALE

modérateur RACHEL LEVY

**09h00** : Le Stress oxydant bases physiologiques  
Michel Brack, Paris

**09h30** : Le Stress oxydant et fertilité chez l'homme  
Joel Drevet, GReD Clermont-Ferrant

**10h00** : Le Stress oxydant et fertilité chez la femme  
Yves Menezo, London Fertility associates,  
Harley St, London

**10h30** : pause

**11h 00** : Le Stress oxydant et le placenta  
Pascale Chavatte-Palmer INRA Jouy

**11h30** : Stress oxydant et Santé de l'enfant?  
Delphine Mitanchez, Trousseau Paris

**12h00** : Les marqueurs du stress oxydant :  
Didier Borderie, cochin, Paris

## SUR QUOI AGIR EN PRATIQUE

modérateur Pascale Chavatte Palmer

**14h00** : Endometriose, infertilité, environnement  
Cas pratiques et recommandations  
Patrick Madelenat, Paris

**14h45** : Synthèse Placenta et nutrition du foetus  
Hélène Pejoan, Hôpital de Neuilly, Neuilly

**15h30** : pause

**16h00** : Nutrition de la femme enceinte :  
étude prospective, Clélia Blanchi, Paris

**17h00** : Nutrition de la femme enceinte /  
Cas pratiques et recommandations  
Christine Van Egroo, Sèvres

**17h45** : Nutrition de la femme enceinte obèse /  
Cas pratiques et recommandations  
Jean Michel Lecerf, Institut Pasteur, Lille

## PLUS D'INFORMATIONS

[www.in-utero.fr](http://www.in-utero.fr) • [congres@in-utero.fr](mailto:congres@in-utero.fr) • [congres.inutero@gmail.com](mailto:congres.inutero@gmail.com)



## DE PETITES ATTENTIONS QUI FONT LA DIFFÉRENCE

Plus de réveil à l'aube et d'entrée intempestive dans la chambre pour un soin non urgent ! La maternité du CHU Dijon Bourgogne propose une pièce où les futures et jeunes mamans peuvent se retrouver et partager un petit-déjeuner continental en libre-service. Et, afin de respecter les rythmes mère/enfant, les soins ne présentant pas de caractère d'urgence sont reportés à un moment où l'enfant et la mère sont disponibles (pancarte à apposer sur la porte). Par ailleurs, une salle de naissance orientée sur la physiologie dite "salle nature" sera créée prochainement au sein du service. Ces aménagements sont le résultat d'une réflexion

globale conduite par les équipes médicales et paramédicales du CHU qui placent l'offre dispensée en maternité au service de la parentalité. Pour soutenir cette démarche "qualité", l'ensemble des professionnels bénéficie de formations sur différents thèmes, tels que l'alimentation du nouveau-né ou les liens parents-enfant (peau à peau, techniques apaisantes pour les soins du nourrisson...). Seul établissement de type 3 en Bourgogne, la maternité du CHU Dijon propose ces prestations pour l'ensemble des patientes, y compris celles suivies dans le cadre de grossesses à risque et/ou très surveillées.

## POLÉMIQUE AUTOUR DU RÔLE DES SAGES-FEMMES

Six instances professionnelles de gynécologie-obstétrique\* s'inquiètent des récentes mesures gouvernementales visant à étendre les compétences des sages-femmes à la pratique de la gynécologie et de l'obstétrique, comme la campagne publicitaire incitant les femmes à consulter les sages-femmes, qui selon ces médecins "nuisent à la surveillance médicale des femmes", ou encore le fait que les sages-femmes soient désormais autorisées (décret publié le 5 juin dernier au Journal Officiel) à réaliser l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et la vaccination de l'entourage de la femme et de l'enfant pendant la période postnatale. Ces instances rappellent que les compétences des sages-femmes concernent l'aspect physiologique alors que les problèmes pathologiques gynéco-obstétricaux sont traités par des médecins. Selon ces organisations, les mesures prises par le gouvernement, justifiées par le besoin de faciliter l'accès aux soins, ne garantissent pas que les déserts médicaux seront comblés par les sages-femmes ; que le fait de consulter une sage-femme n'est pas identique à une consultation chez un gynécologue-obstétricien, les niveaux de formation et de compétence n'étant pas les mêmes tout comme le niveau de responsabilité, notamment sur le plan assurantiel. Pour conclure, ces instances professionnelles mettent en garde les autorités contre "toute manœuvre politicienne visant à contourner les étapes de la qualification médicale, de même qu'à contourner la couverture assurantielle pour des actes médicaux qui seraient pratiqués par les sages-femmes. L'assurance du médecin acquitté par ce dernier n'ayant pas pour vocation de venir couvrir une situation générée par une sage-femme". En réponse, le Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) s'est dit "profondément attristé" par ces



propos considérés comme "corporatistes et anti-déontologiques" renvoyant "une image délétère de l'organisation de la périnatalité et de la santé génésique des femmes". L'Ordre a ainsi rappelé que "par leur formation et leurs nouvelles compétences, les sages-femmes contribuent à l'offre de soins, notamment par un accès renforcé à l'IVG". Le CNOSF a également précisé que ces deux professions "se complètent et doivent s'entendre au service de la santé des femmes".

\*Syndicat des Gynécologues et Obstétriciens Libéraux (SGOL) - Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) - Société Française de Gynécologie (SFG) - Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM) - Syndicat des Gynécologues Obstétriciens Français (SYNGOF) - Syndicat des Gynécologues Médicaux (SGM).

# ATTENTION AUX COSMÉTIQUES POUR BÉBÉS !

La Commission européenne a récemment publié les critères permettant d'identifier les perturbateurs endocriniens, substances chimiques présentes dans de nombreux produits de consommation courante, pouvant avoir des effets indésirables sur la santé, notamment des femmes enceintes et des bébés considérés comme les populations les plus vulnérables. La Commission a ainsi décidé que seuls les perturbateurs endocriniens "avérés" seront réglementés, contrairement à la proposition faite par différents pays européens, dont la France, portant sur une réglementation des perturbateurs endocriniens "avérés", "probablement" ou "potentiellement" nocifs pour la santé. Cette décision est insuffisamment protectrice, a estimé la ministre de la Santé Marisol Touraine qui a souligné que, si la proposition de la commission européenne était adoptée en l'état, l'interdiction en France du bisphénol A dans les contenants alimentaires et les jouets pourrait être remise en cause. L'ONG WECF France (Women in Europe for a Common Future), qui a organisé le 9 juin dernier le colloque "Halte à la contamination chimique

des femmes enceintes et des bébés !", s'est dit pour sa part déçu de cette décision qui "ne garantit pas une protection élevée de la santé, comme l'exigent pourtant les traités en vigueur dans l'Union européenne. Les scientifiques réclament l'usage du principe de précaution, seuls capable d'assurer une protection des populations vulnérables face à ces substances qui ont envahi notre quotidien : par son choix, la Commission ne fait pas de la protection de la santé des populations une priorité".

Par ailleurs, selon une enquête réalisée par WECF, de nombreux cosmétiques pour bébés contiennent des ingrédients à risque élevé pour leur santé. En effet, l'analyse de 341 produits cosmétiques dédiés aux bébés (lingettes, bain, shampoing, lotions, huiles, crèmes...), vendus en France dans les pharmacies, parapharmacies, supermarchés et les magasins biologiques, a montré que trois ingrédients ou familles de composants classés à "risque élevé" pour la santé des bébés ont été trouvés dans 299 produits lingettes et quatre ingrédients ou familles d'ingrédients classés à "risque modéré" ont été trouvés dans 181 produits.

Plus d'infos. : [www.wecf.eu](http://www.wecf.eu)



**babymoov®**  
with mums

## Dream Belt, la 1<sup>ère</sup> ceinture de maintien qui révolutionne le sommeil des futures mamans !

Développée avec un cabinet de sages-femmes, Dream Belt épouse parfaitement les formes du corps à chaque stade de la grossesse. Elle suit chacun des mouvements dans le lit et s'adapte à toutes les positions. Un vrai atout pour retrouver une relaxation et un sommeil de qualité !

- Ceinture élastiquée pour le maintien
- Bandeau extensible ajustable
- Renforts latéraux en mousse à mémoire de forme

9 months of b

Dans la gamme, découvrez Mum & B, le coussin de maternité ergonomique

Testez Dream Belt !

Offre réservée aux 6 premiers professionnels qui enverront une demande de test à [pro@babymoov.com](mailto:pro@babymoov.com)

## LES HÔPITAUX PUBLICS FRANÇAIS SE REGROUPENT

Conformément au calendrier fixé par la loi de modernisation du système de santé, le ministère de la Santé a officialisé en juillet dernier la création de 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT), nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire, pour favoriser le travail en réseau de plus de 850 hôpitaux français en faveur de l'accès aux soins. Les acteurs de plus de 850 hôpitaux publics français se sont ainsi concertés durant cinq mois, sous l'égide des Agences régionales de santé, et en lien avec les élus des territoires et la Fédération Hospitalière de France, pour aboutir à des regroupements d'établissements qui tiennent compte des réalités du terrain, territoire par territoire. Un travail d'approfondissement précisera concrètement les projets médicaux partagés des hôpitaux. Ces travaux porteront par exemple sur la mise en place d'équipes médicales de territoire, des consultations médicales avancées, ou encore sur l'accélération du développement de la télémédecine.

## TIERS PAYANT ET GROSSESSE

Depuis le 1er juillet dernier, le tiers payant est étendu notamment aux femmes enceintes. Prévues par la loi de modernisation du système de santé, cette nouvelle étape dans la généralisation du tiers payant porte à 15 millions le nombre de Français pouvant bénéficier de la dispense d'avance de frais. *"Cette mesure cible volontairement les patients qui reçoivent le plus fréquemment des soins et qui sont donc amenés à dépenser le plus pour leur santé"*, a souligné à cette occasion la ministre de la Santé Marisol Touraine en précisant qu'une femme enceinte avance en moyenne 640€ au cours de sa grossesse. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'ensemble des Français pourra demander le tiers payant pour la partie remboursée par l'Assurance maladie.

## GRANDS PRÉMA : DES SOINS SPÉCIFIQUES PAS SYSTÉMATIQUEMENT ADMINISTRÉS

Une étude européenne du projet Epice\*, dont les résultats ont été publiés dans The British Medical Journal, met en lumière que les soins spécifiques dédiés aux grands prématurés (naissance avant 28 semaines d'aménorrhée) ne sont pas systématiquement administrés. L'étude, menée dans 11 pays de l'Union européenne, dont la France, dénonce une sous-utilisation de quatre pratiques efficaces pour améliorer la survie et la santé à long terme de ces bébés, soit :

- Le transfert des femmes enceintes dans des centres spécialisés adaptés pour accueillir des grands prématurés.
- L'administration prénatale de corticostéroïdes (pour la maturation des poumons).
- La prévention de l'hypothermie.
- L'administration de surfactant (substance essentielle à la fonction respiratoire) dans les 2 heures suivant la naissance, ou la ventilation nasale en pression positive, pour les enfants nés avant 28 semaines de grossesse.

L'utilisation de chaque pratique prise individuellement est élevée en fonction des pays (entre 75% et 89%), en revanche seuls 58,3% des grands prématurés ont reçu la totalité des quatre pratiques recommandées, selon les résultats de l'étude qui précise que *"si chaque enfant avait reçu l'ensemble des quatre pratiques recommandées, la mortalité aurait été réduite de -18%"*. Le projet Epice a notamment pour objectif d'élaborer des stratégies pour obtenir un changement dans la prestation des soins de santé périnatale. En France, ce projet fait partie de l'étude nationale Epipage 2 mise en place en 2011 qui étudie plus de 4000 enfants prématurés jusqu'à l'âge de 11-12 ans.

*\*Cohorte comprenant tous les grands prématurés de 19 régions, soit plus de 10.300 bébés, de 11 pays de l'Union européenne : Belgique, Danemark, Estonie, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Suède, Royaume-Uni.*

*Plus d'infos. : [www.epiceproject.eu](http://www.epiceproject.eu)*

# FAVORISER L'INSTALLATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN SECTEUR 1

Le dispositif Paris Med', conçu par la Ville de Paris pour favoriser l'installation des professionnels de santé en secteur 1 et en exercice regroupé, tels que les sages-femmes, les médecins et les infirmiers, permettra l'ouverture en septembre de deux premiers cabinets et cinq autres ouvertures interviendront d'ici à la fin de l'année 2016. Par ailleurs, quatre autres projets supplémentaires sont en cours de constitution d'équipe et de recherche de locaux pour ouvrir début 2017. Ce dispositif consiste à lever les obstacles fonciers à l'installation de nouveaux médecins et professionnels paramédicaux dans les zones et quartiers déficitaires, en les

aidant à accéder à des locaux offrant des loyers abordables et à financer une partie des travaux. Cette aide du Département de Paris peut atteindre 15 000€ par professionnel installé. En échange ces derniers s'engagent à s'implanter pour une durée minimum de 3 ans et à exercer en secteur 1. Selon la mairie de Paris, d'ici à 2020, certains arrondissements pourraient perdre près de la moitié de leurs professionnels de santé en secteur 1, impactant considérablement les populations les plus vulnérables.

*Plus d'infos : les professionnels intéressés par ce dispositif peuvent contacter la Ville de Paris par mail : [parismed@paris.fr](mailto:parismed@paris.fr)*

## LE RÔLE DES SAGES-FEMMES EN "CAMPAGNE" !

Le ministère de la Santé a lancé une campagne d'information nationale visant à mettre en avant le rôle et les compétences des sages-femmes afin de faire connaître au grand public la diversité de leurs missions. Des outils de communication pratiques et pédagogiques ont ainsi été développés avec la collaboration des syndicats de sages-femmes et le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, autour du message central "5 ans pour devenir sage-femme, un engagement pour la santé des femmes" et de l'accroche "6 bonnes raisons de consulter une sage-femme". Le ministère souhaite ainsi souligner que l'intervention des sages-femmes ne se limite pas au suivi de grossesse et à la pratique de l'accouchement, mais qu'elles peuvent également prescrire une contraception, intervenir dans la prévention des addictions (tabac, alcool, drogue...), pratiquer l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse ou encore vacciner l'entourage de la future et jeune mère ainsi que celui du nouveau-né. Depuis le 24 juin, 24 000 affiches et 483 000 dépliants ont été diffusés dans les plannings familiaux, les maternités ou encore les centres de protection maternelle et infantile (PMI). Cette diffusion s'accompagne de bannières sur les pages d'accueil des principaux médias généralistes et féminins qui renverront les internautes vers un dossier dédié mis en ligne sur le site web du ministère. Une infographie, une vidéo "micro-trottoir", des témoignages de sages-femmes et de patientes relayés sur les réseaux sociaux viennent compléter la campagne.

*Plus d'infos : [www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr)*

## PMA À L'ÉTRANGER : PUNITION LEVÉE !

La ministre des Familles Laurence Rossignol, a confirmé en juillet dernier l'annulation de la circulaire adressée en février 2013 au Conseil de l'Ordre national des médecins punissant de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000€ d'amende les gynécologues et les spécialistes de la fertilité qui orientent leurs patientes vers l'étranger dans le cadre d'une procréation médicalement assistée (PMA). Une décision confirmée par la Ministre de la santé qui, dans un courrier adressé à l'Ordre national des médecins, a réaffirmé que "si les médecins devaient naturellement se conformer à leurs obligations légales et déontologiques lorsqu'ils accompagnent les femmes dans leur désir de grossesse, rien ne pouvait faire obstacle à la prise en charge des femmes ayant eu recours à une PMA dans un pays étranger". Laurence Rossignol a également annoncé l'ouverture de la PMA aux couples lesbiens en précisant que ce sujet était une promesse de campagne de François Hollande.

## MALADIE THROMBOEMBOLIQUE VEINEUSE : UNE NOUVELLE CAMPAGNE DE SENSIBILISATION

La marque Sigvaris, spécialisée dans la conception, la fabrication et la commercialisation de textiles de compression depuis plus de 100 ans en France, a lancé en août une campagne de sensibilisation et de prévention liée aux risques veineux à destination des femmes enceintes. Celle-ci comprend notamment la mise en ligne du site [9moismesjambesetmoi.com](http://9moismesjambesetmoi.com) visant à accompagner les futures mères tout au long de la grossesse via des informations liées à la maladie thromboembolique et à sa prévention, des conseils santé/bien-être/mode, des témoignages d'experts et la présentation de ses produits de compression médicale adaptés aux femmes enceintes. Le site propose également un espace pour les professionnels de santé et une communication spécifique est mise en place dans les officines afin de permettre aux pharmaciens d'apporter un conseil adapté. Pour les professionnels de santé (médecins, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes...), des visites sont organisées et des dépliants informatifs sont mis à disposition dans les salles d'attente. A cette occasion, la marque rappelle les résultats de nombreuses études montrant notamment que 100% des femmes enceintes se plaignent de maux de jambes pendant la grossesse et 6 femmes sur 10 voient apparaître leurs premières varices pendant leur grossesse. Les varices augmentent avec le nombre de grossesses : 13% des femmes sont concernées lors de la première grossesse, 30% pour la seconde et 57% pour les grossesses suivantes. Le reflux veineux concerne 3 femmes enceintes sur 4.

