PAROLE DE SAGES-FEMMES

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 19 • Hiver 2016

LE MAGAZINE QUI VOUS DONNE LA PAROLE

FOCUS

12 PROPOSITIONS POUR PROMOUVOIR LA PROFESSION

Avec l'Ordre National des Sages-Femmes

TÉMOIGNAGES

LE TRAVAIL DE NUIT
VOUS EN PENSEZ QUOI ?

ÉTUDE

GÉNÉRALISTES ET SUIVI DE GROSSESSE :
UNE PRATIQUE EN PROGRESSION !

MON MÉTIER

DIAGNOSTIQUER ET TRAITER LA MTEV PENDANT LA GROSSESSE :
UN « ENJEU DE TAILLE »

BIEN CHOISIR
SON LOGICIEL DE GESTION PATIENTÈLE

ENTRE PROS

LE SOMMEIL DU NOUVEAU-NÉ
AVEC MARIE-JOSÈPHE CHALLAMEL

DOSSIER

GROSSESSE & ENVIRONNEMENT

LA SENSIBILISATION DES PARENTS • LA CONNAISSANCE DES SAGES-FEMMES SUR LE BPA • LE POINT SUR MOLÉCULES DE SYNTHÈSE

PAROLE DE SAGES-FEMMES

LE 1ER MAGAZINE ÉCRIT PAR LES SAGES-FEMMES POUR LES SAGES-FEMMES

PAROLE DE SAGES-FEMMES LE MAG

- Trimestriel distribué à 20 000 exemplaires aux sages-femmes libérales, hospitalières, en maternité et en PMI.

PAROLE DE SAGES-FEMMES LE SITE WEB

WWW.PAROLEDESAGESFEMMES.COM

- Lieu d'information pour les parents et les sages-femmes.

PAROLE DE SAGES-FEMMES LE LAB

- Tables rondes
- Tests produits
- Formations

Vous êtes sage-femme et vous souhaitez tester et donner votre avis sur les nouveaux produits, matériels, méthodes ou médicaments, afin de toujours mieux accompagner vos patientes ?

Alors inscrivez-vous au LAB en contactant Sonia par mail à soniazibi.mayanegroup@gmail.com

PAROLE DE SAGES-FEMMES
Le magazine qui vous donne la parole

ÉDITO

ET SI ON PARLAIT « ENVIRONNEMENT » ?

A l'époque, lorsque j'ai choisi de devenir sage-femme, je savais que l'un des buts de la profession consistait à prendre soin de la santé de la mère et du nouveau-né. Mais au final, j'ignorais à quel point notre champ d'action relevait d'une si grande importance. Comme le précise l'OMS dans sa définition de la santé : « *elle est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Une personne en bonne santé est quelqu'un qui a bénéficié d'un traitement curatif pour être soigné, ce peut être aussi une personne, qui, de part des actions préventives, lui ont évité ou ont retardé la maladie. Et là, la profession de sage-femme prend tout son sens, dans ce rôle d'acteur de prévention primaire en périnatalité.

Prévenir les maladies sexuelles, les grossesses non désirées, les pathologies chez la mère et le bébé en informant sur l'alimentation, les conduites addictives, sur l'environnement, etc. Tant de domaines à aborder, dont certains constituent de véritables sujets d'actualités. C'est pourquoi nous avons choisi, pour ce premier numéro de l'année, de traiter de la santé environnementale, qui s'inclut d'ailleurs parmi les 6 orientations nationales du développement professionnel continu des professions de santé. L'une des grandes préoccupations en matière de santé publique, lorsqu'on sait que l'OMS estime à environ 15% les pertes de santé liées à l'environnement dans les pays d'Europe de L'Ouest.

Nous savons que la période des 1000 jours, de la conception jusqu'aux 2 ans de l'enfant, a un impact considérable sur sa santé ultérieure et peut même entraîner des répercussions sur les générations futures en affectant l'expression des gènes. L'exposition à des agents chimiques, physiques est délétère pour la grossesse et le fœtus, qui y est particulièrement sensible. Alors que des sociétés savantes signalent que les bébés naissent « prépollués », il est temps d'agir !

Bonne lecture et bonne année à tous

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

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

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 19

3 **Édito**

ACTUS

6 **Actus France :**
Vous buvez un peu, il boit beaucoup ! - Les maternités "tardives" augmentent ! - Panorama des maternités en 2014 - Réduction du numerus clausus à partir de la rentrée 2017 - L'augmentation des chocs toxiques liés aux règles préoccupe les scientifiques...

14 **Actus Monde :**
Allemagne : Enfant né d'une relation extraconjugale – Monde : 77 millions de nouveau-nés ne sont pas allaités dans la première heure de leur vie - Pays anglo-saxon : Les naissances chez les de moins de 20 ans : fréquentes dans le monde anglo-saxon...

16 **À la loupe :**
Le Grand Prix Evian valorise une nouvelle fois les travaux des étudiants

3 QUESTIONS SUR

18 **Préparation à l'accouchement :** le dispositif EPI·NO Delphine Plus

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

20 **Diagnostic et traitement des maladies thromboemboliques**
avec Emmanuelle Le Moigne

24 **Les points clés pour choisir son logiciel de gestion patientèle**
avec Claire Foucault

FOCUS

26 **12 propositions pour promouvoir la profession**

ÉTUDE

28 **Généralistes et suivi de grossesse :** une pratique en progression !

DOSSIER : ENVIRONNEMENT ET GROSSESSE

31 **Grossesse :** Halte aux molécules de synthèse

35 **Santé environnementale :** Des réunions pour sensibiliser les parents

38 **Connaissance des sages-femmes sur le Bisphénol A** mémoire d'Eva Infuso

PROFESSION SAGE-FEMME

41 **Témoignages sur le travail de nuit :** que pensent les sages-femmes ?

42 **Entre pros** : Le sommeil du nouveau-né avec Marie-Josèphe Challamel

44 **Dans ma bibliothèque de pro**

46 **A noter dans vos agendas**

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Rédaction

Directrice de la publication
Leslie Sawicka

Directrice de la rédaction
Camille Ravier

Rédactrice en chef
Géraldine Dahan Tarrasona

Journalistes
Catherine Charles
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 :
Claire Foucault, Marie-Josèphe Challamel, Emmanuelle Le Moigne, Laurent Chevallier, Delphine Dubos, Eva Infuso

Parole de sages-femmes est édité par la SARL Mayane Communicaton 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

OJD PRESSE GRATUITE D'INFORMATION Mise en Distribution Certifiée

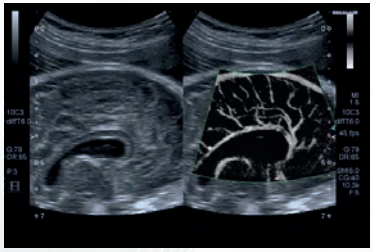
PEFC PEFC/10-31-1118

IMPRIM'VERT

TOSHIBA MEDICAL

Made For life

Nouvelles générations Aplio et Xario Platinium Series, une réponse pour chaque besoin.



APLIO platiunium series et XARIO platinium series sont des dispositifs médicaux d'imagerie diagnostique ultrasonore de classe IIa destinés à être utilisés par un professionnel de santé qualifié.
APLIO platiunium series et XARIO platinium series son adaptés au diagnostic ultrasonore adulte, pédiatrique et néonatal, et dispose de nombreux modes de visualisation qui leurs permettent de répondre à tout type d'applications, en particulier : Imagerie générale (abdomen, parties molles, endocavitaire…), Gynécologie, obstétrique, Cardiologie, Vasculaire. Evaluation de la conformité CE par l'organisme de certification TUV Rheinland (0197).
Fabriqué par TOSHIBA MEDICAL Systems. Pour un usage correct du dispositif médical, nous vous invitons à lire attentivement les instructions fournies dans les manuels d'utilisation.
Pour la situation au regard du remboursement par les organismes d'assurance maladie, consultez les modalités sur www.ameli.fr - Date d'édition 24/11/2016

VOUS BUVEZ UN PEU, IL BOIT BEAUCOUP !

À l'occasion de la journée mondiale de sensibilisation au syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), qui s'est déroulée le 9 septembre dernier, une importante campagne d'information et de sensibilisation a été mise en place pour rappeler les effets néfastes de la consommation d'alcool pendant la grossesse autour du message "*vous buvez un peu, il boit beaucoup*".

Lancée par l'agence Santé publique France et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), cette campagne comprend notamment la diffusion d'affiches et de dépliants auprès des professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, pharmaciens...) ou encore l'insertion d'un dépliant informatif dans les boîtes maternité, remises aux femmes enceintes.

À cette occasion, l'agence Santé publique France a rappelé les résultats d'une enquête publiés par l'Inpes en octobre 2015 dévoilant que seuls 25% des Français estimaient que toute consommation d'alcool pendant la grossesse comportait un risque pour le nouveau-né. Par ailleurs, en mars dernier, l'Académie nationale de médecine dénonçait le retard en France dans l'information, la prévention et la prise en charge de l'alcoolisation fœtale qui concernerait au moins 1% des naissances, soit environ 8 000 nouveau-nés par an.

Plus d'infos. : www.santepubliquefrance.fr- www.drogues.gouv.fr

QUAND LES ACARIENS S'INVITENT À LA TABLE DES NOURRISSONS

Lutter contre la présence des acariens dans l'environnement pourrait ne pas suffire à prévenir le développement d'une allergie durant l'enfance. En effet, des chercheurs français ont conduit un travail à partir des données de la cohorte Eden* qui a montré que les allergènes d'acariens pouvaient être présents dans le lait maternel et favoriser l'apparition d'asthme ou de rhinite allergique chez les nourrissons. Dans cette étude, réalisée auprès de 255 jeunes mères en France, les auteurs ont recherché la présence et dosé un allergène (Der p1.) émanant du principal acarien domestique (Dermatophagoides pteronyssinus). Les résultats ont montré que le lait de 2/3 de ces mères contenait bien cet allergène dans des quantités similaires à celles que l'on trouve habituellement dans le lait maternel pour les allergènes alimentaires les plus communs. Les chercheurs ont ensuite évalué l'incidence de l'asthme ou de la rhinite allergique chez les enfants de ces jeunes mères "*A l'âge de 5 ans, les enfants nés de mères ayant un terrain allergique et un taux élevé d'allergènes dans leur lait souffraient plus souvent d'asthme et de rhinite que les autres. Ce qui tend à prouver que les allergènes respiratoires pourraient non seulement sensibiliser les enfants par voie aérienne, mais aussi par voie orale*", a conclu Isabella Annesi Maesano, Directrice de recherche à l'Inserm et qui a dirigé l'étude sur le plan épidémiologique. Ces résultats doivent être confirmés par une étude plus vaste en cours actuellement, ce qui permettra, grâce à des données issues de différentes régions du globe, de confirmer l'universalité de ces premières données, ont souligné les chercheurs.

**Mise en place en 2003, la cohorte Eden réunit 2000 femmes enceintes et leur enfants et a pour objectif principal de mieux établir l'importance des déterminants pré et post-natals précoces sur la santé de l'enfant en étudiant plus particulièrement l'influence d'évènements*
Plus d'infos. : www.inserm.fr

Grand Prix evian
des Sages Femmes

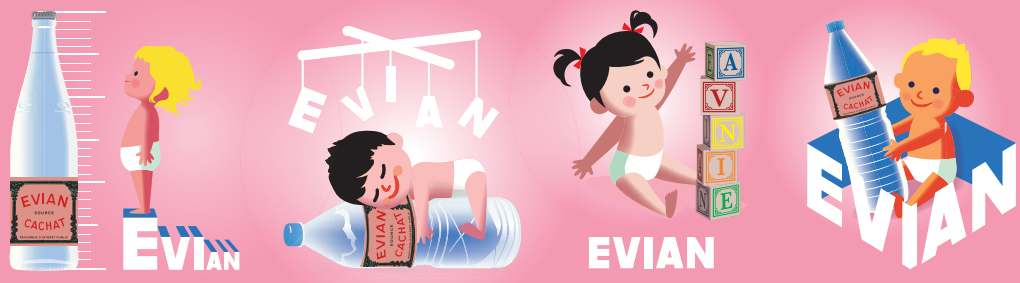
Les sages-femmes : toujours au cœur des préoccupations et des engagements d'evian

Dès 1948 evian proposait aux sages-femmes une eau minérale naturelle dont la pureté, issue des Alpes, ne nécessitait pas de la faire bouillir, la rendant idéale pour la préparation des biberons ainsi que pour l'hydratation des mères allaitant leur bébé.

Depuis 1992, evian est à l'écoute des sages-femmes et œuvre au quotidien pour valoriser ce merveilleux métier, et ceci dès la formation.

En 25 ans d'existence, le Grand Prix evian des Écoles de Sages-Femmes a récompensé et promu plus de 200 mémoires de fin d'études.

L'EAU DES MAMANS ET DES BÉBÉS DEPUIS PLUS DE 50 ANS



SAEME - SAS au capital de 10 615 281 € - 797 080 850 RCS Thonon - 10/2016

LES MATERNITÉS "TARDIVES" AUGMENTENT !

Selon l'Insee, 799 000 bébés sont nés en France en 2015 (dont 760 000 en métropole), soit une baisse de 2,4 % (-20 000 naissances) par rapport à 2014. Parmi ces nouveau-nés, 5,1% (1 bébé sur 20) sont nés de mère ayant 40 ans ou plus, soit le même taux qu'en 1948. Pour 93 % des enfants nés en 2015, la mère avait entre 40 et 44 ans. Par ailleurs, ces maternités tardives, qui avaient diminué après 1948, ont augmenté régulièrement depuis le début des années 1980. Depuis cette période, ces naissances sont de plus en plus souvent des premières naissances. En 2014, elles représentaient 26,4 %, contre 29,3% pour les secondes naissances et 44,3 % pour les troisièmes. L'Insee explique que l'évolution de la part des maternités tardives dépend du taux de fécondité des femmes de 40 ans ou plus. Ainsi, les comportements de fécondité se modifient dès 1984 et le taux de fécondité des femmes de 40 à 49 ans progresse avec 1000 femmes dans cette tranche d'âge donnant naissance à 9 enfants environ en 2015, un niveau de fécondité déjà atteint en 1967 ou en 1956. A partir de 1986, l'augmentation de la part de femmes âgées de 40 ans ou plus dans la population féminine contribue également à la hausse de la part des maternités tardives, précise l'Insee. Entre 1986 et 2006, le taux de femmes âgées de 40 ans ou plus est passé de 42 % à 50 %, pour atteindre 53 % en 2015. Par ailleurs, 16,9 % des bébés sont nés de pères ayant 40 ans ou plus, dont 2 % de pères âgés de 50 ans ou plus. Concernant les naissances de pères de 50 ans ou plus, seule une sur dix concerne un père âgé de 60 ans ou plus. Enfin, 3,8 % des bébés nés en 2015 ont leurs deux parents âgés de 40 ans ou plus.

Plus d'infos. : www.insee.fr

PANORAMA DES MATERNITÉS EN 2014

Un rapport portant sur les établissements de santé, publié récemment par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), montre qu'en 2014, la France* comptait 540 maternités dont 237 dites de type 1, 234 de type 2 et 69 de type 3, soit un total de 17 400 lits d'obstétrique pour 806 000 accouchements réalisés en 2014. En France métropolitaine, le nombre de maternités a ainsi chuté de plus de 60 % en passant de 1.369 en 1975 à 814 en 1996, pour s'établir à 518 en 2014.

Les maternités disposant d'un service de néonatologie ou de réanimation néonatale (type 2 ou 3), qui représentent 56% des 540 maternités, sont majoritairement publiques ou privées à but non lucratif et concentrent 71 % des lits et 76% des accouchements (vs. 43 % en 1996). Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2014, contre la moitié en 2002. En 2014, près de 40% des maternités de France métropolitaine ont réalisé au moins 1500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996. Seules 4% des maternités prennent en charge moins de 300 accouchements dans l'année (vs. 12 % en 1996). Dans les services d'obstétrique, le nombre de lits a quasiment été divisé par deux depuis trente ans, alors que la natalité en France métropolitaine est restée dynamique sur toute la période, avec 710 000 à 800 000 naissances par an. Le taux d'utilisation des lits des maternités a donc fortement augmenté durant cette période, passant de 22 accouchements par lit en moyenne en 1975 à 47 fin 2014.

Plus d'infos. : www.drees.social-sante.gouv.fr

DESTINS CROISÉS AU CŒUR DE LA SANTÉ DES FEMMES EN AFRIQUE

Le premier film documentaire de l'African Medical and Research Foundation (AMREF), intitulé *Naître - Le combat des sages-femmes en Afrique* est sorti le 7 juillet dernier. Tourné au Sénégal en mars 2016, ce web-documentaire de 26 mn met en scène quatre femmes : Florence, sage-femme formée par l'AMREF, Oulimata, jeune étudiante sage-femme, Khady, future maman, et Laura Flessel, championne olympique d'escrime et ambassadrice de l'AMREF et de sa campagne Stand Up for African Mothers qui a pour objectif de former 15 000 sages-femmes africaines, afin de contribuer à réduire de 25 % la mortalité maternelle en Afrique subsaharienne. Dans cette région africaine, une femme sur deux accouche aujourd'hui seule chez elle, sans assistance médicale qualifiée et près de 180 000 femmes meurent chaque année faute de soins basiques pendant la grossesse ou l'accouchement. Pourtant, 80% de ces décès pourraient être évités grâce à des sages-femmes. A ce jour, 7000 sages-femmes ont été formées ou sont en formation dans huit pays africains. Et une sage-femme formée permet d'aider 500 mamans et bébés chaque année.

Source : Conseil national Ordre des Sages-Femmes
Plus d'infos. : www.amref.fr
Pour visualiser le film : urlz.fr/4xm1

PAROLE DE MAMANS academy

LA 1ERE PLATEFORME D'E-LEARNING PARENTAL

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

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

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

Les experts de paroledemamans-academy.com

Marc Bellaïche
GASTRO-PÉDIATRE

Catherine Bergeret Amselek
PSYCHANALYSTE

Clarence de Belilovsky
DERMATOLOGUE

Anne le Carreres Vasseur
INFIRMIÈRE PUÉRICULTRICE

Catherine Dolto
MÉDECIN HAPTOTHÉRAPEUTE

Mylène Dubuc
AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE

Franck Dugravier
PÉDIATRE

Romain Dugravier
PÉDOPSYCHIATRE

Patricia Gonzales
AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE

Gilles Grangé
GYNÉCOLOGUE ÉCHOGRAPHISTE

Delphine Guillaume
CONSEILLÈRE EN LACTATION

Sophie Guillaume
SAGE-FEMME

Gérard Héluin
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN

Harry Jergan
PSYCHANALYSTE

Sylvia Jaudel
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIENNE

Dominique Leyronnas
PÉDIATRE

Sophie Marinopoulos
PSYCHOLOGUE, PSYCHANALYSTE

Philippe Meicler
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN

Frédérique Tavernier
SAGE-FEMME

Christine Van Egroo
MÉDECIN NUTRITIONNISTE

WWW.PAROLEDEMAMANS-ACADEMY.COM

blédina · Gallia · evian · Mustela · myNea · TOSHIBA · Oligobs

EN FRANCE, L'IVG NE PEUT ÊTRE REMIS EN CAUSE !

C'est ce qu'a déclaré Laurence Rossignol, Ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes, suite au lancement par l'Ordre national des pharmaciens d'une consultation interne visant à recueillir l'avis de la profession sur l'introduction d'une clause de conscience, permettant aux pharmaciens de refuser d'effectuer un acte pharmaceutique susceptible d'attenter à la vie humaine. "*Si cette consultation était suivie d'effet, elle ouvrirait clairement la possibilité pour des pharmaciens de refuser de délivrer la contraception d'urgence (pilule du lendemain), la pilule, le stérilet ou même le préservatif*", a ajouté Laurence Rossignol. La ministre a ainsi demandé à la Présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens de clarifier l'objet de cette consultation et de réaffirmer l'attachement de l'Ordre à assurer aux femmes leur autonomie et la liberté de choisir leur contraception. En réponse, le Bureau du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens a décidé de suspendre la procédure de consultation des pharmaciens sur le projet et a demandé au Conseil national de l'Ordre des pharmaciens de ne pas maintenir en l'état le projet de clause de conscience.