Plus d'infos. : [www.9moismesjambesetmoi.com](http://www.9moismesjambesetmoi.com) - [www.sigvaris.com](http://www.sigvaris.com)



## VOS TÉMOIGNAGES SUR LES SORTIES PRÉCOCES

Le Conseil d'Administration de l'Organisation Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF) a mis en ligne un questionnaire\* afin de recueillir l'expérience des sages-femmes, syndiquées ou non, sur l'expérimentation des sorties précoces\*\* dans le cadre du PRADO\*\*\*. Des informations qui "seront précieuses pour les négociations à venir", a souligné l'ONSSF. Pour rappel, le 04 mars 2015 les deux syndicats de sages-femmes (ONSSF et UNSSF) et la Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ont signé un protocole d'expérimentation de prise en charge des patientes dans le cadre du PRADO Maternité étendu aux sorties précoces.

\*Accéder au questionnaire : [docs.google.com/forms/d/1K59ope-1Yg98azjbQo7FL4csn1s3Ho-pCJzBGO2Mwc/prefill](https://docs.google.com/forms/d/1K59ope-1Yg98azjbQo7FL4csn1s3Ho-pCJzBGO2Mwc/prefill)

\*\*Toute sortie de maternité avant 72h pour un accouchement voie basse ou avant 96h pour une césarienne.

\*\*\*Plus d'infos sur le Protocole d'expérimentation des Sorties Précoces : [www.onssf.org/protocole-d-experimentation-pour-les-sorties-precoces-de-maternite](http://www.onssf.org/protocole-d-experimentation-pour-les-sorties-precoces-de-maternite)

Combien de femmes enceintes savent  
que la santé de leurs jambes est capitale ?  
**Engageons-nous ensemble contre  
la Maladie Thrombo-Embolique Veineuse  
de la grossesse.**

Dans son rapport de mars 2016, l'InVS constate que la MTEV atteint près de 2 femmes enceintes sur 1000. Le risque augmente tout au long de la grossesse et se poursuit jusqu'à 12 semaines après l'accouchement. Elle constitue la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité maternelle directe après les hémorragies, et la seule qui n'ait pas régressé depuis 10 ans. Les récentes recommandations du CNGOF insistent sur l'importance de

prévenir la MTEV en péripartum chez les femmes ayant des facteurs de risque, notamment après césarienne. La HAS préconise la prévention systématique dès le début de la grossesse et plusieurs semaines après l'accouchement.

La compression médicale est le traitement préventif de référence recommandé. Pour réduire la MTEV, agissons auprès de nos patientes.

SIGVARIS

Neuf mois  
mes jambes  
et moi

[www.9moismesjambesetmoi.com](http://www.9moismesjambesetmoi.com)

LE SOIN PAR LE TEXTILE ACTIF

MTEV : Maladie Thrombo-Embolique Veineuse ; InVS : Institut de Veille Sanitaire ; CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français ; HAS : Haute Autorité de Santé. Les produits SIGVARIS Médical sont des dispositifs médicaux de classe de risque 1 (directive 93/42 CE), fabriqués par SIGVARIS. Ils sont destinés au traitement des maladies chroniques et aiguës. Pour le bon usage, il convient d'enfiler les bas dès le réveil et au lever, sur une peau propre et sèche. Indications : varices de plus de 3 mm (stade C2), après chirurgie ou sclérothérapie des varices de plus de 3 mm, pendant 4 à 6 semaines, grossesse et 6 semaines après l'accouchement (6 mois après une césarienne), en superposition pour atteindre des pressions supérieures. Contre-indications : artériopathie oblitérante, insuffisance cardiaque décompensée, dermatose suintante ou eczématisée, intolérance aux matières utilisées. Remboursement inscrit sur la base LPPR prévue par l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale. Ces dispositifs sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE. Lisez attentivement la notice d'utilisation. Septembre 2016. © Copyright by SIGVARIS, SaintJust SaintRambert. SIGVARIS is a registered trademark of SIGVARIS, St Gallen/Switzerland, in many countries worldwide.

# ACTUS MONDE



## Etats-Unis

### Un tampon pour dépister le cancer du col de l'utérus

Diagnostiquer un cancer à domicile? C'est l'objectif des chercheurs américains de la Mayo Clinic qui travaillent sur la conception d'un tampon pour diagnostiquer le cancer du col de l'utérus. Lors d'un test réalisé sur un échantillon de 38 femmes malades et de 28 femmes en bonne santé, les chercheurs se sont aperçus que, lorsque l'endomètre (muqueuse interne de l'utérus) est affecté par le cancer, des cellules cancéreuses peuvent venir se fixer sur le tampon intra-vaginal. Cependant, malgré les résultats encourageants, les chercheurs estiment qu'ils ont besoin d'affiner leur méthode avant qu'elle ne puisse être utilisée cliniquement. *"Notre objectif est d'utiliser nos résultats pour développer un outil pour la détection précoce du cancer de l'endomètre que les femmes pourront utiliser à domicile".*

Source : [www.mayoclinic.org](http://www.mayoclinic.org)



## Portugal

### Le Parlement autorise la GPA

Le Parlement portugais a adopté une loi autorisant la gestation pour autrui (GPA) sans contrepartie financière pour la mère porteuse et à titre exceptionnel c'est-à-dire "en cas d'absence d'utérus, de lésion ou de maladie de cet organe qui empêche de façon absolue et définitive la grossesse" ou "lorsque la situation clinique le justifie", selon le texte adopté par les députés.



## Monde : IVG en baisse dans les pays développés

Entre 1990 et 2014, les taux d'avortements ont baissé significativement dans la plupart des pays développés passant de 46 avortements pour 1000 femmes en 1990 à 27‰ en 2014, alors que dans les pays en développement ce taux est passé de 39‰ à 37‰.

Par ailleurs, les lois restrictives n'empêchent pas les femmes de se faire avorter, elles rendent simplement cet acte clandestin et rarement médicalisé. Ainsi, dans les pays où l'avortement est totalement interdit ou admis uniquement pour sauver la vie de la femme, le taux moyen est de 37 avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans, alors que dans les pays où il est autorisé le taux moyen est de 34‰.

Source : Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'institut Guttmacher spécialisé dans les statistiques sur le contrôle des naissances et l'avortement aux Etats-Unis et au niveau mondial.



## Europe : Des lactariums pour réduire la mortalité infantile

5,1 millions de naissances ont eu lieu dans l'UE au cours de l'année 2015, tandis que 5,2 millions de personnes sont décédées ; ce qui signifie que l'UE a connu pour la première fois une variation naturelle négative de sa population. La variation démographique reste pour sa part positive grâce à l'apport du solde migratoire. Ainsi, au 1<sup>er</sup> janvier 2016, la population de l'Union européenne (UE) était estimée à 510,1 millions de résidents, contre 508,3 millions au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Parmi les États membres affichant les taux bruts de natalité les plus élevés, le rapport, publié à l'occasion de la Journée mondiale de la population qui a eu lieu le 11 juillet dernier, cite l'Irlande (14,2 pour 1 000 résidents), la France (12,0‰), le Royaume-Uni (11,9‰) et la Suède (11,7‰), les taux les plus faibles ont été enregistrés en Italie (8‰), au Portugal (8,3‰) et en Grèce (8,5‰), la moyenne de l'UE étant de 10 naissances pour 1 000 résidents.





## **Pologne** **IVG : un bond en arrière !**

Alors qu'une loi votée en Pologne en 1993 interdit toute interruption volontaire de grossesse sauf en cas de viol ou d'inceste, de risque pour la santé de la mère et lors d'importante déformation du fœtus, des militants anti-avortement ont récemment déposé au Parlement polonais une proposition de loi d'initiative populaire visant à autoriser l'IVG uniquement pour préserver la vie de la mère. Selon ce projet de loi, les médecins pratiquant une IVG non autorisée risqueraient cinq années de prison au lieu de deux actuellement et les mères pourraient être également punies !

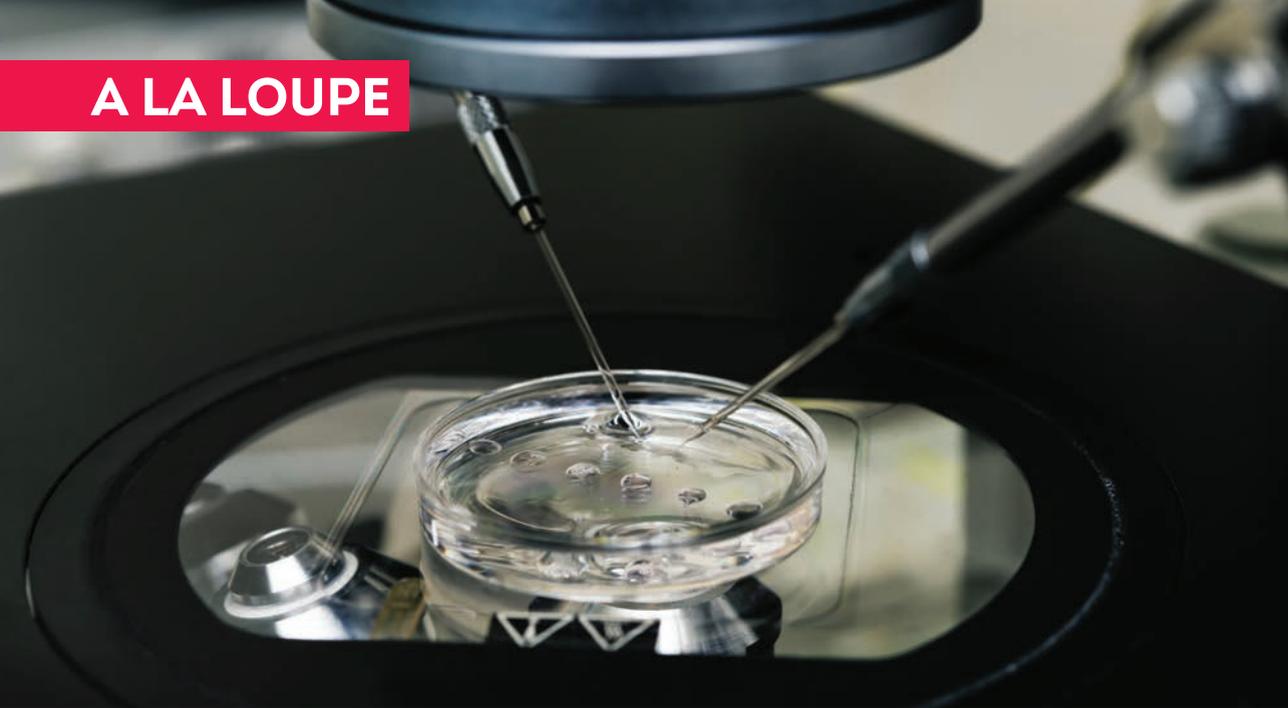
## **Suisse** **Maternité : les jeunes mamans déjeunent ensemble**

Les jeunes mamans de la Maternité du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) ne prennent plus leur repas dans leur chambre, mais dans une salle à manger dans laquelle les plateaux repas sont désormais servis. Les pères sont également admis mais pas les enfants et les nouveau-nés, ces derniers sont confiés à la pouponnière le temps du repas. Initiée par les soignants, la démarche n'a pas de but économique, ni de réduction d'effectif mais répond à des objectifs de soins comme l'explique Valérie Avignon, sage-femme et chef de projet : *"la recherche récente montre qu'il n'y a aucune indication à garder le lit en post-partum. Au contraire, on diminue ainsi le risque de thrombose"*. En revanche cette initiative ne fait pas l'unanimité notamment en ce qui concerne la séparation de la mère et de l'enfant. *"C'est une décision pour le moins surprenante"*, a pour sa part déclaré Laurence Juillerat, Co-présidente de la Fédération suisse des sages-femmes, qui voit dans cette mesure un retour en arrière. *"Certaines mamans n'y verront pas d'inconvénients, mais de manière générale, on fait tout pour encourager et solidifier le lien à ce stade très précoce"*.

Source : Radio Télévision Suisse (RTS)

## **Espagne** **Fécondation : une nouvelle technologie avant-gardiste !**

La technologie AneVivo, élaborée par la société suisse Anecova, a été mise en œuvre pour la première fois en Espagne à la clinique IVI de Bilbao (groupe Institut Valencien de l'Infertilité). Ce dispositif innovant permet la fécondation et le développement de l'embryon in vivo, à l'intérieur d'une minuscule capsule poreuse placée dans l'utérus de la mère, et non pas in vitro (en laboratoire). Le processus consiste à introduire des ovules et des spermatozoïdes réunis, dans le dispositif intra-utérin en vue d'une fécondation, puis du développement embryonnaire à l'intérieur de l'utérus. Par la suite, la capsule poreuse est retirée et on procède alors à la sélection des meilleurs embryons qui seront de nouveau introduits dans l'utérus de la mère. Cette technique permet le passage des fluides, des nutriments et autres éléments cellulaires et non cellulaires à travers une membrane poreuse, favorisant ainsi une interaction plus physiologique entre les embryons et le milieu maternel. Les embryons passent ainsi les 5 premiers jours de leur vie dans le ventre de leur mère avant d'être extraits de la capsule et réimplantés. La première naissance d'un enfant né de cette nouvelle technique a eu lieu en mai dernier en Espagne.



# INÉDIT : LES EUROPÉENS SE PRONONCENT SUR LA PMA, LE DON DE GAMÈTE, L'INFERTILITÉ...

UN SONDAGE\*, MENÉ PAR L'INSTITUT ODOXA DANS CINQ PAYS D'EUROPE (FRANCE, ROYAUME-UNI, ITALIE, ALLEMAGNE, ESPAGNE) POUR LA CLINIQUE ESPAGNOLE EUGIN, A DÉVOILÉ POUR LA PREMIÈRE FOIS CE QUE PENSENT LES EUROPÉENS EN CE QUI CONCERNE L'INFERTILITÉ, LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE (PMA), LE DON DE GAMÈTES ET LA VITRIFICATION SOCIÉTALE.

*Par Catherine Charles*

## L'INFERTILITÉ : ENCORE UN TABOU EN EUROPE ?

Le taux de personnes confrontées à l'infertilité se situe, partout en Europe, entre 5% et 10%, avec une tendance générale à la progression. Pas si étonnant donc que la proportion des Européens interrogés, qui se disent concernés par l'infertilité directement ou non, soit élevée. 64% des Européens déclarent avoir été eux-

mêmes touchés ou connaître quelqu'un dans leur entourage qui a (ou a eu) des difficultés pour avoir un enfant, un taux qui atteint 56% en Allemagne, 54% au Royaume-Uni, 68% en France et 78% en Espagne et en Italie.

Un sujet qui touche donc presque tout le monde mais dont on ne parle pas, notamment à cause du manque d'information sur la procréation médicalement assistée (PMA).

\*Sondage réalisé du 26 au 30 mai 2016 sur un échantillon de 2.986 Européens (Français, Britanniques, Espagnols, Allemands, Italiens) âgés de 18 ans et plus.

## 7 EUROPÉENS SUR 10 SE DISENT MAL INFORMÉS SUR LA PMA

Ce sont surtout les Britanniques (79%), les Italiens (75%) et les Français (72%) qui s'estiment les plus mal informés. 83% des Européens (89% des Italiens et 88% des Allemands) affirment que la PMA est un sujet insuffisamment pris en compte par les employeurs. En France, alors que la loi prévoit depuis 2014 des autorisations d'absence pour les femmes et les hommes engagés dans un parcours de PMA, 88% des Français estiment que les employeurs ne considèrent pas assez les problèmes liés à la PMA. Par ailleurs, les Européens pensent que ce sujet n'est pas assez pris en compte par l'Etat (71%) et par les médias (64%), en revanche 63% s'accordent à dire que ce sujet est suffisamment pris en compte par les professionnels de santé.