RÉDUCTION DU **NUMERUS CLAUSUS** À PARTIR DE LA RENTRÉE 2017

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes souhaite à partir de la rentrée 2017 une baisse du numerus clausus étalée sur 5 ans et modulée par région afin de faire face aux difficultés d'accès à l'emploi, d'ores et déjà rencontrées par les jeunes diplômé(e)s, dues à la croissance soutenue du nombre de sages-femmes en exercice. Cette baisse permettra d'infléchir la croissance excessive des effectifs et de modérer l'amplification des disparités régionales, estime l'Ordre des sages-femmes.

Alors que l'effectif des sages-femmes actives a augmenté de plus de 70 % en 20 ans, le nombre de naissances a, quant à lui, évolué d'environ + 10 %. Le rythme tendanciel de croissance des sages-femmes actives semble donc incompatible avec les perspectives de développement des besoins d'offre de sages-femmes et ceci malgré les nouvelles compétences acquises dernièrement (gynécologie de prévention, IVG...). Confronté à cette situation démographique très particulière, l'Ordre des sages-femmes exprime depuis plusieurs mois une forte inquiétude quant à l'insertion des futurs diplômé(e)s sur le marché du travail et les conditions d'exercice de toute une profession.

Pour permettre de tracer l'évolution de la démographie des sages-femmes pour les 10 prochaines années selon plusieurs scenarii, l'Ordre a réalisé une étude dont les conclusions préconisent une diminution du numerus clausus sur 5 ans avec une réduction d'environ 10% pour la rentrée universitaire 2017 et d'envisager une baisse modulée par région afin de limiter l'aggravation des disparités régionales déjà existantes. "*Les difficultés à trouver un emploi que rencontreront les futures diplômées dans les années à venir vont fortement s'aggraver. S'il est trop tard pour faire obstacle à l'évolution déjà enclenchée, il nous apparaît en revanche nécessaire de nous engager en faveur d'une diminution du numerus clausus. Toute la profession doit en prendre conscience pour l'avenir de notre métier et ses conditions d'exercice*", a déclaré à cette occasion Marie Josée Keller, Présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes.

éductyl®

Tartrate acide de potassium, bicarbonate de sodium
SUPPOSITOIRE EFFERVESCENT
ADULTES

* 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. **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»). **PROPRIETES 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 hémisynthétiques 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 €).

Nuk6us 06/2015 - Visa N° 15/04/68550890/PM/001 - PUB-03-01-0415-1

LES FRANÇAIS ET LA PILULE DU LENDEMAIN

Alors que, pour 98 % des Français, les pharmaciens doivent vendre la pilule du lendemain, 59 % ne la connaissent pas. 71 % des Français sont pour qu'elle soit délivrée sans ordonnance et 85% pour qu'elle soit délivrée aux mineurs.

Source : Etude menée par Pharmao, application d'envoi d'ordonnance en officine et de digitalisation des officines, auprès 1312 personnes interrogées sur Facebook du 5 au 15 septembre 2016, dont 52% de femmes et 48% d'hommes âgés entre 18 et 59 ans.

www.pharmao.fr

L'AUGMENTATION DES CHOCS TOXIQUES LIÉS AUX RÈGLES PRÉOCCUPE LES SCIENTIFIQUES

Le Centre national de référence des staphylocoques des Hospices Civils de Lyon a lancé le 19 octobre dernier une collecte de tampons auprès des femmes qui en ont usage afin de disposer d'un grand nombre d'échantillons bactériens pour faire avancer la recherche sur le syndrome du choc toxique (SCT) liés aux règles. De 5 cas en 2004 à plus de 20 cas en 2014, ce syndrome reste rare, mais son augmentation inquiète les scientifiques qui ne trouvent pas d'explication. Cette infection grave, potentiellement mortelle, peut survenir au cours des règles lors de l'utilisation de dispositifs vaginaux (tampons, coupes menstruelles) chez des patientes souvent jeunes, en bonne santé et porteuses de la bactérie Staphylococcus aureus productrice de la toxine TSST-1 au niveau vaginal. Plus de 6000 tampons ont ainsi été recueillis, alors que le quota fixé pour l'étude était de 1000 échantillons. "*L'analyse de ce grand nombre d'échantillons va notamment nous permettre d'établir s'il existe un lien entre le type et le modèle de tampon utilisé et la présence Staphylococcus aureus, la bactérie qui peut être productrice de la toxine TSST-1 responsable de la maladie. Nous pourrons également étudier les caractéristiques des bactéries présentes de façon concomitante*", a déclaré le Pr Gérard Lina, responsable du centre national de référence des staphylocoques.

Plus d'infos. : www.chu-lyon.fr

IPASS CONTRACEPTION : UN NOUVEAU DISPOSITIF POUR RENFORCER L'INFORMATION ET LA PRÉVENTION

La région Ile-de-France a mis en ligne un portail numérique dédié à la prévention santé pour les jeunes franciliens. Baptisé iPass contraception, il propose des informations fiables sur la sexualité, la contraception, les préservatifs, la contraception d'urgence, la grossesse, les dépistages VIH/IST et sur l'IVG ainsi qu'une cartographie complète des lieux et outils utiles pour les jeunes franciliens. À terme, il comprendra plusieurs volets dédiés aux problématiques de santé identifiées comme prioritaires (lutte contre les addictions, troubles alimentaires, harcèlement...). Totalement anonyme, le site Internet s'adresse à un public très large : collégiens, lycéens, apprentis et jeunes adultes. Il est également collaboratif en permettant aux utilisateurs de partager leurs informations et de disposer d'un accès facilité aux différentes ressources mises à jour. Le portail permet également de faire connaître les mesures prises au niveau national et liées à la santé des jeunes. Le concept sera prochainement disponible sous forme d'appli sur Androïd market et Apple store.

Plus d'infos. : ipasscontraception.fr

CÉSARIENNE ET ABSENCE DU CONJOINT : DOUBLE SANCTION POUR LES FEMMES

Pour les accouchements par césarienne, seuls 27,7% des pères/accompagnants sont acceptés au bloc opératoire dans les maternités françaises, c'est ce que révèle une enquête menée par l'association Césarine. L'enquête note que cette présence est liée à la nature de l'intervention, le taux de présence de l'accompagnant étant plus élevé en cas de césarienne programmée plutôt qu'en cas de césarienne en urgence, mais que ce facteur n'est pas prépondérant. En effet, les taux de présence de l'accompagnant au bloc opératoire dans chaque département montrent une grande disparité, ce qui "*dénotent de pratiques médicales relatives aux pratiques culturelles, aux habitudes de travail*", explique l'association. Ainsi, ce taux de présence de l'accompagnant passe de 75,7 % dans le département de la Sarthe à 1,2 % dans celui des Pyrénées-Orientales. Pour refuser cette présence, les arguments sont proches de ceux invoqués il y a 40 ans, précise l'association, tels que l'asepsie, la crainte d'une complication lors de l'intervention, la peur que l'accompagnant ne se sente pas bien et la non-disponibilité du personnel pour gérer une personne supplémentaire. "*Pourtant, il est possible de préparer l'accompagnant dans les mêmes règles d'asepsie que les nombreuses personnes présentes au bloc (sages-femmes, infirmiers, étudiants...) et il peut être exclu du bloc en cas de complications*", ajoute l'association.

Césarine, qui milite notamment pour le renforcement du dialogue entre patient et médecin afin de permettre la généralisation de cet accompagnement lorsque les parents le souhaitent, estime que ce geste médical peut être tout de même vécu dans un contexte humain et familial et qu'en cas d'anesthésie générale par exemple l'accompagnant devient la "mémoire" de la mère. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), près d'une femme sur cinq donne naissance par césarienne en France, dans près de la moitié des cas, la césarienne est programmée.

Plus d'infos. : www.cesarine.org

ACTUS MONDE

Royaume-Uni
Une maternité pour les femmes victimes de viols

Une maternité, située au sein du Royal London Hospital et dédiée aux femmes victimes d'agressions sexuelles a ouvert ses portes à Londres, la première au monde selon les fondateurs. Les patientes recevront un soutien médical et psychologique tout au long de leur grossesse et après leur accouchement. Cette nouvelle maternité est dirigée en partenariat avec l'organisation My Body Back, spécialisée dans l'aide aux femmes victimes d'abus sexuels. Plus de 106 000 infractions sexuelles, dont 36 000 viols, ont été recensées par les polices anglaises et galloises en 2015, un chiffre en hausse de 21 % sur un an et s'expliquant, selon les autorités, par le fait que davantage de femmes osent déposer plainte.

Source : AFP

Monde :
77 millions de nouveau-nés ne sont pas allaités dans la première heure de leur vie

Au niveau mondial, un nouveau-né sur deux, soit environ 77 millions de bébés, ne sont pas allaités dans la première heure de leur vie, selon un rapport de l'Unicef. A l'échelle mondiale, seuls 43 % des enfants de moins de 6 mois sont allaités exclusivement au sein. L'Unicef souligne qu'en Afrique subsaharienne, où la mortalité des enfants de moins de 5 ans est la plus élevée au monde, les taux d'allaitement précoce n'ont augmenté que de dix points depuis 2000, et sont restés inchangés en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Par ailleurs, en Asie du Sud, où les taux d'allaitement précoce ont triplé depuis quinze ans, passant de 16 % en 2000 à 45 % en 2015, l'augmentation est loin d'être suffisante avec 21 millions de nouveau-nés allaités trop tardivement. "*Plus l'allaitement est retardé, plus le risque de décès durant le premier mois de la vie est élevé, estime l'Unicef. Retarder l'allaitement de 2h à 23h après la naissance augmente de 40 % le risque de décès des nourrissons et le retarder de 24h, voire plus, augmente ce risque de 80 %*".

Source : www.unicef.org

Pays anglo-saxon
Les naissances chez les moins de 20 ans : fréquentes dans le monde anglo-saxon,

Une étude menée par l'Institut national d'études démographiques (Ined) montre que dans l'ensemble des pays d'Europe de l'Ouest ou de peuplement européen, les pays de langue anglaise se distinguent par une fréquence élevée de naissances chez les mères âgées de moins de 20 ans. Au cours de la période 2010-2015, la fécondité des 15-19 ans est la plus élevée aux États-Unis (30 naissances/an pour 1000 femmes), suivis de la Nouvelle-Zélande (25,3), de l'Angleterre (18,1) et de l'Australie (15,5). L'Irlande et le Canada enregistrent les niveaux les plus bas des pays de langue anglaise avec respectivement 12,1 et 11,3 naissances/an pour 1000 femmes. Dans les pays d'Europe de l'Ouest non-anglophone, la fécondité est moindre chez les 15-19 ans. Avec 9,5 naissances/an pour 1000 femmes, la France se situe un peu au-dessus de ses voisins, tels que la Belgique (9), l'Espagne (8,9), l'Allemagne (8), l'Italie (6,4), les Pays-Bas (4,5) ou encore la Suisse (3,5). Selon l'Ined, le phénomène des naissances chez les femmes âgées de moins de 20 ans est associé à plusieurs facteurs, comme l'activité sexuelle, la contraception, l'avortement et l'environnement socioéconomique.

Source : www.ined.fr

Russie

Débat national autour du droit à l'avortement

Alors qu'une pétition exigeant l'interdiction de l'IVG, rédigée par les groupes militants "Pour une vie" et "Les Volontaires orthodoxes", a recueilli plus de 500 000 signatures à la fin du mois d'octobre, un sondage réalisé les 15 et 16 octobre derniers par le Centre russe d'étude de l'opinion publique dans 130 communes russes, montrent que 72% de la population estiment qu'il ne faut pas interdire l'avortement en Russie. Ce sondage intervient en plein débat national autour du droit à l'avortement. Le 27 septembre dernier, le patriarche Kirill, le grand mufti de Russie Talgat Tajuddin et la déléguée présidentielle aux droits de l'enfant, Anna Kouznetsova, se sont prononcés en faveur d'une interdiction. La Russie a été le premier pays au monde à autoriser l'avortement, en 1920. Plus d'un million de femmes ont pratiqué une IVG en Russie en 2013, soit 25 avortements pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans. Les femmes russes avortent trois fois plus que les Belges, les Allemandes ou encore les Néerlandaises.

Source : www.lecourrierderussie.com

Belgique

Tranquilliser les jeunes mamans allaitantes

Hannah Van Hout, sage-femme, a conçu "Appje voor de Borst" : une application gratuite (iPhone et Android) visant à faciliter l'allaitement au sein. L'appli a pour objectif de tranquilliser les jeunes mamans, mais aussi de garantir un meilleur suivi et un contact rapide avec la sage-femme de service. Le concept a été développé avec l'organisation flamande Kind en Gezin qui a pour mission de contribuer au bien-être des jeunes enfants et de leurs familles en fournissant des services dans les domaines du soutien familiale la garde d'enfants et l'adoption.

Source : Datanews

Tunisie

Allongement du congé de maternité

Selon le directeur général au ministère tunisien de la Fonction Publique, le congé de maternité sera prochainement prolongé d'un mois, à raison de 15 jours avant l'accouchement et 15 jours supplémentaires après l'accouchement, soit au total 3 mois. Le texte amendant la législation actuellement en vigueur est en cours de rédaction et sera soumis rapidement à l'examen pour adoption.

Source : Agence de presse tunisienne

Allemagne

Enfant né d'une relation extraconjugale

Le ministère fédéral allemand de la Justice a récemment annoncé l'introduction d'une loi visant à contraindre les femmes à livrer à leur conjoint, contestant leur paternité, le nom du géniteur d'un enfant né d'une relation extraconjugale. L'objectif de ce projet de loi, qui a été adopté en conseil des ministres avant d'être soumis au Parlement, est d'établir durant la grossesse qui est le père biologique et d'obliger ce dernier à participer aux frais d'entretien et d'éducation de l'enfant. "*Nous voulons assurer davantage de droits et de moyens de recours légaux aux 'faux pères',* a expliqué le ministre de la Justice Heiko Mass. *La mère ne doit pouvoir garder le silence que s'il y a des raisons très sérieuses de ne pas identifier le père biologique*". Le ministère n'a pas précisé si les femmes refusant de révéler l'identité du père biologique de son enfant seraient sanctionnées, ni communiquer de chiffres permettant d'évaluer le nombre de familles concernées.

Source : ministère fédéral allemand de la Justice

© Hervé Schmelzle

SPÉCIAL GRAND PRIX EVIAN 2016

LE GRAND PRIX EVIAN VALORISE UNE NOUVELLE FOIS LES TRAVAUX DES ÉTUDIANTS

Pour la 25e année consécutive, le Grand Prix Evian a montré une nouvelle fois son engagement auprès des professionnels de la périnatalité. En septembre dernier, il a récompensé les travaux de fin d'études de 6 sages-femmes (Aurore Bosseboeuf, Manuella Gautier, Camille Audren, Romaric Mathieu, Maxime Mannella et Julie Jouenne) venus de France et aussi de Martinique.

Par G.Dahan-Tarrasona

Dans un cadre idyllique, à Evian-Les-Bains, les sages-femmes nominés ont soutenu leurs mémoires devant un jury (Marjan Nadjafizadeh, enseignante sage-femme, ESF Nancy - Patricia Farges, sage-femme territoriale, ANSFT Clermont Ferrand - Françoise Damageux, sage-femme coordinatrice, Hôpital Poissy Saint-Germain - Dr Marie-Sophie Chavet, Pédiatre en néonatologie, Hôpital Trousseau, Paris et Pr. Patrick Rozenberg ,Gynécologue Obstétricien, Hôpital Poissy Saint-Germain) Des travaux passionnants qui ont suscité le vif intérêt de l'assemblée composée de professionnels de santé et de la presse médicale spécialisée.

Cette année, c'est le mémoire d'Aurore Bosseboeuf, de l'école universitaire de maïeutique de Marseille Méditerranée, qui a décroché le 1er Prix dans la catégorie scientifique, avec pour sujet : « *Quand naître n'est pas encore exister. Éthique et réanimation néonatale des extrêmes prématurés : quelle place pour les parents dans la prise de décision ?* ».

Quant au 1er Prix Spécial du Jury, il a été remis à Maxime Mannella de l'Université Catholique de Lille pour son travail dédié à « l'évolution pondérale des femmes après la grossesse ».

© Hervé Schmelzle

LES AUTRES MÉMOIRES RÉCOMPENSÉS CETTE ANNÉE SONT :

Catégorie Prix Scientifique :

→ ***Les os propres du nez dans la population afro-caribéenne - courbes de référence et likelihood ratio dans le dépistage de la trisomie 21.*** Manuella GAUTIER - Université des Antilles et de la Guyane - Département de Sciences Maïeutiques - UFR de Médecine Hyacinthe Bastaraud.

→ ***Les sages-femmes face a une démarche de soins palliatifs pour le nouveau-né en salle de naissance - Quels facteurs influent sur leurs sentiments d'être en capacité d'agir avec compétence ?*** Camille AUDREN - École de sages-femmes - Hôpital Saint-Antoine - Université Pierre et Marie Curie – Faculté de Médecine Paris VI

Catégorie Prix Spécial Jury :

→ ***Impact d'un sérum glucosé sur les organismes maternel et fœtal administré au cours de l'accouchement.*** Romaric MATHIEU - Université Claude Bernard Lyon 1 - UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux - Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

→ ***"Un enfant, une dent", Qu'en est-il de cet adage populaire ? Enquête auprès des dentistes de Haute-Normandie.*** Julie JOUENNE - Centre Hospitalier Universitaire de Rouen - Ecole de sages-femmes.

Ce Grand Prix Evian est une expérience unique et enrichissante pour les lauréats, une façon de valoriser la profession et aussi de leur offrir la possibilité de publier et de présenter leurs travaux lors de congrès.

Nous ne manquerons pas de vous présenter au fil des numéros de l'année ces sujets riches et variés.

3 QUESTIONS SUR LE DISPOSITIF EPI·NO DELPHINE PLUS

EPI-NO Delphine Plus est présenté comme un accessoire d'exercice visant à muscler le plancher pelvien, dans le cadre de la préparation à l'accouchement, et à restaurer la qualité musculaire à l'issue de l'accouchement. Ce dispositif se présente sous forme d'un petit ballon gonflable de forme anatomique en silicone médicale à introduire dans le vagin. Il est accompagné d'une pompe manuelle servant à remplir le ballon d'air : Le diamètre du ballon augmente ainsi progressivement, pour un étirement "en douceur" des muscles et des tissus. C'est à partir d'une méthode ancestrale africaine qu'est né le ballon en silicone souple gonflable EPI-NO. Cette méthode s'appuie sur l'utilisation par des sages-femmes en Afrique de courges calebasses pour étirer et renforcer les muscles du plancher pelvien afin de diminuer le risque d'une déchirure du périnée lors de l'accouchement.

Propos recueillis par Catherine Charles

COMMENT FONCTIONNE CE DISPOSITIF ?