## LES EUROPÉENS, FAVORABLES À LA PMA POUR (PRESQUE) TOUTES LES FEMMES

Même si les Européens manquent d'informations sur la PMA, cette dernière est très clairement approuvée dans son principe pour les femmes seules (59%) ou pour les couples de femmes homosexuelles (57%). L'exception européenne: les Italiens qui sont très majoritairement opposés à la PMA pour les couples de femmes homosexuelles alors que les quatre autres pays y sont favorables entre 54% (France) et 76% (Espagne). Les Italiens marquent ainsi une nette différence entre la PMA pour les femmes seules (54% favorables) et la PMA pour les homosexuelles (60% non favorables). Une particularité qui s'explique peut-être par une évolution plus lente des mentalités et de la législation nationale qui vient à peine d'adopter l'union civile homosexuelle. Même si 87% des Européens estiment que la PMA est un "vrai progrès pour les couples infertiles", pour 74% d'entre eux la PMA serait "plus facile à mener à l'étranger" (82% en France et 81% en Italie), et qu'elle est "réservée aux personnes ayant des moyens financiers élevés" (69% des Européens). La PMA n'apparaît pas non plus dénuée d'obstacles éthiques : 60% des Européens ont la sensation "qu'elle pourrait conduire à une sélection des embryons contraire à l'éthique".

## DON DE GAMÈTE : UN PASSAGE À L'ACTE DIFFICILE

Les hommes européens sont partagés sur le don de sperme : 50% seraient prêts à faire ce don quand 50% n'y seraient pas prêts. Les Espagnols (65%) et les Allemands (53%) seraient plus enclins à effectuer ce don, quand les Français et les Britanniques sont près de 6 sur 10 à ne pas y être prêts. Le frein principal au don de sperme est un manque d'information pour 46% des Européens. Les Allemands placent eux la question de l'anonymat du don en principale raison (51%), alors que 53% des Britanniques, pour qui le don n'est pas anonyme, voient cela comme un obstacle.

Les Européennes sont clairement réfractaires au don d'ovocytes : 67% ne seraient pas prêtes à y procéder (chiffre identique en France). Les Espagnoles font figures d'exception : 58% d'entre elles seraient prêtes à faire un don d'ovocytes ou l'ont déjà fait. Tout comme les hommes, les femmes expliquent leur refus par un manque d'information : 36% des Européennes citent cette raison, devant l'impossibilité de connaître l'enfant issu du don (32%) et la lourdeur du traitement à suivre (25%).

## CONGÉLATION DES OVOCYTES : UN SUJET QUI DIVISE L'OPINION.

Si les Français sont vraiment partagés (51% pour et 49% contre), les avis des autres Européens sont eux, plus tranchés et plutôt en adéquation avec la législation en vigueur dans leur pays. Ainsi, 77% des Espagnols et 54% des Britanniques sont favorables à la congélation d'ovocytes pour des raisons médicales, alors que 55% des Allemands et 62% des Italiens sont contre cette technique.

**La clinique Eugin, située à Barcelone et à Madrid, se présente comme l'un des plus grands centres de fertilité d'Europe et annonce accueillir chaque année des patientes de près de 80 nationalités différentes.**

Plus d'infos : [www.eugin.fr](http://www.eugin.fr)

# SAGES-FEMMES RÉSERVISTES

## QUAND ENGAGEMENT RIME AVEC ENRICHISSEMENT PERSONNEL

DEPUIS LE DÉBUT DES ANNÉES 2000, LA FRANCE A CONNU PLUSIEURS CRISES SANITAIRES (CANICULE CHIKUNGUNYA, GRIPPE A H1N1, DENGUE...) QUI ONT GÉNÉRÉ DES TENSIONS MAJEURES SUR L'OFFRE DE SOINS. PARALLÈLEMENT, DE NOMBREUSES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES À L'ÉTRANGER, D'ORIGINE NATURELLE OU HUMAINE, ONT NÉCESSITÉ LE SOUTIEN DE LA FRANCE (TSUNAMI, TREMBLEMENTS DE TERRE, ÉBOLA...). CES DIFFÉRENTS ÉVÉNEMENTS ONT MONTRÉ L'IMPORTANCE DE POUVOIR MOBILISER ET D'ACHEMINER, DE FAÇON RAPIDE, DES PROFESSIONNELS VOLONTAIRES, DE TOUS MÉTIERS DU MONDE DE LA SANTÉ, TELS QUE CELUI DES SAGES-FEMMES, PRÉPARÉS ET ÉQUIPÉS, POUR APPORTER UNE EXPERTISE ET UN APPUI SANITAIRE EN TOUT POINT SUR LE TERRITOIRE NATIONAL COMME À L'ÉTRANGER.

C'EST CE QUE LA LOI DU 5 MARS 2007 A PRÉVU EN CRÉANT LA RÉSERVE SANITAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT DE PRÉPARATION ET DE RÉPONSE AUX URGENCES SANITAIRES (EPRUS).

*Propos recueillis par Catherine Charles*

**Sandrine Vircondelet**, Sage-femme depuis 23 ans  
et depuis 20 ans à l'Hôpital de La Ciotat (13)

*« Je suis une sage-femme passionnée par la naissance et les femmes enceintes m'ont toujours énormément fascinée. C'est un métier que j'ai voulu faire par vocation depuis l'âge de 13 ans, et c'est un métier qui m'apporte beaucoup que ce soit émotionnellement, personnellement ou professionnellement. Etre sage-femme est un métier très satisfaisant. La naissance est pour moi toujours aussi magique ! »*

**PDSF : Qu'est-ce qui a motivé votre envie de faire partie des sages-femmes réservistes ?**

**Sandrine Vircondelet :** Je souhaitais sortir de mon confort personnel, professionnel et me bousculer dans mon rythme de vie un peu trop confortable et routinier ! Mariée jeune (21 ans), diplômée à 22 ans et ayant eu mes enfants rapidement, je me suis consacrée à ma vie de maman, de femme et je me suis investie professionnellement dans mon métier en ayant toujours en tête une volonté de m'engager. Aujourd'hui mes enfants sont grands (22, 19 et 16 ans), j'ai 23 ans de métier et je me sens à même de m'investir dans une démarche qui va me demander

de la disponibilité et de l'énergie : l'engagement en tant que sage-femme réserviste sanitaire.

**PDSF : En quoi consistent vos missions ?**

**S.V. :** Après avoir suivi en un an tout le cursus de formation "théorique" et l'exercice terrain, je suis partie en mission pour la première fois en avril 2016 en Guyane pour du renfort en obstétrique (mission de 3 semaines sur site) et j'ai effectué une seconde mission en juin dernier pour du renfort à Mayotte pour 3 semaines sur site. En Guyane, j'ai été affectée en poste de renfort sur un centre de soins à Maripasoula sur le fleuve du Maroni en Amazonie dont l'accès



se fait uniquement par petit avion depuis Cayenne ou par pirogue depuis St Laurent du Maroni. Mon travail consistait principalement à faire le suivi des grossesses, à organiser le transfert pour les patientes dont l'accouchement est en général prévu à Cayenne, ou à faire les accouchements inopinés des patientes du fleuve arrivant en pirogue à Maripasoula. Une mission riche en dépaysement, en rencontre avec les différentes populations, avec la pratique du langage local le "Taki", mais aussi l'accueil très chaleureux des soignants. Un travail de renfort pendant la période Zika, qui nous faisait orienter les patientes porteuses du virus pour un suivi échographique plus poussé à Cayenne. A Mayotte, j'ai été affectée à l'hôpital périphérique de Dzaoudzi (sur "petite terre") en renfort sur un poste de sage-femme en fin de contrat, mais aussi pour permettre à nos collègues sages-femmes en poste à Mayotte de pouvoir récupérer leurs nombreuses heures liées à l'activité croissante des naissances. J'ai fait des gardes de 12 heures : salle d'accouchement, suites de couche, consultations en urgence, suivis de grossesse, organisation des transferts et accompagnement des patientes sur Mamoudzou quand cela était nécessaire. Un travail dans une structure où les sages-femmes sont efficaces et très autonomes, avec des protocoles très bien établis pour organiser des transferts et prendre en charge les patientes sur Mamoudzou. Une seconde mission également très enrichissante par rapport au site, aux différentes populations rencontrées avec la pratique du langage local le "Shimaore", et un accueil des soignants en poste toujours extrêmement chaleureux.

**PDSF : Sur le plan professionnel et personnel, que vous ont apporté vos différentes missions ?**

**S.V. :** Sur le plan personnel, mes missions m'ont apporté un enrichissement par rapport à la rencontre des différentes cultures, le dépaysement sur des sites merveilleux avec un voyage à chaque fois riche en aventure (pirogue, petit avion survolant la forêt amazonienne, barge...), des échanges en langage local (pas facile) et la rencontre avec des populations aux traditions propres à chacune. Un échange aussi très intéressant avec les soignants de Métropole notamment en termes de motivation qui font le choix de s'impliquer durant 6 mois, 1 ou 2 ans sur ces différents départements français. Sur le plan professionnel, cela m'a permis d'avoir un regard différent sur la prise en charge du travail et de l'accouchement à travers l'attitude des Bouéni (Mayotte), dont le comportement et le silence interpellent, mais aussi à travers certaines traditions, comme donner systématiquement le placenta à la famille pour des rituels, et des naissances toujours aussi magiques ! Par ailleurs, le fait d'être en hôpital périphérique m'a permis d'être face à des naissances très eutociques et physiologiques, car dès qu'il y avait une grossesse pathologique nécessitant une prise en charge particulière ou un travail dystocique les patientes étaient transférées sur l'hôpital de Mamoudzou.

« Etre réserviste sanitaire m'a apporté une grande satisfaction personnelle et une fierté certaine. Cela m'a permis de m'épanouir et de réfléchir sur la vie en général. Quand en fin de mission l'équipe soignante avec laquelle tu as travaillé te dit "dommage que tu partes déjà et merci d'avoir été là", je me dis "c'est pour cela que je pars..." »

## ENVIE DE S'ENGAGER ?

### Qui peut devenir réserviste sanitaire ?

Toute sage-femme en exercice dans le secteur public, privé, ou libéral, toute sage-femme à la recherche d'emploi ou encore retraitée (cessation d'activité depuis moins de 5 ans).

### Quelles conditions de prise en charge ?

L'ensemble des frais logistiques (déplacement, hébergement, restauration) sont couverts par la réserve sanitaire. Les réservistes sanitaires salariés (en établissement public ou privé) doivent solliciter l'accord de leur employeur avant de partir en mission. Ils partent sur leur temps de travail, et non sur leur temps de congés. L'employeur est remboursé pour cette absence. Les réservistes sanitaires sans emploi ou en libéral sont rémunérés pendant les missions, à hauteur, pour les sages-femmes, de 300 € bruts par jour à raison de 5 jours par semaine. Pour les sages-femmes retraitées, l'indemnité s'élève à 159 € bruts par jour.

### Comment devenir réserviste sanitaire ?

Il suffit de s'inscrire sur la plateforme [www.reservesanitaire.fr](http://www.reservesanitaire.fr) et fournir les informations demandées. Un contrat d'engagement est alors proposé, qui permet de couvrir le réserviste lorsqu'il partira en mission.

### Comment candidater sur les missions ?

Les personnes inscrites sur la plateforme de la Réserve sanitaire reçoivent par mail les propositions de missions et répondent si elles sont intéressées. Si leur profil correspond aux besoins de la mission, elles sont appelées puis, si l'employeur donne son accord, intégralement prises en charge: briefées, équipées, projetées, suivies pendant l'opération ainsi qu'au retour.

Source : Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes

**PDSF :** Selon vous quelles sont les principales qualités qu'une sage-femme doit avoir pour devenir réserviste ?

**S.V. :** Avoir envie d'aller vers l'inconnu, vouloir donner du temps et de l'énergie sans vraiment compter, se sentir disponible pour s'investir pleinement dans une équipe soignante et s'adapter aux pratiques déjà mises en place, et avoir "une positive attitude", le sourire et la bonne humeur, ce qui est ma devise en général.

**PDSF :** Quels sont les principaux conseils que vous souhaiteriez donner aux sages-femmes qui souhaitent s'engager dans cette démarche ?

**S.V. :** N'hésitez pas, engagez-vous, faites vos démarches administratives et démarrez vos formations, l'aventure vous attend ! Les formations permettent de connaître le fonctionnement de la réserve sanitaire et des missions, de faire évoluer la réflexion et de confirmer ou pas le choix d'engagement.

## A PROPOS DE L'EPRUS

L'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (Eprus) est un opérateur du ministère chargé de la Santé gérant pour le compte de l'État des moyens humains, pharmaceutiques et logistiques autour de deux missions principales: la gestion des stocks stratégiques de produits de santé de l'État (achat, importation, stockage, élimination), et sa mobilisation en cas de crise à la demande de l'État ainsi que la gestion du vivier de professionnels volontaires (recrutement, formation, équipement), sa mobilisation et son suivi en cas de crise à la demande de l'État. Depuis le 1er mai 2016, l'Eprus, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) ont fusionné pour devenir l'agence Santé Publique France. [www.eprus.fr](http://www.eprus.fr) et [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

### S'ENGAGER : QUAND, COMMENT, OÙ...

- Pour consulter l'agenda des formations, les alertes/mobilisations ou encore pour savoir comment préparer son paquetage pour le départ en mission : [www.association-nationale-reserve-sanitaire.org](http://www.association-nationale-reserve-sanitaire.org)
- L'équipe chargée de gérer la réserve sanitaire répond à toutes les questions via la page Facebook de la Réserve Sanitaire : [www.facebook.com/EPRUS.ReserveSanitaire](http://www.facebook.com/EPRUS.ReserveSanitaire)

NOUVELLE FORMULE



# Oligobs®

## Grossesse

Complément alimentaire de grossesse



**ENRICHIE EN**  
**FER**  
(BISGLYCINATE)  
**MAGNÉSIUM**  
**OMÉGA 3**



**TOUTS 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 CCD

# Rééducation du post-partum :

## DES RECOMMANDATIONS QUI SUSCITENT DÉBAT

LE COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS (CNGOF) A ÉMIS FIN 2015 DES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE POST-PARTUM. ALLAITEMENT MATERNEL, CONSULTATION POST-NATALE, VACCINATION ET D'AUTRES THÈMES ONT ÉTÉ ABORDÉS, DONT LA RÉÉDUCATION DU PÉRINÉE QUI EST REMISE EN QUESTION.

*Propos recueillis par G. Dahan-Tarrasona*

**E**n effet, les 39<sup>e</sup> journées nationales du CNGOF, en balayant les thèmes du post-partum ont déclenché quelques polémiques concernant la rééducation du périnée puisque « elle n'est pas recommandée » systématiquement dans la mesure où « *Aucun essai randomisé n'a évalué la rééducation périnéale chez des femmes asymptomatiques dans le but de prévenir une incontinence urinaire ou anale à moyen ou long terme* ». Pour les femmes symptomatiques, « *La rééducation périnéale par des exercices de contraction des muscles du plancher pelvien est recommandée pour traiter une incontinence urinaire persistant à 3 mois du post-partum, quel que soit le type d'incontinence* ». Par contre, « *Cette rééducation du post-partum améliore l'incontinence urinaire à court terme (1 an), mais pas à long terme (6-12 ans)* ».

De même, « *La rééducation périnéale guidée par un thérapeute n'est pas plus efficace (tant sur le plan anatomique que symptomatique) que de simples conseils de contraction volontaire des muscles du*

*« La rééducation périnéale du post-partum n'est pas associée à une diminution de la prévalence des dyspareunies à un an »*

*plancher pelvien pour prévenir/corriger à court terme (6 mois) un prolapsus persistant à 6 semaines du post-partum, qu'il existe ou non un défaut du levator ani. Et « La rééducation périnéale du post-partum n'est pas associée à une diminution de la prévalence des dyspareunies à un an ».* Au vu de ces recommandations, nous avons demandé à Anne BATTUT, (membre du conseil d'administration du Collège National des Sages-Femmes de France, membre du groupe de travail RPC CNGOF Post-Partum 2015) et Nicolas DUTRIAUX, (secrétaire du Collège National des Sages-Femmes de France) de préciser certains points.



Anne Battut et Nicolas Dutriaux

### Pouvez-vous éclaircir les recommandations concernant la rééducation du périnée? Que doit-on comprendre?

Le Collège National des Sages-Femmes de France se félicite de la parution des recommandations portées par le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) auxquelles nous avons participé concernant le post-partum, insuffisamment étudié en Obstétrique. Elles permettront d'enrichir et éclairer nos pratiques professionnelles sur une thématique qui s'appuyait parfois sur des transmissions empiriques.

En ce qui concerne la rééducation périnéo-sphinctérienne, les sages-femmes sont thérapeutes mais elles sont aussi prescripteurs-trices. Il est nécessaire de préciser certains points. Ces précisions seront utiles également à la pratique de nos collègues kinésithérapeutes.