Les exercices d'étirement dans le cadre de la préparation à l'accouchement avec EPI·NO Delphine Plus ont pour objectif de diminuer sensiblement le risque de lésions liées à l'accouchement. Le ballon est introduit dans le vagin, l'exercice consistant à contracter les muscles contre le ballon, qui offre une résistance. Ensuite, à l'aide de la pompe manuelle, le ballon se remplie d'air et se gonfle doucement et "*sans aucun risque pour le bébé*", souligne la marque. Le diamètre du ballon augmente ainsi progressivement, pour un étirement "en douceur" des muscles et des tissus. Par ailleurs, l'indicateur de pression du système permet de savoir si la patiente exerce les bons muscles et montre la progression dans l'entraînement. À l'issue de cet exercice d'étirement, la femme enceinte laisse le ballon, toujours gonflé, glisser hors du vagin. Par ailleurs, la marque conseille également de réaliser différents exercices pelviens entre trois et six semaines après l'accouchement, afin de favoriser une rééducation optimale.

À QUELLE PROFONDEUR FAUT-IL INTRODUIRE LE BALLON ?

Le ballon est introduit dans le vagin de moitié environ, s'il n'est pas suffisamment enfoncé, il se dilate hors du corps lorsqu'on le gonfle, et l'entraînement perd de son efficacité. Lorsque le ballon est de petit diamètre, de nombreuses femmes choisissent d'effectuer les exercices en croisant les jambes. Ainsi, le dispositif ne peut pas glisser spontanément hors du vagin pendant les exercices.

La marque recommande que la patiente soit décontractée pendant les exercices, "*l'expérience montrant qu'au bout de trois cycles d'exercices environ, une certaine routine s'établit*".

QUAND NE PAS UTILISER CE DISPOSITIF ?

L'utilisation du dispositif n'est pas recommandée en cas de position inhabituelle de l'enfant, ou risques diagnostiqués rendant un accouchement par voie basse impossible, de rupture prématurée de la poche des eaux ou en cas d'infection vaginale. A éviter également si la patiente est sous influence de l'alcool ou de drogue, si elle présente des lésions mal guéries ou des maladies bénignes dans la région génitale ou encore en cas de saignements vaginaux.

QUAND ET À QUEL RYTHME ?

La marque recommande de commencer à utiliser ce dispositif au plus tôt 3 semaines avant le terme (date d'accouchement calculée), 1 à 2 fois par jour pendant environ 15 à 30 mn ou 4 à 5 fois par jour pendant 3 à 5 mn.

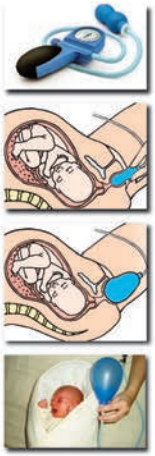
CE DISPOSITIF PEUT-IL REMPLACER LE MASSAGE DU PÉRINÉE ?

Certes, EPI·NO Delphine Plus s'est révélé être une méthode très efficace pour éviter les lésions périnéales, précise la marque, cependant le massage du périnée peut être un complément judicieux.

Plus d'infos : www.epi-no.fr/epi-no

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

EPI·NO

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

DIAGNOSTIQUER ET TRAITER LA MALADIE **THROMBOEMBOLIQUE** PENDANT LA GROSSESSE : **UN « ENJEU DE TAILLE »**

Avec des symptômes peu spécifiques et la crainte d'exposer les femmes enceintes à des examens irradiants, la grossesse est une période où poser le diagnostic de certitude de maladie thromboembolique veineuse (MTEV) n'est pas aisé. Pourtant l'erreur peut entrainer des conséquences fatales, elle est d'ailleurs considérée comme la 2e cause de mortalité dans le monde chez les femmes en âge de procréer. Alors quelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques adopter ? Le point avec Dr Emmanuelle Le Moigne.

PROPOS RECUEILLIS PAR G.DAHAN-TARRASONA

Emmanuelle Le Moigne, praticien hospitalier en médecine interne au centre universitaire de Brest. Hôpital de la Cavale-Blanche.

DIAGNOSTIC DE MTEV : UN DILEMME PENDANT LA GROSSESSE

L'enjeu est de taille, même si les symptômes de MTEV chez la femme enceinte peuvent être banals (œdème, lourdeur, douleur, érythème) écarter le diagnostic peut provoquer une récidive ou une complication d'embolie pulmonaire. Au contraire, pêcher par excès, conduit à une prise d'anticoagulant inutile voire dangereuse avec un risque d'hémorragie et des conséquences sur les futures grossesses. Parallèlement se greffe la problématique de réaliser des examens potentiellement irradiants pour la patiente. Une étude de 2006 a d'ailleurs montré que la démarche diagnostique d'embolie pulmonaire était inappropriée pour 57% des patientes.

Alors pour poser le diagnostic, il existe des stratégies probabilistes basées sur un raisonnement en 3 étapes : établissement de la probabilité clinique, dosage des D-dimères si probabilité non forte, réalisation des examens d'imagerie. Mêmes si celles-ci sont validées pour des situations hors grossesse, elles permettent de rejeter en sécurité une MTEV sans se heurter à l'excès de diagnostic.

DES SIGNES CLINIQUES À NE PAS RATER

Les œdèmes et les douleurs des membres inférieurs sont fréquents pendant la grossesse, pour autant 3 paramètres doivent alerter la sage-femme et/ou le médecin :

- L'atteinte du membre inférieur gauche, qui est une atteinte dans plus de 80% des cas chez les femmes enceintes. Elle résulte des modifications

« En cas de suspicion d'EP, on recherche une phlébite, à l'aide d'une écho-doppler, et ce même en l'absence de signes cliniques au niveau des membres inférieurs. »

anatomiques, dont la compression par l'utérus gravide de la veine iliaque commune gauche avec l'artère iliaque commune droite.

- Quand il existe une asymétrie du mollet de plus de 2 cm.
- Quand les symptômes surviennent lors du 1er trimestre de grossesse, car la lourdeur et les œdèmes des membres inférieurs sont le plus souvent absents à cette période.

En présence de 2 à 3 items, la prévalence de TVP s'élèverait à 58%.

Des signes non spécifiques, d'apparition brutale sans diagnostics alternatifs, tels qu'une dyspnée et/ou une douleur thoracique et/ou une tachycardie doivent conduire à des examens complémentaires afin d'infirmer ou de confirmer une embolie pulmonaire (EP).

QUELS EXAMENS RÉALISER ?

Le dosage des D-dimères représente peu d'intérêt chez la femme enceinte. Eventuellement, ils indiquent une bonne valeur prédictive négative de la TVP proximale mais ne servent pas à exclure une thrombose distale. Pour éliminer en sécurité le diagnostic de MTEV sans être invasif, l'écho-doppler constitue l'examen de référence. Toutefois, une localisation très proximale (ilio-cave), pouvant exister durant la grossesse peut échapper à l'écho-doppler. C'est pourquoi, il est recommandé, si la suspicion persiste, de renouveler l'examen 5 à 7 jours après le 1er. Lors de cette période, la patiente n'aura pas de prescription d'anticoagulant ni de scanner ou d'IRM.

Dans le cas où des signes évocateurs apparaissent avec l'écho-doppler, la probabilité clinique d'EP est alors augmentée, en effet le diagnostic de thrombose veineuse profonde proximale participe au diagnostic d'EP.

En cas de suspicion d'EP, on recherche une phlébite, à l'aide d'une écho-doppler, et ce même en l'absence de signes cliniques au niveau des membres inférieurs. Si celle-ci met en évidence une TVP proximale associée à une dyspnée, cela suffira à poser la probabilité

clinique d'EP. En revanche si cet examen est négatif, on poursuit l'investigation. Les recommandations internationales orientent en 1ère intention vers la scintigraphie pulmonaire pour une meilleure rentabilité chez la femme enceinte. L'angioscanner peut être utilisé en 2e intention si la scintigraphie n'est pas disponible. On notera que l'administration de produit de contraste après 12 SA demandera une surveillance thyroïdienne du nouveau-né, plus sensible à un risque d'hypothyroïdie.

TRAITER ET GÉRER LE PÉRIPARTUM

Une fois le diagnostic posé, l'administration d'anticoagulant d'action rapide est une urgence thérapeutique. Elle est débutée dès sa suspicion et le choix du traitement s'oriente vers des héparines à doses curatives, en particulier les héparines de bas poids moléculaire, à raison d'une injection par jour (sauf obésité).

En cas d'EP, celle-ci peut être associée à une oxygénothérapie ainsi que le port de bas de contention du membre atteint pour soulager la douleur et l'œdème. Dès lors que l'anticoagulation est efficace, il n'est pas obligatoire de recommander un repos strict. L'accouchement relève d'une période à risque hémorragique et thrombotique, il est recommandé de déclencher l'accouchement pour maîtriser au mieux ces risques et celui de l'anesthésie péridurale. Une fenêtre thérapeutique est donc envisagée de 24h à 36h pour les thromboses apparues plus de 3 mois avant l'accouchement. Pour les thromboses survenant à moins d'un mois de la date du terme un relais avec héparine non fractionnée en IV est réalisé et cessé en début de travail.

Par la suite, dès que l'hémostase le permet, l'anticoagulation est poursuivie en post-partum pendant au moins 6 semaines et 3 à 6 mois au total.

Sources : Roy PM, Meyer G, Vielle B et al. Appropriateness of diagnosis management and outcomes of suspected pulmonary embolism. Ann Inter Med. 2006 ;144(3) :157-64

Chan WS, Lee A, Spencer FA et al. Predicting deep venous thrombosis in pregnancy : out in « LEFt » Field ? Ann Inter Med. 2009 ;151 (2) : 85-92

Surveillance biologique et HBPM

Le dosage de routine de l'activité anti-Xa chez les patientes sous HBPM pour le traitement de la MTEV aiguë pendant la grossesse ou en post-partum n'est pas recommandé, sauf chez les femmes ayant des poids extrêmes (moins de 50 kg et 90 kg ou plus) ou en présence d'autres facteurs de complication (insuffisance rénale ou récidive de MTEV par exemple).
La surveillance de la numération plaquettaire de routine ne doit pas être réalisée sauf dans les cas particuliers de femmes ayant reçu de l'héparine non fractionnée (HNF) ou de la Calciparine et pour la patiente césarisée (2 fois par semaine pendant 3 semaines puis 1 fois/mois – En cas d'une 2ème grossesse, pas de surveillance sauf si il y a eu HNF avant).
Sinon, le seul dosage plaquettaire est celui précédant l'initiation du traitement.
Les études montrent qu'il n'y a pas de thrombopénie induite à l'héparine (TIH) lors de la grossesse.