**Concernant l'interprétation des RPC :** il est important de bien comprendre la formulation des recommandations :

→ « Il est recommandé de faire... » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste a

diminué des risques identifiés ; il faut donc faire ce geste dans la mesure du possible ;

→ « Il n'est pas recommandé de faire... » signifie que la littérature n'a pas démontré que faire ce geste a diminué des risques identifiés ; il n'est donc pas nécessaire de faire ce geste systématiquement. Mais il n'est pas interdit de le faire.

→ « Il est recommandé de ne pas faire... » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste augmente des risques identifiés ; il faut donc éviter de le faire.

**Concernant les niveaux de preuve :** Sur la question de la rééducation postnatale, de nombreux points ont fait l'objet d'un faible niveau de preuve (NP4 ou accord professionnel) : c'est-à-dire que les études retrouvées sur ces questions présentent des faibles niveaux de preuve et présentent de nombreuses zones d'incertitude.

**Concernant les études sur lesquelles la revue de la littérature s'est appuyée :** nombre de ces données proviennent de la littérature étrangère (Canada, Suède, Norvège, Nouvelle Zélande, Royaume Uni...) démontrant le retard pris par notre pays quant à ces questions ; ce que nous regrettons. Les protocoles

**« En effet, cette éducation périnéale fait partie intégrante, voire est la première étape indispensable, des séances de rééducation chez les femmes symptomatiques à tous les âges de la vie et quelle que soit la cause à l'origine de ces symptômes. »**

d'étude retrouvés dans la littérature internationale sont souvent bien éloignés des protocoles français : rythmicité des séances [souvent mensuelles], modalités des séances [individuelles ou en groupe ou par coaching téléphonique], présence ou non d'un thérapeute, stratégie thérapeutique. Là encore, le manque d'études françaises en lien avec notre pratique spécifique et unique au monde est criant. Elles sont pourtant nécessaires ! Cette absence de preuves pouvant confirmer ou renforcer notre pratique le démontre.

### **Quel discours les sages-femmes doivent-ils/elles tenir auprès des patientes ?**

Concernant les femmes symptomatiques, la rééducation périnéale démontre son efficacité avec des niveaux de preuve suffisants - bien que les effets n'aient été étudiés que sur des périodes assez courtes (1 à 6 ans maximum).

Concernant les femmes asymptomatiques sur le plan urinaire, le manque de données probantes amène à conclure que celle-ci n'est pas recommandée.

Prenons pour exemple 2 recommandations.

→ « *La rééducation périnéale chez les femmes asymptomatiques à 3 mois n'est pas recommandée* ». Tout d'abord, cela signifie que la littérature n'a pas démontré que faire ce geste a diminué des risques identifiés ; il n'est donc pas nécessaire de faire ce geste systématiquement. Mais il n'est pas interdit de le faire. Ensuite, cette recommandation présente un très faible niveau de preuve : « accord professionnel » : aucun essai s'intéressant spécifiquement à des femmes asymptomatiques n'a été retrouvé ; cette

recommandation s'appuie sur des groupes de femmes symptomatiques et asymptomatiques. Les sages-femmes ont notamment à cœur d'être dans une démarche préventive avant d'être curative. L'éducation périnéale n'étant pas accessible à une autre période de la vie des femmes, celles-ci doivent donc pouvoir continuer à en bénéficier à l'issue de leur accouchement si elles en font la demande.

→ « *La rééducation périnéale du post-partum n'est pas recommandée pour traiter ou prévenir des dyspareunies (Grade C)* »  
Tout d'abord, cette recommandation présente un faible niveau de preuve. Cela signifie donc qu'il n'y a pas d'arguments suffisants au regard des données de la littérature pour conclure sur son intérêt pour la prise en charge des douleurs périnéales et dyspareunies. Enfin, les protocoles d'étude présentent une hétérogénéité rendant les interprétations limitées en termes de stratégies thérapeutiques. Il n'est donc pas non plus interdit de proposer une prise en charge par rééducation périnéale dans cette indication. Simplement celle-ci n'a été que peu ou pas étudiée et donc publiée. Les professionnels de santé ne peuvent cependant rester sourds à une plainte de leurs patientes. Si la prise en charge améliore le ressenti de la femme et qu'elle constate une amélioration ou une disparition des douleurs périnéales et des dyspareunies à la suite des séances, c'est que cette proposition était justifiée. En cas d'échec, d'autres investigations et thérapeutiques plus complexes (et donc souvent plus chères pour la collectivité) seront bien évidemment nécessaires.

### **Quelle place donnée à la prévention ?**

Même si l'intérêt de la rééducation dans le post-partum immédiat n'a pas pu être mis en évidence par l'analyse de la littérature internationale, il nous semble très probable qu'une prévention et une éducation périnéale pour protéger son périnée tout au long de sa vie (y compris chez les nullipares) soit bénéfique. En effet, cette éducation périnéale fait partie intégrante, voire est la première étape indispensable, des séances de rééducation chez les femmes symptomatiques à tous les âges de la vie et quelle que soit la cause à l'origine de ces symptômes.

Combien de femmes ont une connaissance de leur périnée ? Quelles sont celles qui ont conscience des situations quotidiennes pouvant être délétères ou bénéfiques ? Ou celles qui savent comment le préserver au quotidien ? Cette prise de conscience et cette éducation périnéales peuvent être réalisées par les sages-femmes (soit lors de consultation gynécologique y compris chez les femmes nullipares, soit au cours de séances de rééducation périnéale chez les femmes à la suite d'un accouchement conformément à la législation actuelle), soit par les kinésithérapeutes (au cours de séances de rééducations, chez les hommes ; comme chez les femmes, ayant accouché ou non, et présentant des troubles de la statique pelvienne ou des dysfonctionnements sphinctériens qu'ils soient consécutifs à un accouchement ou pas). Le CNSF regrette la faible part donnée à la prévention en général, et à l'éducation périnéale en particulier. Pour exemple, la rééducation périnéale peut présenter un impact positif en termes de santé sexuelle dans le post-partum : améliorations significatives concernant l'excitation sexuelle, la lubrification, l'orgasme, les échelles de satisfaction ou l'augmentation de la force des muscles du plancher pelvien (NP3). Or, les sages-femmes sont reconnues par les agences nationales, comme l'agence Santé Publique France (anciennement INPES) par exemple, pour être à l'avant-garde des questions de santé sexuelle des femmes.

Ces séances permettent également aux sages-femmes rééducatrices de dépister d'éventuelles difficultés maternelles à l'origine des troubles psychiques du post-partum. Elles peuvent alors assurer l'accompagnement spécifique dans la continuité du suivi de grossesse, de la surveillance du travail et de l'accouchement, et de ses suites. Ces séances deviennent alors un temps d'orientation, si nécessaire, vers une prise en charge adaptée. En conclusion, la transposition clinique des études est bien évidemment à la base de l'art des cliniciens. Toutefois, il est donc nécessaire, pour ne pas dire primordial, d'évaluer nos pratiques françaises spécifiques (des séances prises en charge par l'Assurance maternité pour chaque femme ayant accouché). La France a une expertise dans le domaine de la rééducation périnéale ; encore faudrait-il qu'elle puisse l'évaluer pour publier et donc pour la faire reconnaître. Ces RPC ont mis l'accent sur le fait qu'il est devenu urgent d'évaluer nos pratiques professionnelles. Il pourrait être dommageable que l'absence de recherche conduise à diminuer la réalisation de ces séances en post-partum. C'est donc peut-être une occasion pour les médecins, les sages-femmes et les kinésithérapeutes pour travailler ensemble afin de réaliser ces études qui font tant défaut !

*Pour lire l'intégralité des recommandations du post-partum : [www.cngof.fr](http://www.cngof.fr)*



- ➔ **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.



QUALIAP 001-01/2015

48 rue des Petites Écuries - 75010 Paris  
[www.laboratoire-ccd.fr](http://www.laboratoire-ccd.fr)

# INFECTION URINAIRE ET GROSSESSE

LA GROSSESSE, "PAR SES MODIFICATIONS ANATOMIQUES ET HORMONALES" DEVIENT UNE PÉRIODE PLUS PROPICE AUX INFECTIONS URINAIRES. DE LA COLONISATION URINAIRE À LA PYÉLONÉPHRITE EN PASSANT PAR LA CYSTITIS AIGÛE, L'INFECTION URINAIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE, PEUT ENTRAÎNER DES CONSÉQUENCES NÉFASTES SUR LA MÈRE ET LE FŒTUS. QUELLE ATTITUDE DE DÉPISTAGE ET THÉRAPEUTIQUE ADOPTER ? LE POINT SUR LE SUJET AVEC LES DERNIÈRES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE DE LA SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANÇAISE.

PAR G. DAHAN-TARRASONA

## LA GROSSESSE : UN TERRAIN MINÉ POUR LA CHASSE AUX BACTÉRIES

Les facteurs favorisant l'infection urinaire (IU) chez la femme enceinte sont liés aux modifications qui s'opèrent pendant la grossesse. Tout d'abord, d'un point de vue anatomique, l'utérus gravide entraîne une compression sur l'appareil urinaire, le plus souvent à droite, dû à la dextro-rotation de l'utérus. Les cavités pyélo-calicielles se dilatent dès le 1<sup>er</sup> trimestre et évoluent avec le développement de l'utérus jusqu'au 3<sup>e</sup> trimestre. La vessie, en devenant plus abdominale que pelvienne provoque une dysurie et l'étirement des uretères entraîne un reflux vésico-urétéral.

Sur le plan hormonal, la progestérone aurait une action myorelaxante et favoriserait la stase urétérale et l'augmentation de la capacité vésicale. Les urines subissent aussi des modifications physico-chimiques, l'augmentation de son pH et sa dilution pourraient diminuer son activité bactéricide.

L'immunosuppression physiologique de la grossesse favorise également la présence de bactéries dans l'appareil urinaire. Des facteurs de risques peuvent se surajouter comme des antécédents d'IU, l'activité sexuelle et un bas niveau socio-économique.

## LES GERMES LE PLUS FRÉQUEMMENT RETROUVÉS

Les données épidémiologiques montrent que les enterobactéries prédominent : l'E. coli est majoritaire devant Klebsiella sp, Proteus Mirabilis et Staphylococcus Saprophyticus. La prévalence des résistances est comparable à celle observée chez la femme hors grossesse en particulier pour la résistance aux quinolones et la prévalence des entérobactéries productrices de B lactamase à spectre étendu (EBLSE). En pratique la stratégie thérapeutique optimale sera de privilégier un traitement (TRT) avec une meilleure tolérance materno-fœtale possible, un spectre étroit et un faible impact sur le microbiote intestinal.

## LA COLONISATION URINAIRE GRAVIDIQUE (CUG)

C'est la bactériurie asymptomatique. Sa prévalence pendant la grossesse est de 2 à 10% et contrairement à la femme hors grossesse, la colonisation persiste et peut évoluer vers une PNA en l'absence de traitement (TRT).

### DÉPISTAGE-DIAGNOSTIC

- L'examen généralement recommandé pour le dépistage de la CUG est la bandelette urinaire (BU). Les recommandations françaises considèrent que la bonne valeur prédictive négative des BU associant les leucocytes et nitrites permet de les recommander pour le dépistage de la CUG, surtout chez les femmes sans facteur de risque d'IU, un ECBU n'étant réalisé qu'en cas de positivité de leucocytes ou nitrites (HAS).
- L'ECBU est l'examen de référence pour confirmer le diagnostic de CUG avec un seuil de bactériurie  $\geq 10^5$  UFC/ml.
- L'HAS recommande le dépistage à la 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> consultation. En cas de positivité de nitrites ou leucocytes, un ECBU doit être réalisé. Pour les patientes avec ATCD d'uropathie sous-jacente, diabète, ATCD de cystite aiguë récidivante, l'HAS préconise la prescription d'ECBU à la 1<sup>e</sup> cs de début de grossesse et au 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> mois.

### TRT

- La nécessité d'un TRT des CUG avec bactériurie  $\geq 10^5$  UFC/ml est consensuelle et évite l'évolution vers une PNA. Le TRT ne doit pas être probabiliste mais adapté selon les résultats de l'antibiogramme et débuté dès que possible. Le TRT doit avoir la meilleure tolérance materno-fœtale avec un spectre étroit et un faible impact sur le microbiote intestinal.
- 1<sup>ère</sup> intention : Amoxicilline  
2<sup>ème</sup> intention : Pivmecillinam  
3<sup>ème</sup> intention : Fosfomycine-trométamol  
4<sup>ème</sup> intention : Triméthoprimine sauf les deux premiers mois de grossesse  
5<sup>ème</sup> intention : Nitrofurantoïne-SMX-TMP (à éviter les 2 premiers mois de la grossesse)-amoxicilline-acide clavonique-céfixime ou ciprofloxacine.
- La durée totale du TRT recommandée est de 7 jours, sauf pour la fosfomycine-trométamol en prise unique.

## CYSTITE AIGÛE GRAVIDIQUE (CAG)

Son incidence est inconnue, elle serait chez la femme enceinte de 1 à 2%. Les 3 signes cliniques habituels sont : les brûlures mictionnelles, des douleurs à la miction et la pollakiurie. Une hématurie macroscopique est possible. Son apparition est brutale, les signes peuvent être associés ou isolés.

### DIAGNOSTIC

- Le diagnostic de CAG repose sur l'association des signes cliniques évocateurs et d'un ECBU positif avec leucocyturie et bactériurie significatives.
- Le diagnostic bactériologique nécessite la réalisation d'un ECBU avec antibiogramme. Le seuil de leucocyturie est significatif  $\geq 10^4$ /ml et de bactériurie est significatif pour les E. Coli et Staphylococcus saprophyticus  $\geq 10^3$  UFC /ml et pour les autres enterobactéries (enterocoques, Corynebacterium urealyticum, P. aeruginosa et S. aureus)  $\geq 10^4$  UFC/ml.

### TRT

- Le TRT antibiotique probabiliste doit être débuté avant même les résultats de l'antibiogramme du fait du risque d'évolution d'une PNA.
- En 1<sup>ère</sup> intention : Fosfomycine-trométamol (les méta-analyse de la Cochrane Library de 2011 ne montre pas d'infériorité d'un TRT en dose unique par rapport à un TRT long).
- En 2<sup>ème</sup> intention : Pivmecillinam
- En 3<sup>ème</sup> intention : Nitrofurantoïne
- En 4<sup>ème</sup> intention : Céfixime ou ciprofloxacine

### TRT APRÈS ATBGRAMME

- 1<sup>ère</sup> intention : Amoxicilline
- 2<sup>ème</sup> intention : Fosfomycine-Trométamol
- 3<sup>ème</sup> intention : Triméthoprimine (à éviter les deux premiers mois de la grossesse)
- 4<sup>ème</sup> intention : Nitrofurantoïne - SMX-TMP, amoxicilline-acide clavonique - céfixime ou ciprofloxacine

La durée du TRT est de 7 jours sauf pour la Fosfomycine-trométamol en unidose avec contrôle d'ECBU 8-10 jours après l'arrêt du TRT.

## LA PYÉLONÉPHRITE AIGÛE GRAVIDIQUE (PNA)

Pendant la grossesse, on observe 0,5 à 1% de PNA. Près de 25% des morbidités maternelles sont d'origine urinaire. Quant au risque de prématurité, son lien avec la PNA reste controversé dans les études.

### DIAGNOSTIC CLINIQUE

- La PNA siège le plus souvent à droite. On retrouve les signes de la cystite avec association de fièvre >38,5°C, de douleurs lombaires, le plus souvent unilatérales, de douleur à la palpation de la fosse lombaire. Le tableau clinique peut être aussi incomplet. Les signes de gravité sont les sepsis graves, choc septique, indication de daignage chirurgical ou interventionnel.

### DIAGNOSTIC PARA-CLINIQUE

- L'ECBU est effectué en urgence, les seuils de leucocyturie et bactériurie sont les mêmes que la cystite aigüe. En cas de PNA grave, la réalisation d'hémocultures est indiquée et les seuils de leucocyturie dans les 24h en cas de signe de gravité ou de PNA hyperalgique. Un bilan sanguin avec NFS, CRP et créatinémie est recommandé.

### STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

- L'hospitalisation est usuelle et conseillée, après laquelle un TRT ambulatoire est envisageable chez certaines patientes sélectionnées. Le retour à domicile est le plus souvent possible après 48-72h de surveillance dans les PNA sans signe de gravité sous réserve de disposer des résultats d'ECBU et d'une évolution favorable (accord professionnel).
- Le TRT doit être débuté sans attendre les résultats de l'antibiogramme. Le choix de l'antibiothérapie probabiliste dépend de la présence ou non de signes de gravité et dans les PNA graves, les facteurs de risque d'infection à EBSLE.

### TRT EN L'ABSENCE DE SIGNE DE GRAVITÉ

- 1<sup>ère</sup> intention : Céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération parentérale (céfotaxime ou ceftriaxone).  
En cas d'allergie : aztréonam + amikacine

### TRT SIGNE DE GRAVITÉ

- 1<sup>ère</sup> intention : Céphalosporines 3<sup>e</sup> génération parentérale (Céfotaxime ou ceftriaxone) + amikacine
- En cas d'allergie : Aztréonam + amikacine
- En cas d'antécédent de CUG ou IU à EBLSE <6 mois ou de choc septique avec au moins un facteur de risque d'IU à EBLSE : imipénème + amikacine

### TRT APRÈS ANTIBIOGRAMME

Les antibiotiques recommandés sont :

- Amoxicilline
- Amoxicilline + acide clavonique
- Céfixime
- Ciprofloxacine
- SMX-TMP (sauf les deux premiers mois de grossesse)

La durée du TRT est habituellement de 10 à 14 jours. Une récurrence de PNA est observée chez 20% des femmes enceintes, c'est pourquoi, il est conseillé de réaliser un ECU de contrôle de 8 à 10 jours après la fin du TRT puis tous les mois jusqu'à l'accouchement (accord professionnel).

Source : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française - Décembre 2015.

# Famenpax

comprimés orodispersibles

NOUVEAU



CIP 34009 266 171 1 0

## NAUSÉES ET VOMISSEMENTS DE LA FEMME ENCEINTE

- **1<sup>er</sup>** médicament avec indication pour les **femmes enceintes** pour les **nausées et les vomissements**.\*
- En libre accès.
- **Comprimés orodispersibles**
  - absorption rapide des principes actifs
  - forme ambulatoire.



FEMME  
ENCEINTE



MÉDICAMENT  
HOMÉOPATHIQUE

### Demandez conseil à votre délégué Lehning

**NOUVELLE COMPOSITION :** Coccus indicus 8 DH 5 mg, Tabacum 8 DH 5 mg, Argentum nitricum 6 DH 5 mg, Sepia officinalis 6 DH 5 mg, Borax 4 DH 5 mg, Nux vomica 4 DH 5 mg, pour un comprimé de 250 mg. Excipients : xylitol, cellulose microcristalline, lactose monohydraté, croscarmellose sodique, stéarate de magnésium, arôme citronné. Excipient à effet notoire : lactose. **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :** médicament homéopathique traditionnellement utilisé dans les états nauséux et les vomissements de la grossesse ou du mal des transports. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :** médicament réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 18 mois. 1 comprimé toutes les 10 minutes la première heure, espacer selon amélioration sans dépasser 10 comprimés par jour. Laisser fondre sous la langue, de préférence en dehors des repas. Chez l'enfant de 18 mois à 6 ans : faire dissoudre le comprimé dans un peu d'eau avant son administration en raison du risque de fausse route. Voie sublinguale. **CONTRE-INDICATIONS :** enfant de moins de 18 mois. Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients. **MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :** ce médicament contient du lactose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares). **PROPRIÉTÉS PHARMACODYNAMIQUES :** en l'absence de données scientifiques, l'indication de ce médicament repose sur l'usage homéopathique traditionnel de ses composants. **PRÉSENTATION :** boîte de 40 comprimés sous plaquettes thermoformées. 2 plaquettes de 20 comprimés (PVC/PVDC/Aluminium). **TITULAIRE / EXPLOITANT :** Laboratoires LEHNING - 3 rue du Petit Marais - 57640 SAINTÉ-BARBE - FRANCE. Médicament autorisé n° 34009 266 171 1 0. Médicament non soumis à prescription médicale et non remboursé par la Sécurité Sociale.

Visa 15/04/6 001 489 4/PM/002 - 2016-PI-040

\*Données Celtipharm - CAM mars 2015 - Marché OTC

Retrouvez toutes nos solutions sur  
[www.lehning.com](http://www.lehning.com)

Depuis plus de



  
**LEHNING**  
LABORATOIRES

# Césarienne :

## DES APPROCHES POUR UNE NAISSANCE PLUS DOUCE

CES DERNIÈRES ANNÉES, BEAUCOUP D'EFFORTS ONT ÉTÉ CONSACRÉS À LA PROMOTION D'UNE APPROCHE PLUS PHYSIOLOGIQUE POUR L'ACCOUCHEMENT VOIE BASSE, PAR LA PARTICIPATION ACTIVE DES PARENTS ET LE CONTACT PEAU À PEAU. EN CE QUI CONCERNE L'ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE, IL RESTE ENCORE FORTEMENT ANCRÉ DANS LA TECHNICITÉ CHIRURGICALE, CE QUI PEUT NUIRE À LA SATISFACTION MATERNELLE, À LA MISE EN PLACE DE L'ALLAITEMENT ET PEUT MÊME FAVORISER UNE DÉPRESSION DU POST-PARTUM. COMMENT AMÉLIORER NOS PRATIQUES POUR FAVORISER UN ENVIRONNEMENT BIENVEILLANT DANS UNE SÉCURITÉ AFFECTIVE SANS METTRE DE CÔTÉ LA SÉCURITÉ MÉDICALE ? RÉFLEXIONS À TRAVERS DES EXEMPLES.

### A L'HÔPITAL QUEEN'S CHARLOTTE À LONDRES

L'hôpital de Queen's Charlotte s'est penché sur une approche particulière pour que les parents participent plus activement à la naissance de leur enfant. Les objectifs étant d'impliquer le couple, de favoriser le peau à peau précoce et le taux d'allaitement.

Cette approche plus naturelle se prépare dans les semaines qui précèdent la naissance. En effet, le couple est encouragé à visionner des vidéos pour connaître cette méthode, il pourra choisir la musique au moment de la naissance tout comme la femme pourra porter ses propres vêtements si elle le souhaite. Le jour J, les capteurs (tension, saturomètre) sont plutôt placés sur les jambes et pieds de la patiente afin de lui laisser les bras libres pour accueillir son bébé. La perfusion est quant à elle, posée sur le bras non dominant. L'équipe est très attentive à la prévention des nausées et vomissements, parfois présents avec une rachianesthésie.

Après l'incision, le champ opératoire qui sépare la mère du chirurgien est baissé au moment de la

naissance. L'enfant n'est pas extrait de l'utérus comme dans une césarienne classique, on attend l'effet des contractions ou la respiration de la mère – à qui on peut demander de pousser ou de souffler – pour permettre une naissance plus douce, et même de reproduire la pression exercée sur le thorax pour réduire le risque d'inhalation de liquide amniotique. Une fois sorti, sous les yeux des parents, et le cordon coupé par le chirurgien, le nouveau-né est placé sur la poitrine de la mère en peau à peau. Il peut être mis au sein alors que les chirurgiens poursuivent l'intervention. Bien sûr, la maman est informée au préalable sur la façon de respecter l'asepsie. Le bébé n'est pesé qu'après l'intervention puis remis au conjoint, tandis que la mère est transférée dans un lit. Quant aux bénéfices, des essais randomisés démontrent que le contact peau à peau augmente le taux et la durée de l'allaitement, réduit les pleurs du nourrisson et favorise la relation d'attachement. Bien que l'équipe n'ont pas réalisé d'évaluation pour ne pas imposer au couple une césarienne classique ou dite naturelle, les parents ont accueilli favorablement cette méthode avec un meilleur vécu de l'accouchement et moins de frustration alors



© Fabienne Billon

que le passage au bloc peut être perçu comme un échec. Finalement ces démarches « amis » des bébés, des mères et des pères qui visent à optimiser la satisfaction des couples ne demandent pas vraiment de moyens, juste une remise en question des pratiques des équipes, pour cesser de réaliser ce qui n'a pas fait la preuve de son utilité...

### A LA CLINIQUE DES FRANCISCAINES À VERSAILLES

Pour participer à la naissance de leur enfant, en cas de césarienne programmée, à la clinique des Franciscaines, les femmes utilisent un embout pour souffler. En soufflant, elles contractent les abdominaux pour servir l'intention d'accompagner le bébé vers le bas. Le côté chirurgical de cet acte est alors un peu oublié. Le Dr Simon, gynécologue-obstétricienne à la clinique, qui a eu cette idée, y associe aussi une méthode opératoire particulière pour diminuer les inconforts post-opératoires de la mère. Après avoir incisé classiquement, de façon horizontale la peau, elle ouvre l'aponévrose dans le sens inverse et évite aussi au maximum d'ouvrir le péritoine. Par la suite les soins du nourrisson

sont réalisés dans le bloc puis il est placé en peau à peau sur la poitrine de sa mère jusqu'à la fin de l'intervention.

**La technique en vidéo : [urlz.fr/43p4](http://urlz.fr/43p4)**

### UNE PARTICIPATION ACTIVE AVEC NAÏTRE ENCHANTÉ®

Il s'agit d'une méthode d'expression vocale ajustée construite sur les états de bien-être physique et psychique. Les vibrations émises par la mère –et le père s'il le souhaite– tiennent à distance les douleurs physiques et psychiques en créant un espace de sécurité et d'harmonie où le couple se sent maître de la situation. Cette méthode, qui s'adapte à tout mode d'accouchement, fait l'objet d'un protocole de recherche mis en place par l'Unité de Recherche Clinique et d'Innovation de l'hôpital Foch, à la maternité de Pertuis (84).

[naitreenchantees.com](http://naitreenchantees.com)



Flashez ce code pour voir le témoignage d'une patiente Angélique (à 19 min 42) sur : [lc.cx/4tHw](https://lc.cx/4tHw)

# EXPÉRIENCE DE LA MATERNITÉ ST-JOSEPH À MARSEILLE



Avec **Fabienne Billon**, sage-femme

Au cours de l'entretien prénatal, j'ai rencontré Mme P, qui 10 ans après son dernier accouchement, attendait son 4<sup>e</sup> garçon. Elle a accouché 2 fois par césarienne, l'une prophylactique à 38 SA pour gémellité, selon le protocole en vigueur de la maternité, et la seconde, systématique pour utérus cicatriciel.

De ces naissances, Mme P, a ressenti une énorme frustration de ne pas avoir mis au monde ses enfants naturellement, d'en être séparée dès la naissance et des difficultés à instaurer une relation avec eux rapidement. Un mauvais vécu qui s'explique aussi par un sentiment de solitude, sans son conjoint et sans ses enfants le jour de son accouchement.

A travers son histoire, revenait sans cesse le mot « subir » : *« j'ai dû subir ma première césarienne, j'ai subi la douleur, le fait de ne pas pouvoir m'en occuper... »*. Ce fut une évidence, à travers son désarroi, trouver un processus lui permettant de mettre au monde son 4<sup>e</sup> enfant de la meilleure façon qui soit pour elle et son mari. Il fallait qu'elle accepte pleinement et sereinement cette 3<sup>e</sup> naissance par césarienne. Alors lorsque je lui ai posé la simple question : *« que souhaitez-vous pour la naissance de votre enfant? »*, elle m'a répondu 3 choses : *« que mon mari soit présent, que je participe à sa venue au monde, que je puisse le prendre sur moi dès sa naissance »*.

En tant que sage-femme ces demandes sont banales quand il s'agit d'un accouchement par voie basse mais lorsqu'il s'agit d'une césarienne, il en est tout autrement. Je savais que dans d'autres pays, il se pratiquait des césariennes moins médicalisées, plus participatives pour les futurs parents. J'ai lu divers articles et pris contact avec l'obstétricien en charge de Mme P, que je savais attentif au bien-être de ses patientes, pour lui

exposer son projet de césarienne naturelle et comment je voyais son exécution.

Il a été tout de suite favorable à cette demande, nous avons alors informé les professionnels de la salle de naissance de ce projet. La veille de la césarienne, j'ai vu les équipes pour tout finaliser et surtout les rassurer. Le jour de la naissance, l'ensemble de l'équipe a été formidable. Mme P accompagnée de son mari dès le passage au bloc opératoire, a mis des gants stériles pour accueillir son bébé dès sa sortie, elle l'a attrapé des mains de l'obstétricien pour l'amener vers elle et savourer ensuite un réconfortant peau à peau.

La joie et le bonheur dans les yeux des parents de « Elijah » ont été le meilleur des remerciements pour toute l'équipe. Elle-même nous a écrit *« que le déroulement de cette naissance a changé à jamais le cours des choses... Malgré les contraintes d'organisation et d'asepsie, on m'a permis de vivre cette inévitable césarienne le mieux possible [...] avec une impression de vivre un accouchement naturel, ce qui m'avait manqué jusque-là pour avancer [...] je suis certaine que cela a permis une belle rencontre entre mon bébé et moi et la relation fusionnelle que je partage aujourd'hui avec lui »*.

De telles rencontres nous permettent de réfléchir, de réaliser que les accouchements, voie basse ou voie haute, ne nous appartiennent pas et nous nous devons d'accompagner les couples dans leur projet de naissance, de *« proposer cette méthode à celles qui ont fait l'expérience de césariennes traumatisantes et ne pouvant se défaire du sentiment d'échec et de femme non accomplie »* comme nous l'a exprimé Mme P. Et ceci, malgré nos difficultés de logistiques et nos obligations médicales.



Avec **Edwin Quarello**, gynécologue-obstétricien en charge de la patiente

La demande de Mme P a suscité réflexion et la sensibilisation des acteurs qui entourent la naissance surtout d'un point de vue logistique. Il est vrai que cette pratique requiert plus de temps et demande anticipation mais elle tout à fait réalisable lorsque le bloc d'accouchement ne présente pas d'autres urgences simultanées. Au final, sans modifier la stratégie chirurgicale et les règles d'asepsie, ce mode de césarienne

a permis à la patiente d'être un peu plus actrice de son accouchement.

Je suis bien entendu volontaire pour renouveler ce type de souhait. Comme souvent en médecine, le fait d'accepter de changer nos habitudes est souvent associé à une source d'enrichissement professionnel et personnel. Et c'est au travers de ce type de demande que l'ensemble de l'équipe périnatale se retrouve encore plus soudée !

Sources :

*The natural cesarean : woman-centred technique.* J Smith, F Plaat, NM Fisk. BJOG 2008 ; 115 :1037-1042

Michel Briex, « césarienne naturelle » Spirale 2015/4 (N°76), p 86-89. DOI 10.3917/spi076.0086

*Pour une grossesse et une naissance heureuses,* de Magali Dieux, Patrice Van Eersel, Benoit Le Goedic, Editions Actes Sud

# NUK®

Le meilleur dès  
les premières heures.

60 ANS  
D'INSPIRATION



## NUK®, la tétine des maternités\*

Inspirées par la nature, les tétines physiologiques NUK sont utilisées chaque jour dès les premières heures en maternité.



### Forme physiologique

Forme qui reproduit le sein en bouche et favorise le bon développement buccal

### Digestion optimale

Ventilation anti-colique et régurgitation AIR SYSTEM qui limite l'absorption d'air



### Transition sein / biberon favorisée\*\*

La base élargie reproduit une tétée naturelle proche du sein maternel



Pour découvrir la gamme de biberons et tétines Nuk First Choice+ Rendez-vous sur [www.nuk.fr](http://www.nuk.fr)

\*Même filine à embout physiologique NUK qui équipe la majorité des biberons à usage unique en maternité \*\*Pour une combinaison optimale entre l'allaitement au sein et l'allaitement au biberon. Morad et al. BMC Paediatrics 2010, 10:6. Pour en savoir davantage consultez [http://en.nuk.de/all\\_about\\_nuk/studies](http://en.nuk.de/all_about_nuk/studies)

## GRAND PRIX EVIAN

# QUE REPRÉSENTE L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE POUR LES SAGES-FEMMES ?

NOUS RETROUVONS POUR CE NUMÉRO DE PDSF LE RÉSUMÉ ORIGINAL DU MÉMOIRE DE MARIE GREVE PRIMÉ DANS LA CATÉGORIE PRIX SCIENTIFIQUE DU GRAND PRIX EVIAN 2015. LE SUJET : *LE SENS DE L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE POUR LES SAGES-FEMMES CONFRONTÉS À LEURS PRATIQUES EN SALLE DE NAISSANCES : ÉTUDE RÉALISÉE AUPRÈS DES SAGES-FEMMES DE MIDI-PYRÉNÉES.*



## INTRODUCTION

Dans la première moitié du siècle dernier, les progrès de la médecine ont eu un impact considérable sur la diminution de la mortalité maternelle et infantile. Ces évolutions ont modifié l'environnement de la naissance et les sages-femmes ont dû s'adapter aux prises en charge davantage techniques des accouchements, parfois au détriment de la physiologie. Aujourd'hui, quel sens les sages-femmes donnent-elles/ils à l'accouchement physiologique et quelle place peuvent-elles/ils lui accorder en salle de naissances ?