Sources :
Recommandations RCOG 2015
Greer IA and Nelson-Piercy C. Low-molecular-weight heparins for thromboprophylaxis and treatment of venous thromboembolism in pregnancy : a systematic review of safety and efficacy. Blood ; 2005 ; 106 :401-407.

Anticoagulants oraux et allaitement ?

N'empêchons pas une femme d'allaiter! La Coumadine® (ou Warfarine) peut être prescrite en post-partum.

TRAITEMENT PRÉVENTIF POUR LES FEMMES À RISQUE DE RÉCIDIVE DE MTEV EN CAS DE FUTURE GROSSESSE

Pour les femmes enceintes à risque modéré ou élevé de récidive de MTEV (évènement unique non provoqué, évènement lié à une grossesse ou un œstrogène, antécédent d'évènements multiples non provoqués sans traitement anticoagulant à long terme), Toutes les sociétés savantes sont unanimes et suggèrent la mise en place d'une prophylaxie en anté-partum par HBPM à la dose prophylactique ou à la dose intermédiaire plutôt qu'un suivi clinique de routine (grade 2c).

Sources: Bates SM et al. VTE, Thrombophilia, Antithrombotic Therapy, and Pregancy. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed : American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST 2012 ; 141 (2) (Suppl) : e691S-e736S.

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 2ème 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

9 Neuf mois mes jambes et moi

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**, Saint-Just Saint-Rambert. **SIGVARIS** is a registered trademark of **SIGVARIS**, St Gallen/Switzerland, in many countries worldwide.

dhn PARIS

LES POINTS CLÉS POUR CHOISIR SON LOGICIEL DE GESTION PATIENTÈLE

UNE FOIS PASSÉ LE CAP DES FORMALITÉS ADMINISTRATIVES, GÉRER SA PATIENTÈLE AVEC UN LOGICIEL ADAPTÉ DEVIENT VITE UNE PRIORITÉ. INUTILE DE PERDRE DU TEMPS, ALORS COMMENT OPTIMISER ? NOUS AVONS DEMANDÉ À CLAIRE FOUCAULT, SAGE-FEMME LIBÉRALE.

Propos recueillis par G. Dahan-Tarrasona

Claire Foucault, sage-femme libérale en Maine-et-Loire

Claire est sage-femme libérale dans le Maine et Loire. Lors de son installation libérale en 2013, elle n'a trouvé aucun logiciel répondant à ses besoins, c'est-à-dire en ligne et dédié aux spécificités de la profession de sage-femme. Avec son mari, ils ont donc créé Maieuticapp (www.maieuticapp.com), soucieux d'offrir à la profession un outil performant. Depuis sa création, le logiciel est en évolution permanente et est utilisé par des sages-femmes toujours plus nombreuses.

Pour tout renseignement : contact@maieuticapp.com.

Pour commencer, il est important de cibler ses besoins :

- **Partage-t-on les données seule ou avec d'autres sages-femmes ?**
- **Souhaite-t-on un logiciel sur internet toujours à jour ou bien un logiciel installé sur l'ordinateur pour lequel des sauvegardes régulières doivent être effectuées ?**
- **Avec quel support est-ce que j'utilise le logiciel : ordinateur, tablette, mobile ?**

Etant donné, le temps passé sur le logiciel à consulter et nourrir les dossiers de nos patientes celui-ci doit répondre parfaitement aux spécificités de notre profession. Il est donc nécessaire que vous puissiez tester le logiciel en le prenant en main avant la souscription, pour savoir si celui-ci répond bien à vos besoins. Il existe beaucoup de logiciels métier mais la majorité proposent des solutions "sages-femmes" dérivées de solutions pour médecins et infirmières. Ces outils ne correspondent pas assez à notre profession ou sont trop complexes. Nous pouvons encore déplorer que l'offre de marché soit très réduite.

« Avant de s'engager sur l'abonnement d'un logiciel, il est important de lire toutes les clauses du contrat. »

Certains éditeurs de logiciels proposent des formules comprenant la télétransmission, la gestion de patientèle et la comptabilité. L'inconvénient de ce type de solution intégrée est que certaines de ces fonctionnalités ne sont pas optimales.

D'autres solutions, complètement indépendantes, peuvent être imaginées afin de ne pas mettre "tous ces œufs dans le même panier" et de maximiser son gain de temps et sa flexibilité quant au changement potentiel de logiciel à l'avenir :

- **boîtier et logiciel de télétransmission autonome (via wifi ou réseau téléphonique mobile)**
- **logiciel de gestion de patientèle**
- **comptable ou logiciel de comptabilité en ligne et automatique (robot comptable)**

Avant de s'engager sur l'abonnement d'un logiciel, il est important de lire toutes les clauses du contrat. En effet, il faut se méfier des durées d'engagement trop longues, de la durée de la période de préavis, du moyen de récupération des données, etc.

12 PROPOSITIONS POUR PROMOUVOIR LA PROFESSION

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a publié le 6 décembre 2016 le « livre blanc », destiné à interpeller les candidats de la présidentielle 2017 sur la profession. Intitulé « *Innover pour la santé publique avec les sages-femmes* », il contient 12 propositions, visant à promouvoir les compétences des sages-femmes auprès des femmes et des nouveau-nés.

Par G. Dahan-Tarrasona

DES ORIENTATIONS PRÉCISES

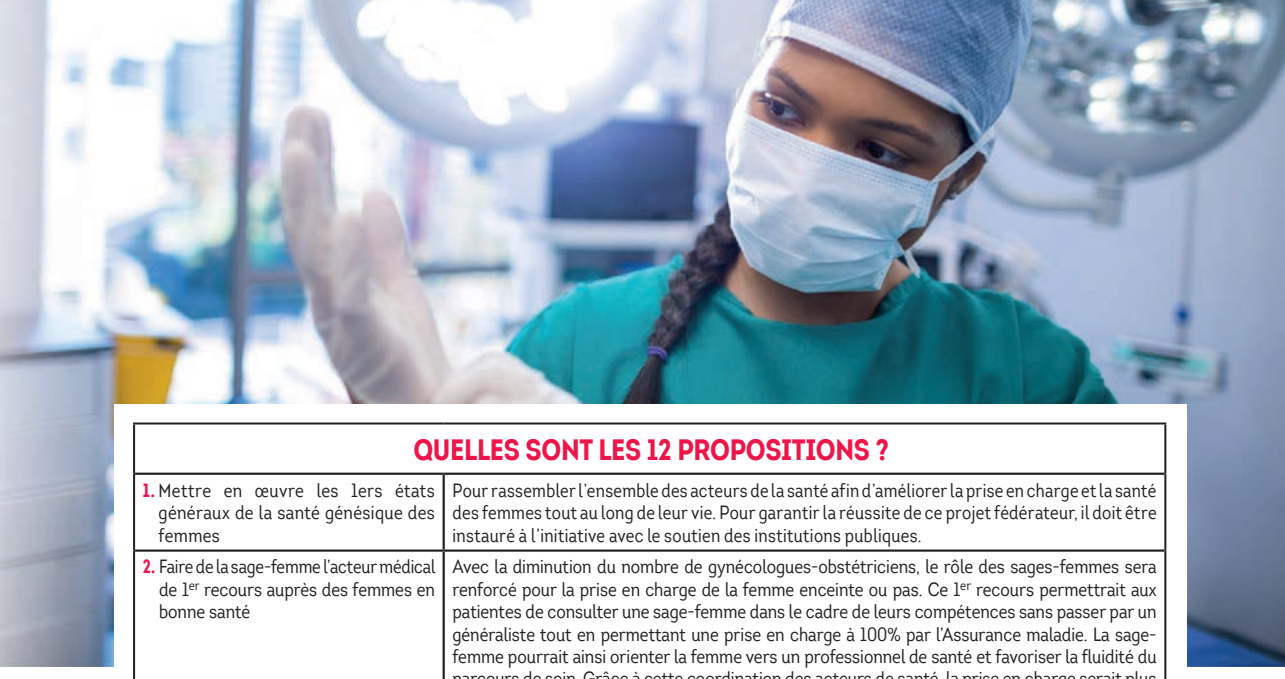
Avec la modernisation de notre système de santé, les compétences de la profession ont évolué depuis 2002, si bien que les sages-femmes sont devenus des acteurs médicaux incontournables. Néanmoins, le grand public n'a pas toujours connaissance de l'ensemble de ces aptitudes - faute de visibilité- même si en France, 22 300 sages-femmes participent au suivi de 28 millions de femmes (âgées de 15 ans et plus) et de 800 000 nouveau-nés, chaque année. Les présidentielles sont peut-être une occasion à saisir pour mettre en avant la profession et pour proposer des actions susceptibles de répondre aux nouveaux enjeux démographiques et de prévention auxquels les sages-femmes sont confrontés. En ce sens, plusieurs objectifs se dégagent du livre blanc :

- **Renforcer le rôle de prévention auprès des femmes de 15 ans et plus,** dans les addictions, la contraception, ou même dans le dépistage du cancer du sein...

- **Favoriser l'installation en libérale.** Ce mode d'exercice qui compte 6 224 professionnels ne cessent d'augmenter à raison de 10% par an depuis 2009. Si cette évolution est aussi liée aux problématiques d'employabilité, ce secteur est attractif car il donne la possibilité d'exercer pleinement ses compétences médicales. Cependant, il existe des disparités géographiques. Et la répartition territoriale imposée par le zonage de l'Assurance maladie de 2012 ne permet pas de couvrir les besoins de santé de la population. Le Conseil national de L'Ordre des sages-femmes demande donc aux pouvoirs publics de trouver des solutions afin de permettre aux sages-femmes des conditions d'exercice à la hauteur de leur formation universitaire.

- **Renforcer la place des sages-femmes dans les établissements publics.** Plus de la moitié des sages-femmes travaillent en structures hospitalières, mais exercent-ils/elles en toute autonomie dans leur champ de compétences ? La surcharge de travail quotidienne les prive de plus en plus de leurs véritables fonctions médicales. Le Conseil nationale de L'Ordre souligne l'importance de renforcer l'indépendance des sages-femmes pour faciliter une prise en charge individualisée pour les femmes et tendre vers le modèle « 1 femme, 1 sage-femme ».

- **Garantir l'autonomie de la sage-femme dans son exercice professionnel** en offrant aux femmes une alternative à la prise en charge des grossesses et des accouchements et sans perdre de vue la sécurité des patientes dans l'accompagnement physiologique. Si l'expérimentation de 9 maisons de naissance, en France, pour une durée de 5 ans, a fini par voir le jour (arrêté du 23 novembre 2015), la création de pôles physiologiques prenant en charge les femmes à bas-risque et dirigés par des sages-femmes n'ont toujours pas été mis en œuvre.



QUELLES SONT LES 12 PROPOSITIONS ?

1. Mettre en œuvre les 1ers états généraux de la santé génésique des femmes	Pour rassembler l'ensemble des acteurs de la santé afin d'améliorer la prise en charge et la santé des femmes tout au long de leur vie. Pour garantir la réussite de ce projet fédérateur, il doit être instauré à l'initiative avec le soutien des institutions publiques.
2. Faire de la sage-femme l'acteur médical de 1er recours auprès des femmes en bonne santé	Avec la diminution du nombre de gynécologues-obstétriciens, le rôle des sages-femmes sera renforcé pour la prise en charge de la femme enceinte ou pas. Ce 1er recours permettrait aux patientes de consulter une sage-femme dans le cadre de leurs compétences sans passer par un généraliste tout en permettant une prise en charge à 100% par l'Assurance maladie. La sage-femme pourrait ainsi orienter la femme vers un professionnel de santé et favoriser la fluidité du parcours de soin. Grâce à cette coordination des acteurs de santé, la prise en charge serait plus efficace tout en contribuant à la diminution des dépenses publiques de santé.
3. Instaurer une consultation dédiée à la santé sexuelle et à la prévention des addictions chez les adolescentes	Mettre en place une consultation d'éducation et de prévention (IST, contraception, conduites addictives) réalisée par une/un sage-femme ou un médecin pour tous les jeunes dès 16 ans. Les jeunes seraient informés de cette consultation par leur caisse d'Assurance maladie lors de l'envoi de la carte Vitale. Déployer aussi des programmes de prévention dans les collèges et lycées.
4. Faciliter la participation des sages-femmes dans les lycées et collèges à l'éducation de la vie affective et sexuelle.	Une façon de faciliter l'accès à la prévention et à la contraception de l'enfant et l'adolescent durant tout son parcours scolaire. En France 6,7% des 12-17 ans ont déjà eu recours à l'IVG.
5. Généraliser l'ouverture des maisons de naissance	Pour diversifier l'offre de soins périnatale et répondre aux attentes des patientes et aux exigences de sécurité.
6. Faciliter l'ouverture et l'accès des plateaux techniques pour toutes les femmes	Pour donner l'opportunité aux sages-femmes libérales d'assurer un accompagnement global des patientes dans les maternités privées ou publiques.
7. E-santé : pour création d'un DMP* des nouveau-nés par les sages-femmes	Le Conseil national de L'Ordre des sages-femmes propose la création d'un DMP par les sages-femmes dès la naissance pour assurer la continuité du suivi.
8. Garantir l'accès au PRADO pour toutes les femmes ayant accouché	La généralisation du PRADO maternité pour réduire les dépenses publiques de santé. Quatre ans après sa mise en œuvre, 98% des femmes bénéficiant de ce programme ont été satisfaites.
9. Soutenir l'émergence de la recherche en maïeutique	Avec l'obtention d'une thèse en université, les sages-femmes pourront participer activement à la recherche en maïeutique. Une façon de contribuer à l'amélioration de la santé des femmes et des nouveau-nés dans le cadre de la prévention et de l'éducation.
10. Promouvoir l'exercice libéral au sein de la formation initiale des sages-femmes	La formation initiale doit être approfondie et les étudiants, souhaitant exercer en libéral, mieux accompagnés. Ceci en augmentant le nombre de stages cliniques et la création d'un statut de maître de stage rémunéré.
11. Renforcer la représentation des sages-femmes au sein des instances de gouvernance	Pour renforcer la place des sages-femmes dans les instances de gouvernance et pour assurer une coordination transversale efficace entre tous les acteurs de santé.
12. Mettre en place un observatoire européen de la profession de sage-femme (EUROMIP*)	L'objectif est d'améliorer la visibilité de la place de la sage-femme en Europe. En rassemblant les instances européennes de la profession, EUROMIP a pour but d'approfondir les travaux déjà entrepris sur la formation, les modes d'exercice, la mobilité, le rôle des autorités régulatrices de la profession, ceci pour améliorer les conditions d'exercice des sages-femmes dans l'UE.

**Dossier médical partagé*
**EUROMIP : European Observatory for the Midwifery Profession*
Source : www.ordre-sages-femmes.fr

GÉNÉRALISTES ET SUIVI DE GROSSESSE : UNE PRATIQUE EN PROGRESSION !

Si la contribution des médecins généralistes aux suivis de grossesses à bas risque reste minoritaire par rapport à celle des professionnels spécialisés (gynécologues, obstétriciens, sages-femmes), elle progresse nettement depuis plusieurs années. Interrogés en 2014-2015, 84 % des praticiens considèrent que ces suivis font bien partie de leurs missions. Cependant, la part de ceux qui effectuent réellement ces prises en charge est plus faible : 57 % ont reçu au moins une fois par trimestre une patiente lors d'un suivi de la grossesse dans l'année. C'est ce que dévoile une étude réalisée auprès d'un panel* de médecins généralistes libéraux par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) portant sur les attitudes et les pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse.

*Le troisième panel national de médecins généralistes libéraux, composé des praticiens de trois régions françaises, a été mis en place via un partenariat entre la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), les Observatoires régionaux de la santé (ORS) et les Unions régionales des professions de santé médecins libéraux (URPS-ML) des Pays de la Loire, de Poitou-Charentes et de Provence – Alpes – Côte d'Azur.

Source : Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) – Octobre 2016.

par Catherine Charles

L'INFLUENCE DE L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL

La démographie des professionnels spécialisés dans le suivi de la grossesse, en particulier celle des gynécologues, joue un rôle dans le niveau d'implication des généralistes et peut notamment expliquer les fortes disparités de pratiques observées entre les régions. Toutefois, l'environnement professionnel ne semble pas tant influer sur la décision des praticiens d'effectuer ou non des suivis de grossesses, que sur la fréquence de leur réalisation. En effet, la probabilité de recevoir des patientes pour leur grossesse, au moins une fois par trimestre, ne diffère pas significativement selon le niveau d'accessibilité des sages-femmes et des gynécologues libéraux dans la commune où exerce le généraliste. En revanche, la probabilité de voir de manière régulière (au moins une fois par mois) des patientes pour des suivis de grossesses est plus forte parmi les généralistes exerçant dans une commune où l'accessibilité des gynécologues libéraux est faible, par rapport aux généralistes exerçant dans une commune où cette accessibilité est élevée.

UN SUIVI JUSQU'À LA FIN DU 2E TRIMESTRE DE GROSSESSE

87% des généralistes indiquent avoir vu en consultation une patiente pour confirmer la grossesse et pour près d'un praticien sur dix, les diagnostics de grossesse représentent une part non négligeable de leur activité, puisqu'ils en ont effectué au moins un par semaine. Par ailleurs, 57 % des médecins généralistes interrogés indiquent réaliser des déclarations de grossesse. Pour les grossesses à bas risque, une large majorité des praticiens estiment pouvoir assurer le suivi de grossesse au moins jusqu'à la fin du deuxième trimestre : 79 % déclarent qu'ils confieraient le suivi à un professionnel spécialisé entre le 6ème et le 8ème mois.

« La consommation de tabac est plus souvent abordée de manière systématique par les généralistes : plus de 80 % déclarent évoquer au moins une fois cette question avec toutes leurs patientes enceintes. »

SEULS 37% EFFECTUENT L'ENTRETIEN PRÉNATAL

L'entretien prénatal précoce semble assez peu compatible avec la pratique quotidienne des généralistes : un peu plus de la moitié indique qu'ils orienteraient la femme enceinte dont ils effectuent le suivi vers un autre professionnel, 12% ne le proposeraient pas et 37% effectueraient cet entretien. Par ailleurs, 53% des généralistes qui effectuent des suivis de grossesse indiquent utiliser le carnet de maternité, alors que 23 % le connaissent mais ne l'ont jamais utilisé et 24% ne le connaissent pas.

ALCOOL ET TABAC : UNE PERCEPTION DIFFÉRENTE DES RISQUES

Si 94 % des généralistes interrogés déclarent aborder la question de la consommation d'alcool avec les femmes enceintes, seuls 61% le font de manière systématique (au moins une fois avec chacune des patientes). Lorsque cette consommation est abordée, elle l'est le plus souvent uniquement au cours de la première consultation (59 %), ou occasionnellement lors des différentes visites (27%).

Par ailleurs, la plupart des praticiens considère que la consommation régulière d'un verre par jour pendant la grossesse et celle de trois verres ou plus en une occasion une fois au cours de la grossesse sont associées à un risque important (respectivement 94 % et 88%). En revanche, ils sont beaucoup plus divisés au sujet de la consommation occasionnelle d'un verre d'alcool (pas plus d'une fois par mois) : 39% considèrent que le risque est important, 43% qu'il est acceptable, et 18% que ce mode de consommation est sans risque pour la grossesse. À cet égard, 77% des médecins généralistes conseillent aux femmes enceintes buvant occasionnellement des boissons alcoolisées d'arrêter cette consommation, alors que 22% leur recommandent plutôt de ne pas boire plus d'un verre par occasion.