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

Les objectifs de notre étude étaient d'analyser les points de vue des sages-femmes sur l'accouchement physiologique, étudier leurs pratiques en salle de naissance et évaluer leur satisfaction sur l'accompagnement de ces accouchements. Nos hypothèses supposaient que les sages-femmes donnaient de l'importance au respect du processus naturel de l'accouchement mais qu'elles/ils n'étaient

pas satisfaites de l'accompagnement qu'elles/ils pouvaient donner en salle de naissance lors d'un accouchement physiologique. Une enquête par entretiens semi-directifs a été réalisée auprès de 16 sages-femmes travaillant en salle de naissance dans des maternités de tailles et de niveaux variés. L'expression riche et spontanée des interviewés a permis d'identifier des thèmes principaux qui nous ont servi à compléter cette recherche qualitative par une enquête quantitative (59 questionnaires).

## RÉSULTATS

Le concept d'accouchement physiologique est complexe et les critères pour le définir diffèrent entre les sages-femmes. Pour les professionnels, c'est une notion importante et à respecter, bien que la majorité exprime des difficultés à l'accompagner. Les sages-femmes affirment leur spécificité à accompagner la physiologie de l'accouchement. L'élément essentiel est leur présence auprès des couples, qui dépasse la simple surveillance du travail. Les sages-femmes recherchent l'adaptation à leurs

projets, rendant les mères actrices et incluant les pères. Cependant, certaines pratiques effectuées par habitudes de service semblent, à leurs yeux, altérer le confort des patientes et compromettre le déroulement physiologique de l'accouchement.

### ANALYSE ET DISCUSSION

Quelques sages-femmes sont satisfaits de leur travail grâce à la disponibilité et à l'autonomie dont elles/ils disposent, dans une relation de confiance au sein de l'équipe médicale. Mais la plupart souhaiteraient des conditions de travail plus propices pour être au service des couples. Ils évoquent la suractivité et ses conséquences sur les soignants (fatigue, travail centré sur la technique) et sur les patientes (recours à la péridurale). Ils soulignent l'importance de l'environnement matériel (salles physiologiques et équipement adapté) et humain (projet d'équipe). Concernant leur formation, certains parlent de « formatage » de la maternité-école de type 3 et regrettent de ne pas avoir suffisamment approfondi l'accompagnement de la physiologie. Afin d'améliorer la qualité des soins autour de la naissance et répondre aux attentes des sages-femmes concernant une prise en charge plus physiologique de l'accouchement,

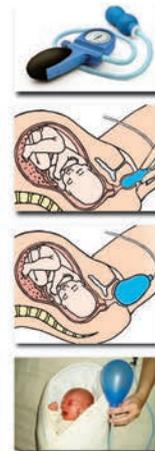
**"Les établissements de santé pourraient mettre à disposition un matériel adapté, augmenter les effectifs (« l'idéal » serait une sage-femme par patiente) et proposer des formations spécifiques."**

les établissements de santé pourraient mettre à disposition un matériel adapté, augmenter les effectifs (« l'idéal » serait un/une sage-femme par patiente) et proposer des formations spécifiques. L'ouverture des maisons de naissance permettrait également une nouvelle offre de soin comportant un suivi personnalisé dans le respect de la physiologie. Enfin, il apparaît nécessaire que les sages-femmes se réapproprient ce concept de physiologie et approfondissent leurs pratiques dans ce champ de compétences.

*Mémoire présenté et soutenu par Marie GREVE née ESTEVE Sous la direction d'Henny JONKERS, Sage-femme libérale- Année Universitaire 2014-2015-ECOLE DE SAGES-FEMMES CHU DE TOULOUSE*

# 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**

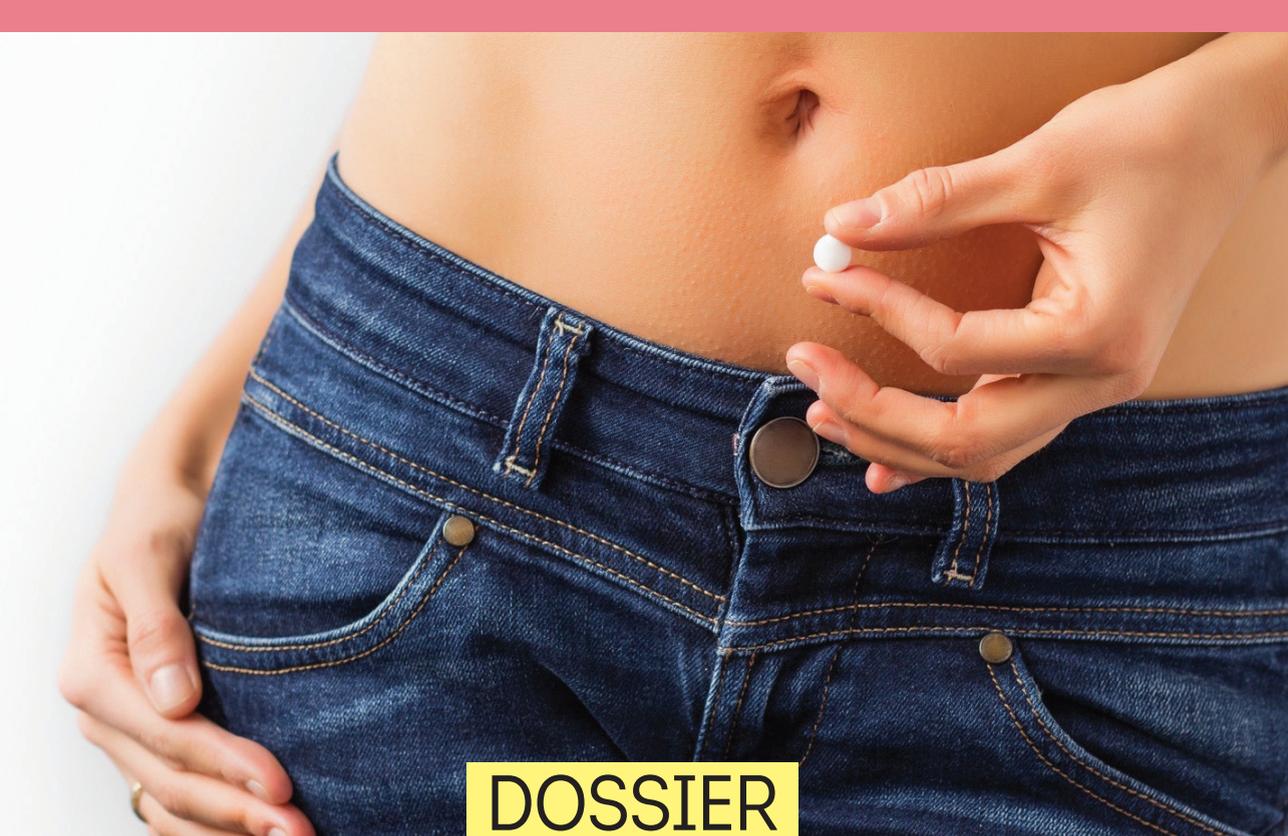
N° agrément SS : 77 260 273 6

**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





DOSSIER

# Contraception

DEPUIS LA NUIT DES TEMPS, LES FEMMES ONT CHERCHÉ À CONTRÔLER LEUR FERTILITÉ. DU PRÉSÉRATIF EN PEAU DE MOUTON AUX INFUSIONS DE PLANTES MÉDICINALES (GRÈCE ANTIQUE), EN PASSANT PAR DES BOULES D'OR À INSÉRER DANS LE VAGIN (XVIII<sup>E</sup> SIÈCLE), LES SOCIÉTÉS D'ANTAN N'ONT PAS MANQUÉ D'ORIGINALITÉ. IL FAUDRA ATTENDRE LES ANNÉES 60 POUR QUE LA 1<sup>ÈRE</sup> CONTRACEPTION SOIT COMMERCIALISÉE. UNE VICTOIRE POUR LES FÉMINISTES, AUSSI POUR LES AUTRES, QUI L'ONT TOUT DE SUITE ADOPTÉE AUX ÉTATS-UNIS, MALGRÉ DES EFFETS SECONDAIRES INVALIDANTS. C'EST 7 ANS APRÈS, AVEC LA LOI NEUWIRTH, QUE LES FRANÇAISES ONT PU SE LA PROCURER LÉGALEMENT. UNE RÉVOLUTION FÉMININE QUI CHANGE ENFIN LE RAPPORT DES FEMMES À LA SEXUALITÉ. DEPUIS DE L'EAU A COULÉ SOUS LES PONTS, UNE CONTRACEPTION, OUI MAIS PAS À N'IMPORTE QUEL PRIX SURTOUT LORSQU'ON SAIT QUE 50% DES ÉVÈNEMENTS CARDIO-VASCULAIRES APRÈS 45 ANS SONT ATTRIBUABLES À LA CONTRACEPTION. CELLE-CI SE DÉFINIT AUJOURD'HUI PLUS COMME UN PROJET QUI DOIT ÊTRE EN PARFAIT ADÉQUATION AVEC LE CHOIX DE LA PATIENTE ET L'IDENTIFICATION DE SES FACTEURS DE RISQUE.

POUR CE NUMÉRO, PDSF A CHOISI D'ABORDER LA CONTRACEPTION DANS DES SITUATIONS PARTICULIÈRES : LES FEMMES À RISQUE CARDIO-VASCULAIRE ET LES FEMMES EN POST-PARTUM. ENFIN NOUS PARLERONS AUSSI DE CES NOUVEAUX CENTRES D'EXCELLENCE POUR FORMER LES PROFESSIONNELS À LA POSE ET AU RETRAIT DE L'IMPLANT.

PAR G.DAHAN-TARRASONA

Source : "L'invention de la pilule", Les Cahiers de Sciences et Vie, n°10, août 1992

# FEMMES À RISQUE CARDIO-VASCULAIRE ET CONTRACEPTION : UN CHOIX STRATÉGIQUE

LA PRESCRIPTION D'UNE CONTRACEPTION CHEZ UNE FEMME À RISQUE CARDIO-VASCULAIRE DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIÈRE COMBINANT UNE MÉTHODE EFFICACE ET SANS SUR-RISQUE DE COMPLICATIONS CARDIO-VASCULAIRES. AUJOURD'HUI, LES MOYENS LES PLUS ADAPTÉS SONT LA CONTRACEPTION MÉCANIQUE ET PROGESTATIVE.



Avec **Pr Veronique Kerlan**, chef d'endocrinologie au CHU de Brest

## IDENTIFIER LES FEMMES À RISQUE

Avant toute prescription d'un contraceptif, il est primordial d'identifier les femmes à risque cardio-vasculaire. Un interrogatoire policier est de mise pour prendre note des antécédents (ATCD) personnels et familiaux de 1<sup>er</sup> degré (parents, fratrie, enfants) ainsi que des éventuels facteurs de risque (>35 ans, dyslipidémie, tabac, diabète, hypertension, surpoids-obésité, migraine avec aura, thrombophilie biologique connue, ATCD familiaux IDM ou AVC avant 60 ans). Celui-ci est suivi d'un examen clinique rigoureux au cours duquel on ne doit pas passer à côté de la mesure du poids, du calcul de l'indice de masse corporel (IMC), de la tension artérielle et de la recherche de varices. Si la contraception oestroprogestative (COP) est possible, un bilan sanguin comprenant le dosage du cholestérol total, de triglycérides et une glycémie doit être réalisé 3 mois après le début de sa prise.

Pour aider les professionnels à la prescription d'une contraception hormonale combinée, il existe un outil, publié par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de

santé (ANSM). Il compte deux listes de questions, l'une, si elle obtient une réponse positive contre-indique la COP et l'autre, constituée d'items (>35 ans, IMC > 30Kg/m<sup>2</sup>...), enclins à rediscuter avec la patiente du bien-fondé d'un contraceptif de ce type. Bien sûr, ce risque doit être réévalué régulièrement, car il peut changer avec le temps tout comme le choix de la patiente.

Lorsque ces femmes sont identifiées, le professionnel peut se référer à la fiche mémo «contraception chez la femme à risque vasculaire», fondée sur des recommandations de bonnes pratiques des plus récentes et les critères de l'OMS de 2009 pour les orienter vers une contraception optimale. On n'oubliera pas de sensibiliser ces femmes sur les signes évocateurs d'une thrombose pour les inciter à consulter rapidement leur médecin.

## DES DONNÉES EN FAVEUR DES PROGESTATIFS

Il est clairement admis que les oestroprogestatifs, quel que soit leur mode d'administration, augmentent les risques thromboemboliques en

**"Sous respect des contre-indications, il n'y a aucune restriction à utiliser le DIU au cuivre chez les femmes à risque cardio-vasculaires."**

modifiant les facteurs de l'hémostase avec un effet maximum la 1<sup>ère</sup> année. Une fois arrêtés, les modifications sur l'hémostase disparaissent environ dans les 3 mois. En revanche, concernant les contraceptions progestatives (microprogestatif, macroprogestatif, implant, DIU), des études concluent à l'absence de risque significatif de maladies thromboemboliques au sein de la population générale. En tout cas, ces moyens n'ont pas d'impact sur l'hémostase ce qui est assez rassurant, excepté pour le progestatif injectable en IM (medroxyprogestérone acétate) rarement utilisé en France mais plus fréquemment dans le monde. S'il y a peu de données concernant les effets des progestatifs sur les femmes à risque, il existe, néanmoins, une étude de Chabbert-Buffet qui n'a pas montré de risque de récurrence chez les femmes avec antécédents de maladie thromboembolique veineuse (MTEV) utilisant des progestatifs comparativement aux non-utilisatrices.

### ET LES AUTRES MÉTHODES ?

Sous respect des contre-indications, il n'y a aucune restriction à utiliser le DIU au cuivre chez les femmes à risque cardio-vasculaires. En revanche, celles porteuses de valvulopathie avec complication ou sous anticoagulant feront objet d'un suivi plus attentif que la normale (HAS). Avec une moindre efficacité, les méthodes barrières (diaphragme, préservatif masculin/féminin...) pourront être une alternative chez les femmes qui le souhaitent.



## PRÉVENIR LA MTEV DE LA FEMME ENCEINTE

Depuis 10 ans la proportion de femmes enceintes atteintes de MTEV augmente constamment en France. Elle représente la 2<sup>e</sup> cause de de mortalité maternelle (InVS). Le risque est présent dès le début de la grossesse, augmente au fil des trimestres, culmine 1 semaine après l'accouchement et diminue ensuite mais persiste jusqu'à 12 semaines après l'accouchement. Selon l'InVS la MTEV touche 1,8 femmes enceintes sur 1000. Comment la prévenir ?

### IL EXISTE 3 MOYENS DE PRÉVENIR LA MTEV :

- 1** **L'exercice physique régulier**, la marche quotidienne, notamment, participe au bon fonctionnement du système veineux. Il sera associé à un mode de vie sain.
- 2** **La compression médicale** : Selon l'HAS elle doit être systématiquement portée dès le début de la grossesse et après l'accouchement. Le CNGOF précise que la contention en postpartum est recommandée que l'accouchement soit par voie basse ou par césarienne. L'incidence du risque thromboembolique diminue de 66% avec le port de bas médicaux de compression. Ils constituent un traitement préventif de la maladie thromboembolique veineuse et le traitement quotidien de l'insuffisance veineuse.
- 3** En cas de facteurs de risque (ATCD phlébite, tabac, obésité, césarienne en urgence), cette prévention sera complétée par des **anticoagulants injectables**.

Olié V et al. *Maladie veineuse thromboembolique pendant la grossesse et le postpartum, France, 2009-2014*

HAS. *Dispositifs de compression médicale à usage individuel: utilisation en pathologie vasculaire. Révision de la liste des produits de prestation remboursables, septembre 2010. Journal des maladies vasculaires. 2011,36(3), 174-184*

CNGOF. *Recommandations pour la pratique clinique. Postpartum. Décembre 2015.*

SFA. *Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale. Recommandations pour la pratique clinique 2005.*

## RÉCAPITULATIF CHOIX DU CONTRACEPTIF ET FEMME À RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

Antécédents	Contraception oestroprogestif (COP)	Progestatif (microprogestatif, implant, DIU au Levonorgestrel)	DIU en cuivre
Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire	Formellement et définitivement CI (En cours d'épisode aigu, arrêt de la contraception à la fin de la plaquette).	Possible avec suivi attentif.	Possible avec suivi normal.
ATCD familiaux de MTEV	L'HAS recommande de ne pas prescrire de COP qu'une thrombophilie biologique ait été retrouvée ou non chez l'apparenté au 1er degré avant l'âge de 50-60 ans.	Utilisable avec suivi normal.	Possible avec suivi normal.
La chirurgie avec immobilisation prolongée	CI formelle.	Possible avec suivi attentif.	Possible avec suivi normal.
Les femmes porteuses d'une thrombophilie biologique diagnostiquée dans le cadre d'une étude familiale	CI.	Possible avec suivi attentif.	Possible avec suivi normal.
Une thrombophilie acquise	CI.		
ATCD Cardiopathie ischémique	CI formellement.	Discussion collégiale spécialisée.	Possible avec suivi normal.
Céphalées migraineuses	CI absolue si migraine avec aura Risque d'AVC x 7 chez les femmes migraineuses utilisatrices de COP et par 10 si une aura et un tabagisme sont présents.  Sans aura et <35 ans : possible avec surveillance particulière, Sans aura >35 ans : non recommandé.	Possible avec suivi attentif.	Possible avec suivi normal.
Lupus érythémateux disséminé	Formellement CI la COP augmente le risque de poussée de la maladie et favorise le risque de thrombose artérielle et veineuse.	Suivi plus attentif chez femmes avec DIU sous immunosuppresseur.	Préférables.
syndrome des antiphospholipides	Formellement CI risque de thrombose X 10 avec COP.	Suivi plus attentif chez femmes avec DIU sous immunosuppresseur.	Préférables.
HTA	*CI si HTA élevée (systolique > 160 diastolique >100 mmHg) Non recommandée même si HTA contrôlée.	*Possible avec suivi normale si HTA contrôlée. *Avec suivi attentif si HTA élevée,	Utilisable avec suivi normal.
Tabac	Formellement CI après 35 ans chez les fumeuses de > 15 cigarettes/j.		
Dyslipidémie	CI si si LDL>2,2 g/L ou triglycérides>2g/L Si < bilan lipidique 3 mois après le début de la COP.	Peu androgénique ou DIU si LDL>2,2 g/L ou triglycérides>2g/L,	Utilisable avec suivi normal.
Obésité	Avec précaution autorisé chez la femme de moins de 35 ans avec obésité isolée.	Si FDR associés.	Si FDR associés.
Chirurgie de l'obésité	Tous les contraceptifs oraux doivent être évités en raison d'une possible malabsorption sinon même schéma que pour « obésité ».		
Diabète type 1 et 2 (consensus SFE 2010)	COP utilisable sous surveillance si pas de complication ni FDR.	Si complication(s) (néphropathie, rétinopathie proliférante ou œdémateuse ou ischémique, pathologie cardiovasculaire ou neuropathie) et/ou FDR (dyslipidémie, HTA, tabac, durée de diabète > 20 ans) associé(s).	Si complication et/ou FDR associé.

# Contraception

## DU POST-PARTUM

PARMI LES SITUATIONS CONTRACEPTIVES PARTICULIÈRES, LE POST-PARTUM EN FAIT BEL ET BIEN PARTIE. LE TAUX D'IVG DANS LES 6 À 12 MOIS QUI SUIVENT LA NAISSANCE S'ÉVALUE EN FRANCE À 4%, SOIT PLUS DE 2 FOIS DU TAUX MOYEN ANNUEL. DES CONSEILS CONTRACEPTIFS S'IMPOSENT DONC POUR CETTE PÉRIODE OÙ DES CHANGEMENTS PHYSIOLOGIQUES, ÉMOTIONNELS ET SEXUELS S'OPÈRENT.



Avec **Dr Teddy Linet**, gynécologue-obstétricien, centre hospitalier Loire-Vendée

### SORTIR DE LA MATERNITÉ AVEC UNE CONTRACEPTION EFFICACE

Quand vient le moment de parler contraception au sortir de la maternité, la réceptivité des patientes n'est pas à son maximum, pour autant, si ce sujet n'a pas été abordé lors de la grossesse, il ne devra pas passer à l'as.

Le CNGOF recommande d'ailleurs aux professionnels que toutes les femmes sortent de la maternité avec une contraception efficace pour limiter le risque de grossesse non désirée. Il est important de leur expliquer qu'une ovulation est possible à partir du 21<sup>e</sup> jour après l'accouchement quand il s'agit d'un allaitement artificiel. Pour l'allaitement maternel, qui induit une anovulation, le retour de couches est imprévisible : 33% ovulent à la 6<sup>ème</sup> semaine et plus de 70% à 6 mois.

### LE CHOIX CONTRACEPTIF

Pour les femmes, qui le souhaitent, l'HAS recommande de débiter une contraception, au plus tôt 21 jours après l'accouchement. Les progestatifs, non associés à un risque thrombo-embolique veineux (TEV) – hormis les injectables – sont une option pour cette période, car rappelons-le, 50% des événements TEV surviennent dans le post-partum, notamment durant les 3 premières semaines suivant l'accouchement, avec un risque

persistant jusqu'à 12 semaines. Pour le CNGOF et l'OMS, les micro-progestatifs et l'implant peuvent être initiés bien plus tôt, dans les 48h suivant la naissance quel que soit le mode d'allaitement. Pour les femmes préférant une méthode longue durée, ou dont l'observance fait défaut, le DIU sera aussi adapté à cette période. Si la France reste frileuse pour une pose du DIU dans les 48 premières heures, il n'en demeure pas moins qu'elle réduirait de 88/1000 femmes le nombre de grossesses non désirées sur 2 ans, selon une étude américaine. Passé ce délai précoce, l'OMS recommande d'attendre 4 semaines pour une pose de DIU que la patiente ait eu une césarienne ou non. Le CNGOF, pour sa part, suggère une pose lors de la visite postnatale, d'un DIU hormonal ou en cuivre et ce indépendamment du mode d'allaitement.

En raison du risque élevé des MTEV (X 22 à 84 selon l'OMS) dans le post-partum, jusqu'à 42 jours, il est plus prudent de recourir aux oestroprogestifs dépassé ce délai pour le CNGOF. Si la patiente tient à reprendre une pilule oestroprogestative, le CNGOF recommande entre la 6<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> semaine, d'évaluer la balance bénéfico-risque en tenant compte des facteurs de risques associés (tabac, >35 ans, IMC > 30, hémorragie du post-partum, césarienne, pré-éclampsie, tabac, trans-

fusion à la naissance, immobilisation prolongée, migraines). En revanche, l'OMS, en absence de facteur de risque et de contre-indication, envisage la prise d'oestrogénostatifs 21 jours après l'accouchement pour les femmes non allaitantes et 6 semaines après en cas d'allaitement partiel. Pour l'ensemble des sociétés savantes en dehors du CRAT, les femmes qui allaitent devront attendre 6 mois avant de commencer une contraception oestroprogestative.

## LES MÉTHODES NATURELLES ET LOCALES

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, MAMA, (allaitement exclusif, de jour et de nuit, 6 à 10 tétées/j, pas plus de 6h entre les tétées la nuit et 4h le jour, aménorrhée persistante) est une méthode contraignante puisque seulement 20 à 26 % des patientes suivent les conditions. Une publication postérieure aux recommandations du CNGOF a permis de montrer que la méthode MAMA n'était pas plus efficace qu'un allaitement exclusif simple chez une femme en aménorrhée dans les 6 premiers mois du post-partum. L'allaitement exclusif chez une femme en aménorrhée présente cependant un effet contraceptif jusqu'à 6 mois. Il s'agit néanmoins d'un choix « risqué » puisque le retour de cycle est imprévisible. Dans les études, on note un risque de grossesse à 6 mois allant de 0,45 à 2,45%.

Mal adaptés pour cette période et avec un taux d'échec important, le CNGOF déconseille l'utilisation des méthodes locales (diaphragme et cape), excepté le préservatif.

### Références :

CNGOF Recommandations pour la pratique clinique post-partum 2015

B. Racciah-Tebeka a, G. Plu-Bureau b. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2015) 44, 1127-1134.

Egbuonu I, E Zechukwu CC, Chukwuka JO, Ikechebelu JL. Breast-feeding, return of menses, sexual activity and contraceptive practices among mothers in the first six months of lactation in Onitsha, South Eastern Nigeria. *J Obstet Gynaecol*. 2005 ; 25 : 500-503.

HAS, juillet 2013. La contraception chez la femme en post-partum.

Meng K, Hu X, Peng X, Zhang Z. Incidence of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonat Med*. 2015 ; 28 (3) : 245-53.

Jacobsen AF, Skjeldstad FR, Sandset PM. Incidence and risk patterns of venous thromboembolism in pregnancy and puerperium- a register-based case-control study. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 ;198(2) :233.e1-7.

US. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013 : adapted from the world health Organization selected practice recommendations for contraceptive use, 2nd edition. *MMWR Recomm Rep*. 2013 ;62 :1-60.

Washington CI, Jamshidi R, Thung SF, Nayeri UA, Caughey AB, Werner EF. Timing of post-partum intrauterine device placement : au cost-effectiveness analysis. *Fertil Steril*. 2014.

Van der Wijden C, Manion C. Lactational amenorrhoea method of family planning. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 ; 10 : CD001329.

**topaze**  
va vous  
SURPRENDRE !

**NOUVEAU**  
LE SUIVI DE  
GROSSESSE !  
”

LOGICIEL  
HOMOLOGUÉ  
CCAM  
TOPAZE

POUR UN  
CABINET  
BIEN GÉRÉ

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

**19€**  
/ MOIS TTC\*

[www.topaze.com](http://www.topaze.com)

N° Vert 0 800 629 926

\* Primes de télétransmission et SCOR déduites. Engagement 36 mois. Installation selon configuration. Topaze est une solution d'idea

# DES CENTRES D'EXCELLENCE POUR APPRENDRE À POSER ET RETIRER L'IMPLANT MAIS PAS SEULEMENT !

MSD A ANNONCÉ EN MARS DERNIER LE LANCEMENT DES CENTRES D'EXCELLENCE NEXPLANON® POUR FORMER ET ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AUTOUR DE L'IMPLANT CONTRACEPTIF. VALIDÉS PAR L'AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ, PAS LOIN D'UNE DIZAINE DE CENTRES ONT ÉTÉ MIS EN PLACE DANS TOUTES LES RÉGIONS DE FRANCE.

Le laboratoire MSD France a ouvert plusieurs centres d'excellence Nexplanon® en France (Saint-Cloud, Marseille, Lille, Strasbourg, Lyon, Nantes, Bordeaux, Toulouse, Annecy), principalement mis en place dans les centres hospitaliers, autour des médecins référents de la région et d'un expert national du groupe GERICO (Groupe d'Experts de Réflexion autour de l'Implant Contraceptif). Ils ont pour vocation le partage d'expérience et la formation pour un bon usage du dispositif et une prise en charge optimale des patientes. Les objectifs sont, tout d'abord, offrir une formation de haut niveau pour les praticiens qui souhaitent commencer à proposer Nexplanon® à leurs patientes et aussi de créer un lieu d'échanges et de bonnes pratiques pour renforcer la formation continue et partager le savoir-faire entre praticiens (gynécologues,

médecins généraliste, sages-femmes). Cette formation continue s'inscrit dans le long terme, sur les actes de pose, de localisation et de retrait qu'il soit aisé ou non. Aussi, comme le signale le Dr Nicolas Castaing, « le counselling qui entoure la pose est le meilleur garant de succès importants sans lequel on a des risque d'échec ou de retrait prématuré ». Alors que jusqu'ici les professionnels s'exerçaient à poser le bâtonnet radio-opaque et écho visible depuis 2011- sur des bras en plastique, ils pourront désormais se former sur des patientes volontaires. Les sessions sont donc à la fois théoriques et pratiques, avec des discussions, des conseils, des vidéos commentées ainsi qu'une revue de la littérature sur la contraception. Elles visent aussi à former des médecins experts répartis sur l'ensemble du territoire national.



Avec le **Dr Nicolas Castaing**, gynécologue-obstétricien, PH au centre hospitalier des Quatre Villes à Saint-Cloud et expert du réseau Nexplanon®

Considérée comme contraception de référence par l'OMS, avec la meilleure efficacité dans la vie réelle, l'implant reste malgré tout méconnu des professionnels et par conséquent des patientes. Sa sous-utilisation est liée à un manque de maîtrise de son maniement et à une méconnaissance sur la tolérance et l'intérêt des méthodes progestative réversible de longue durée d'action (LARC). Il est notoire en France que le taux d'IVG ne baisse pas (14,8 femmes pour 1000 de 15 à 49 ans en 1990 et 14,5 en 2015, selon l'Institut national d'études démographiques). Tout le monde en France a accès à la contraception mais elle demeure toujours un problème en 2016, notamment pour les adolescentes et les plus démunies. Même si la pilule est fiable, 1 femme/3 prenant une contraception orale avorte, 1 femme sur 2 est sous pilule

alors qu'1 sur 5 présente des problèmes d'observance. Il est donc opportun de promouvoir cette méthode, certes nouvelle, mais qui présente de nombreux atouts. L'implant est sans œstrogène, réversible, actif pendant 3 ans, avec peu de contre-indication et surtout fiable à 99,9%. De plus il est aussi remboursé par la sécurité sociale (sur prescription médicale, sans avance de frais pour les mineures d'âgées d'au moins 15 ans ou remboursé à 65% par l'Assurance Maladie pour les femmes majeures). A l'heure actuelle, seule 7% des patientes bénéficient de l'implant contraceptif... C'est pourquoi, l'information et la formation des professionnels joue un rôle primordial auprès des patientes sur les contraceptions existantes afin que celle-ci soit bien adaptée et pour éviter un échec contraceptif.

# éductyl®

Tartrate acide de potassium, bicarbonate de sodium  
SUPPOSITOIRE EFFERVESCENT

ADULTES

DURANT LA GROSSESSE \*

À L'ACCOUCHEMENT

EN POST-PARTUM \*

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

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

tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance - Site internet : [www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr) **Surdosage :** Aucun cas de surdosage n'a été rapporté. Cependant un usage prolongé risque d'entraîner des brûlures anales et des rectites congestives (voir rubrique «Effets indésirables»). **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES :** **Propriétés pharmacodynamiques :** Classe pharmacothérapeutique : AUTRES LAXATIFS, code ATC : A06AX02. Les principes actifs en milieu humide libèrent environ 100 ml de gaz carbonique au niveau du rectum. Le volume de gaz carbonique dégagé augmente la pression intrarectale sur les muqueuses sensibles et reproduit ainsi le mécanisme de déclenchement du réflexe exonérateur. **DONNÉES PHARMACEUTIQUES :** **Liste des excipients :** Lécithine de soja, talc, glycérides hémissynthétiques solides. **Durée de conservation :** 2 ans. **Précautions particulières de conservation :** À conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité. **Nature et contenu de l'emballage extérieur :** Plaquette thermoformée (polyéthylène / chlorure de polyvinyle / polyvinyl acétate) de 12 suppositoires effervescents. **Précautions particulières d'élimination et de manipulation :** Pas d'exigences particulières. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** LABORATOIRES TECHNI-PHARMA - 7, rue de l'Industrie - BP 717 - 98014 MONACO CEDEX - Tél. : 00 377 92 05 75 10. **NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** 3400930348444 : 12 suppositoires sous plaquettes thermoformées (polyéthylène / chlorure de polyvinyle / polyvinyl acétate). **DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/ DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION :** 1991 / 2011. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE :** Mars 2015. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE :** Médicament non soumis à prescription médicale, remboursé Séc. Soc. à 30% dans le traitement symptomatique de la constipation notamment en cas de dyschésie rectale, collect., 1,59 € (CTJ : 0,133 €).



# COLIQUE DU NOURRISSON ET MICROBIOTE INTESTINAL

AU COURS DES 4 PREMIERS MOIS DE VIE, LES COLIQUES DU NOURRISSON CONSTITUENT UN MOTIF FRÉQUENT DE CONSULTATION, TOUCHANT 3 À 28 % DES BÉBÉS, SELON LES ÉTUDES. MALGRÉ DES ORIGINES ENCORE OBSCURES, DES PISTES S'OUVRENT VERS L'ÉTUDE DU MICROBIOTE INTESTINAL.

*Propos recueillis par G. Dahan-Tarrasona*



Avec **Marc Bellaïche** gastropédiatre à l'hôpital Robert Debré



## PDSF : Comment définir les coliques ?

**MB :** C'est une chronopathologie multifactorielle avec une acmé entre 6 à 8 semaines qui cède après 4 mois. Pendant très longtemps, on a utilisé les critères de Wessel avec la règle des 3 : des cris au moins 3h par jour, au moins 3 jours par semaine et au moins pendant 3 semaines chez un bébé en bonne santé. Puis ensuite dans les critères dits de Rome III qui définissent les troubles gastro-intestinaux fonctionnels, les critères de Wessel ont été repris mais réduits à au moins 1 semaine. Récemment (avril 2016), les spécialistes ont établi la classification de Rome IV, où, outre cette définition, on stipule qu'il est important d'avoir des critères objectifs pour définir cette quantité de pleurs. Finalement, on s'aperçoit le plus souvent que dans les enregistrements (audio ou vidéo) ou dans les relevés journaliers des pleurs, rares sont les nourrissons dont la crise excède les 3 heures. Autrement dit, les coliques sont plus un ressenti douloureux des pleurs par la mère qu'une réalité.

## PDSF : Quelle est la physiopathologie des coliques ?

**MB :** Elle est de l'ordre de la maturation du microbiote intestinal, de l'environnement parental et du bébé lui-même.

Une mère préparée à ces pleurs les tolérera beaucoup plus que si elle est surprise, comme l'a démontrée une étude canadienne, donc la façon dont les parents se

comportent face aux pleurs peut présenter un point particulièrement important. Outre cet environnement parental, on note aussi le tempérament du bébé comme l'a signalé le pédiatre Brazelton. A travers son étude, il a filmé 100 bébés soumis à une même stimulation sonore, ils pleuraient puis certains parvenaient (par la succion, par exemple) à se rassurer alors que d'autres (1/5) allaient de mal en pis. Il y a donc quelque chose de particulier au nourrisson, des différences individuelles et donc un tempérament qui lui est propre. Plus récemment, on a évoqué le microbiote intestinal qui en modifiant le métabolisme des hydrates de carbone et des acides gras au niveau intestinal joue un rôle dans la physiopathologie des coliques du nourrisson.

## PDSF : Quelles sont les particularités du microbiote intestinal chez les nourrissons souffrant de coliques ? Peut-on mettre cela sur le compte du mode d'accouchement ? Quelles sont les autres causes ?

**MB :** Les enfants présentant des coliques ont un microbiote moins diversifié et moins riche en lactobacilles. Dès la naissance, le nourrisson se colonise avec un microbiote à partir de la mère et de l'environnement proche. Plus il est diversifié, mieux il combat une maladie. Or, on a constaté que la prise



d'antibiotiques avant l'âge d'1 an, une naissance par césarienne appauvrissent le microbiote. Des études montrent que ces enfants développent plus facilement une maladie de Crohn ou un diabète pour ceux nés par césarienne. Globalement, un microbiote intestinale moins riche expose davantage à des pathologies auto-immunes et inflammatoires.

### **PDSF : Peut-on moduler la composition du microbiote pour l'orienter vers des effets positifs ?**

**MB :** Vue la fréquence de la pathologie, des industriels ont essayé d'enrichir en lactobacilles le microbiote intestinal. Il existe un enrichissement en microbiotes synthétiques, c'est-à-dire, des probiotiques, des éléments bactériens issus de souches vivantes, qui donnés en bonne quantité, peuvent modifier favorablement l'état de santé des nourrissons. Il existe plusieurs sortes de probiotiques, ceux qui nous intéressent en terme thérapeutique sont les lactobacillus Reuteri et sont commercialisés sous forme de gouttes. On note 7 études chez l'enfant allaité au sein, où on a montré une efficacité indiscutable des probiotiques sur les coliques du nourrisson. Il y a même une étude italienne, qui a montré que lorsqu'on en donnait en préventif, les bébés présentaient moins de coliques. Il y a donc un effet à la fois curatif et possiblement préventif chez l'enfant allaité au sein. Par contre, une étude australienne précise que chez les enfants nourris artificiellement, l'effet était non significatif.

On peut hypothétiquement dire que dans le lait de la mère il y a déjà du lactobacille, et l'ajout de probiotiques potentialise ses effets, mais rien n'a été prouvé jusque-là. Peut-être que d'autres lactobacilles devraient être donnés chez les enfants alimentés au biberon. Pour le moment aucun essai n'a été réalisé. En attendant, il existe aussi des prébiotiques, en général des oligosaccharides non absorbables favorisant l'émergence de probiotiques qui, présents dans certaines préparations pour nourrissons, diminuent l'incidence des coliques.

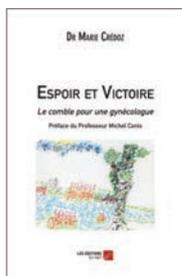
#### *References:*

- Lehtonen et al Journal of Pediatrics Gastroenterology and Nutrition 1994*
- Abrahamsson et al Journal of Pediatrics Gastroenterology and Nutrition 2009*
- Association Between the Use of Antibiotics in the First Year of Life and Pediatric Inflammatory Bowel Disease. Souradet Y Shaw, James F Blanchard and Charles N Bernstein The American Journal of Gastroenterology, december vol.105, p2687-2696*
- J. Phillips, N. Gill, K. Sikdar, S. Penney, and L. A. Newhook, "History of Cesarean Section Associated with Childhood Onset of T1DM in Newfoundland and Labrador, Canada," Journal of Environmental and Public Health, vol. 2012, Article ID 635097, 6 pages, 2012. doi:10.1155/2012/635097*
- Iacono G, Merolla R, D'Amico D et al. Paediatric Study Group on Gastrointestinal Symptoms in Infancy: Gastrointestinal symptoms in infancy: a population-based prospective study. Dig. Liver Dis. 2005; 37(6): 432-8.*
- Savino et al. Lactobacillus reuteri DSM 17938 in Infantile Colic: A randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. Pediatric 2010. 5. Indrio*
- Savino F, Cresi F, Maccarario S, Cavallo F, Dalmaso P, Fanaro S et al. « Minor feeding problems during the first months of life : effect of partially, hydrolysed milk formula containing fructo and galacto-oligosaccharides. Acta Paediatr 2003 ; suppl 441 :86-90.*

# 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*



## CANCER : UN TÉMOIGNAGE TROUBLANT

L'auteure, gynécologue-obstétricienne, raconte son combat contre son propre cancer du sein et pose ainsi un regard de patiente sur le monde soignant qu'elle croyait connaître.

La découverte de deux foyers cancéreux, l'exérèse des tumeurs et des ganglions, l'ablation du sein, la chimiothérapie, la radiothérapie, la reconstruction mammaire... L'auteure supporte la lourdeur des traitements tout en arrêtant très vite de travailler. "Je descends au fond du puits. Je suis morte. Le cancer relève de la bombe

atomique, écrit-elle. Quiconque ne l'a pas vécu dans sa chair ne peut jauger la violence de la déflagration qui se produit chez le sujet malade. Puis, un jour, la vie reprend... Lentement".

*Espoir et Victoire - Le comble pour une gynécologue* du Dr Marie Crédoz - Ed. du Net - 20,00 €

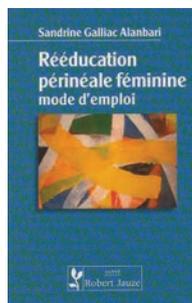


## QUAND DEVENIR MÈRE NE VA PAS DE SOI

Fabienne Sardas, psychologue-psychanalyste, membre du Groupe International du Rêve Éveillé en Psychanalyse, dévoile dans cet ouvrage des témoignages de jeunes mamans dans un état de grande sensibilité, mêlant surprise, bonheur et perplexité, rencontrées dans une maternité parisienne où elle a exercé pendant plus de dix ans. "La grossesse est un temps d'incertitude, de remise en question et de contradictions, très éloigné des clichés de l'heureux événement

attendu", souligne l'auteur. Ce livre a pour objectifs de déculpabiliser toutes les futures mères vis-à-vis de leurs sentiments contradictoires et de les aider à mieux vivre leurs premiers pas avec leur bébé.

*Maman Blues* de Fabienne Sardas - Ed. Eyrolles - 18,00 €



## RÉÉDUCATION PÉRINÉALE SANS TABOU !

Débutant par une étude anatomique du périnée, destinée à comprendre où ce dernier se situe et comment il fonctionne, l'auteure, kinésithérapeute spécialisée dans la rééducation uro-gynécologique, décrit ensuite les principaux troubles pouvant apparaître du fait d'une faiblesse de ce dernier (incontinence urinaire, prolapsus...), pour ensuite s'intéresser aux méthodes de rééducation périnéale. En fin d'ouvrage, différents thèmes sont abordés tels que le post-partum, l'instabilité vésicale, ou encore l'incontinence anale, avec des solutions pour venir à bout de ces pathologies. Un livre qui aborde donc sans détour, tous les thèmes relatifs au périnée, qu'ils soient d'ordre physiques ou psychologiques.

*Rééducation périnéale féminine : Mode d'emploi* de Sandrine Galliac Alanbari - Ed. Robert Jauze - 25,00 €



## SURVEILLANCE FŒTALE SANS STRESS !

*"La surveillance du travail est un moment crucial pour la mère et l'enfant, situé au cœur de la pratique quotidienne des obstétriciens et des sages-femmes",* soulignent les Pr Christophe Vayssière et Olivier Parant, auteurs de ce livre. Cet ouvrage pratique offre toutes les clés nécessaires à la définition d'une stratégie lors de la surveillance du travail et aide dans les prises de décision thérapeutique. Les premiers chapitres détaillent la chronologie des événements : admission en salle de naissance, surveillance des contractions, du rythme cardiaque fœtal, place de l'échographie... Les cas plus spécifiques, tels que la présentation par le siège, les grossesses multiples, l'obésité et l'utérus cicatriciel, font l'objet de chapitres dédiés. *Surveillance fœtale pendant le travail* des Pr Christophe Vayssière et Olivier Parant - Ed. Elsevier Masson - 35,00 €

## DANS MON SMARTPHONE DE PRO

### L'HOMÉOPATHIE EN QUELQUES CLICS

Destinée aux professionnels de santé, cette appli ergonomique et intuitive apporte une aide dans tous les diagnostics avec plus de 300 fiches "pathologie" et 150 fiches "Matière Médicale". Elle permet l'accès rapide et sans connexion via des fonctionnalités spécifiques : recherche par mot-clé, accès par régions anatomiques, par pathologies et par matière médicale. Cette application créée par Alain Horvilleur, qui a publié de nombreux ouvrages en homéopathie pour les professionnels et le grand public, s'adresse aux professionnels intéressés par l'homéopathie sans la connaître vraiment (ordonnance type) : voulant acquérir l'essentiel de la méthode et connaître les principaux médicaments homéopathiques afin de baser leurs prescriptions sur des symptômes fiables (prescription courante) et aux médecins homéopathes confirmés recherchant un éventail plus large de médicaments ou des arguments supplémentaires pour prescrire les médicaments qu'ils connaissent déjà (prescription élargie).

*Homéo Pro* - Conçu pour i-Phone et i-Pad - par Elsevier Masson SAS - 24,99 €



# À noter dans vos agendas

## • 12, 14 octobre - Clermont-Ferrand

### Les 46<sup>es</sup> Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale

Un programme riche et varié avec des tables rondes (pourquoi clamber tardivement le cordon ? Quelle stratégie nutritionnelle optimale chez le nouveau-né ?...), des recommandations (infections materno-fœtales), des conférences (virus Zika en médecine périnatale...) et des ateliers (place du père en néonatalogie, médiation transculturelle...).

↳ [www.infocongres.com](http://www.infocongres.com)

## • 13, 14 octobre - Paris

### Les journées post-universitaires des sages-femmes

Organisées par l'Association Professionnelle de Sages-Femmes (APSF), voici les sujets abordés : traumatismes obstétricaux, lésions vulvaires et proctologie, dépistage et prévention par la sage-femme.

↳ [apsf.fr](http://apsf.fr)

## • Du 19 au 24 octobre - Strasbourg

### Congrès International Midwifery Today

Organisant des congrès depuis 1992, Midwifery Today consacrera cette édition sous le thème « La naissance est une affaire de Droits de l'Homme », il s'adresse à toutes personnes intéressées par la naissance. Sauf pour quelques sessions bilingues, les présentations seront données en anglais.

↳ [www.midwiferytoday.com](http://www.midwiferytoday.com)

## • 4 novembre - Paris

### Phytothérapie-Aromathérapie

Ce séminaire abordera la phytothérapie et l'aromathérapie au service de la médecine. Différents sujets dont : traitement de la fièvre et douleur, stérilité-dysménorrhée-spasmes, nausée et états nerveux et grossesse et phytothérapie.

↳ [www.cerc-congres.com](http://www.cerc-congres.com)

## • 19 novembre - Paris

### Les rencontres de Port-Royal

Partage d'expériences professionnelles, cette année sous le thème du déclenchement du travail.

↳ [www.infocongres.com](http://www.infocongres.com)

## • 2,3 décembre - Lille

### Séminaire annuel de l'Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs

Maturation du col, hypno-acupuncture, cotation, réflexions autour de cas cliniques... de nombreux sujets seront abordés lors de ces 2 journées.

↳ [www.cerc-congres.com](http://www.cerc-congres.com)

## • 2 décembre 2016 - Paris

### In utéro - Conséquences des comportements de la périsconception et l'allaitement sur la petite enfance jusqu'à l'adolescence

Pour la 5<sup>e</sup> édition du colloque *In utéro*, 2 grands thèmes seront abordés : « les biomarqueurs de la programmation fœtale » et sur « quoi agir en pratique ? ». Des cas pratiques et des recommandations animeront aussi cette journée.

↳ [www.in-utero.fr](http://www.in-utero.fr)

## • 9 et 10 décembre - Paris

### XVI<sup>e</sup> Colloque Gypsy sous le thème « L'intranquillité, du déli à la réalité ? »

Fondé par René Frydman et Muriel Flis-Treves, le colloque réunit depuis 15 ans un public sensible aux questions de parentalité et de maternité, inspirées du domaine gynécologique et psychologique.

« Que nous offre la médecine, la philosophie, la littérature, la biologie, l'histoire, l'économie pour penser « L'intranquillité » ? Faut-il comme le propose la psychanalyse, abandonner l'esprit de « fausse » tranquillité, délaissier cette chimère pour oser un risque nécessaire ? ».

↳ [www.gypsy-colloque.com](http://www.gypsy-colloque.com)

## FORMATION PROFESSIONNELLE

### NAÏTRE ENCHANTÉS®

L'Expression Vocale Ajustée (EVA) est une méthode rassemblant les meilleurs outils comportementaux et cognitifs connus à ce jour, adaptés à l'accouchement, favorisant la coopération professionnels/parents dans la prise en charge des douleurs physiques et psychiques quelles que soient les conditions techniques. C'est lorsque la douleur devient particulièrement intense que la vibration émise par la mère (et le père s'il le souhaite) prend toute son efficacité. Les vibrations oxygènent souplement les muscles et permettent ainsi à la mère de traverser la contraction utérine. Les vibrations stimulant des zones du cerveau liées aux émotions et au plaisir, réduit le taux de cortisol (hormone du stress) dans l'organisme.

#### Les objectifs :

→ Être capable de transmettre aux parents les outils EVA : coaching renforçant la confiance en soi, et envers les autres, le dépassement de soi, autohypnose, décadrages, ancrage, intention et aussi conduite du souffle, émission de différents sons aigus/graves ayant un impact sur l'énergie et la détente, sourire héroïque, bulle de respect, etc...

→ Être capable de permettre à la femme (et l'homme) de traverser les douleurs physiques et/ou psychiques quelles que soient les conditions techniques (péridurale, césarienne, transfert, IMG, équipes surchargées).

Formation au Domaine de Massacan du 23 au 26 octobre 2016

(tarif : 1420€, possibilité prise en charge FIFPL).

Naître enchanté® propose aussi une formation pour les professionnels hospitaliers visant à autonomiser les couples pendant l'accouchement.

#### Les objectifs :

→ Être capable d'accueillir des parents « Naître enchantés »,  
→ Être capable de transmettre la philosophie Naître enchantés pour maintenir les ouvertures physiques et psychiques de la mère (et du partenaire).

Au Domaine de Massaran du 21 au 22 octobre 2016

(tarif : 580€, possibilité de prise en charge OGDPC).

Contacts : [magalidieux@gmail.com](mailto:magalidieux@gmail.com) et [srodriguez@ch-aix.fr](mailto:srodriguez@ch-aix.fr)



QUAND  
LE BIDOU  
VA  
TOUT VA

## Blédilait 2<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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 & Oméga3\*\*
- 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





## 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

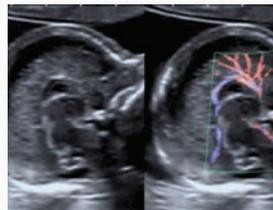
Une équipe d'ingénieurs d'application qualifiée pour un accompagnement personnalisé

### » 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](mailto:tmf.formation@toshiba-medical.eu)

ULTRASONS SCANNER IRM X-RAY SERVICES  
[www.toshiba-medical.fr](http://www.toshiba-medical.fr)