La consommation de tabac est plus souvent abordée de manière systématique par les généralistes : plus de 80% déclarent évoquer au moins une fois cette question avec toutes leurs patientes enceintes. 77% des praticiens considèrent que la consommation quotidienne de tabac est à risque pour la femme enceinte et l'enfant à naître, dès la première cigarette fumée. Environ neuf généralistes sur dix conseillent à toutes leurs patientes fumeuses l'arrêt total de leur consommation, que celles-ci fument modérément (moins de 5 cigarettes par jour) ou de manière plus importante.

Face à une patiente enceinte ayant une consommation de tabac qu'ils jugeraient à risque, six praticiens sur dix indiquent qu'ils mobiliseraient l'expertise d'autres professionnels ou structures, en y adressant la patiente (32%) ou en travaillant en liaison avec ces

partenaires (28 %). La part des praticiens qui estiment pouvoir prendre en charge seul ce type de situation (36 %) est beaucoup plus élevée que pour les questions liées à la consommation d'alcool.

GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN : PRINCIPAL INTERLOCUTEUR DU GÉNÉRALISTE

Les échanges des généralistes avec les autres professionnels spécialisés dans le suivi de la grossesse sont assez courants, tout particulièrement avec les gynécologues-obstétriciens : 77 % des praticiens déclarent avoir échangé au sujet de leurs suivis avec ces professionnels au cours de l'année et 44 % avec une sage-femme. En cas de non réalisation de suivis de grossesses, ou à la fin des suivis qu'ils ont effectués, les généralistes adressent également les femmes enceintes, dans une très large majorité des cas (plus de 80 %), vers un gynécologue-obstétricien et environ 10 % vers une sage-femme.

A noter : Les échanges et les orientations des patientes vers les gynécologues médicaux et les sages-femmes sont moins fréquents, 15 à 20 % des généralistes indiquant avoir le sentiment d'être en concurrence avec ces deux types de professionnels pour le suivi de la grossesse, alors que ce sentiment est moins présent (7 %) envers les gynécologues-obstétriciens, ces derniers pouvant plus naturellement être perçus par les généralistes comme les professionnels de second recours vers lesquels ils se tournent en cas de difficultés de prise en charge.

ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE : PEU COMPATIBLE AVEC LA PRATIQUE DES GÉNÉRALISTES

30 % des généralistes interrogés déclarent connaître ce type d'entretien. Selon les recommandations, l'entretien prénatal précoce ne correspond pas à une consultation de suivi, et nécessite un temps d'échange unique et suffisamment long pour aborder la question des comportements à risque et la prise en charge d'éventuelles conduites addictives. Dans les faits, la réalisation d'un entretien sous ce format semble assez peu compatible avec la pratique quotidienne des généralistes. En effet, parmi les praticiens qui connaissent l'entretien prénatal précoce, un peu plus de la moitié indiquent qu'ils orienteraient la femme enceinte dont ils effectuent le suivi vers un autre professionnel pour sa réalisation, 12 % ne le proposeraient pas et 37 % l'effectueraient plus d'une fois sur deux s'il prenait une forme différente de celle recommandée c'est-à-dire via plusieurs visites et non en une seule consultation dédiée de 45 mn.

UNE MAUVAISE CONNAISSANCE DES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Moins d'un médecin généraliste sur deux (44 %) connaît le Programme d'accompagnement du retour à domicile après un accouchement sans complication (PRADO maternité). Parmi eux, 54 % indiquent que certaines de leurs patientes ont déjà été prises en charge dans ce cadre. Leur ressenti devant le retour d'informations sur le déroulement des suivis à domicile est globalement assez négatif : une majorité estime ne jamais être tenue informée des suites des prises en charge PRADO, ni par l'assurance maladie (92 %), ni par la sage-femme libérale réalisant les visites (66 %), ni par la maternité d'accouchement (59 %). L'interlocuteur principal des médecins généralistes au sujet du déroulement du PRADO reste la patiente : un peu plus de la moitié des praticiens estiment être "systématiquement" (31 %) ou "souvent" (22 %) tenus informés à travers elle.

Par ailleurs, pour 78 % des médecins généralistes effectuant des suivis de grossesses, l'examen du nouveau-né, entre le 6ème et le 10ème jour post-natal fait bien partie de leurs missions.

La formation des généralistes en gynécologie-obstétrique

Les étudiants en médecine peuvent être conduits à effectuer des stages hospitaliers dans des services de gynécologie-obstétrique à deux occasions : lors du 2ème cycle des études médicales (stage d'externat), puis lors du 3e cycle (stage de résidanat/internat). Près de trois médecins généralistes sur quatre déclarent avoir effectué un stage de gynécologie-obstétrique au cours de leur cursus universitaire : 42 % lors de leur 2e cycle uniquement, 19 % au cours de leur 3e cycle uniquement, et 12 % à chacun des deux cycles. Ces proportions varient fortement selon l'âge des médecins. Parmi les praticiens de moins de 40 ans, 56 % ont effectué un semestre d'internat/résidanat en gynécologie-obstétrique, et seuls 9 % n'ont suivi aucun stage universitaire dans ce domaine, contre respectivement 26 % et 30 % parmi les médecins de 60 ans ou plus.

Plus d'infos. : www.drees.social-sante.gouv.fr

DOSSIER

GROSSESSE & ENVIRONNEMENT

Aujourd'hui, près de 100 000 molécules de synthèse sont venues perturber notre quotidien : alimentation, textiles, cosmétiques, jouets, produits ménager, etc, elles sont partout, pourtant leur risque est notable sur la santé et la reproduction de l'espèce humaine.
Des études ont constaté que la nutrition maternelle influençait la santé de l'enfant à venir et que des substances chimiques jouant le rôle de perturbateur endocrinien augmentaient le risque de malformations.
Les effets de l'environnement sur la grossesse constituent un enjeu de taille pour les générations futures, PDSF a choisi de consacrer un dossier sur le sujet pour sensibiliser les sages-femmes, des acteurs clés en matière de prévention périnatale.

PAR G.DAHAN-TARRASONA

GROSSESSE : HALTE AUX MOLÉCULES DE SYNTHÈSE

Selon le constat de la FIGO (Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens), « *on trouve la trace de polluants organiques persistants chez les femmes enceintes et allaitantes dans le monde entier* ». Les liens entre expositions prénatales et produits chimiques sont donc de plus en plus manifestes, l'Institut national américain du cancer dit même que les bébés naissent en quelque sorte « *prépollués* ».Quelles sont ces molécules incriminées ? Et peut-on aider les futurs parents à faire la chasse aux toxiques ? Nous avons demandé à Laurent Chevalier.

© Philippe Matsas , Opale, Editions

Avec **Avec Laurent Chevallier**, médecin nutritionniste, praticien attaché CHRU de Montpellier (Médecine Interne), chef de l'Unité nutrition, médecine environnementale à Castelnau-le-Lez

PDSF : A quelles maladies exposent les molécules de synthèses pendant la grossesse ?

LC : Les molécules de synthèse exposent à différents troubles ou maladies. Parmi les données dont nous disposons, il existe des risques accrus de malformations, de faible poids de naissance, également des troubles neurocomportementaux (essentiellement à partir d'études expérimentales) qui pourraient expliquer l'augmentation de certains troubles dont les TDAH (troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité) voire même certaines « incivilités » ! On incrimine également la responsabilité de l'exposition à diverses substances chimiques dans l'apparition d'allergies (en forte augmentation), d'obésité et de cancers même si les processus sont pluri factoriels. Bien sûr il est nécessaire de poursuivre les études pour affiner nos connaissances. La nouveauté est la prise de conscience d'une latence entre l'exposition in utéro et l'apparition de pathologies à l'enfance et l'âge adulte.

PDSF : Quelles sont les molécules à éviter absolument ?

LC :Il faut avant tout bien hiérarchiser les risques et donner des conseils positifs aux femmes enceintes, c'est-à-dire les inciter à agir sur leur environnement quotidien. Inutile par exemple de les apeurer sur la pollution atmosphérique sur laquelle elles ne peuvent rien faire, et cela est du ressort des pouvoirs publics. En revanche toute sage-femme, tous médecin, se doit de bien expliquer les dangers du tabagisme, or actuellement on a encore 15 % des femmes enceintes qui fument en fin de grossesse. Cela fait des dizaines de milliers d'enfants intoxiqués in utero. Attention à l'alcool, il n'existe pas de seuil connu en dessous duquel il n'y aurait pas de risque. Attention également aux sous déclarations concernant la consommation de drogues et de médicaments. Ensuite il faut limiter l'exposition aux différents perturbateurs endocriniens présents dans l'alimentation, les cosmétiques, la lingerie, les produits ménagers.

PDSF : Si on cesse de s'exposer à ces molécules, leur effet est-il réversible ?

LC : Malheureusement pas toujours, des dégâts chez l'embryon peuvent être irréversibles selon les molécules et les moments de l'exposition. En plus

l'exposition à certains polluants, comme le mercure, entraine une concentration 7 fois supérieure chez l'embryon que chez la mère. Cette situation est heureusement rare et le plus souvent accidentelle, notamment dans un cadre professionnel.

PDSF : Finalement, ces molécules, sont partout peut-on vraiment s'en prémunir ? Si vous aviez 3 conseils à donner aux femmes enceintes pour les protéger de ces substances, que leur diriez-vous ?

LC : Je dirais :

1. Ne pas fumer, ne pas boire de l'alcool, ni prendre des stupéfiants, ni des médicaments sans avis médical.
2. Manger bio. S'il y a bien un moment dans la vie où il faut consommer bio c'est pendant la grossesse car il est indispensable de limiter l'exposition aux substances chimiques et notamment aux résidus de pesticides (voir étude Pélagie de l'Inserm)
3. Limiter l'usage des cosmétiques, des produits ménagers de

synthèse et bien choisir son matelas ainsi que celui de son futur enfant : choisir des matelas 100 % latex, idéalement bio. Laisser au papa la préparation de la chambre peinture... et s'il y a des meubles neufs à acheter le faire suffisamment tôt pour laisser s'évaporer les COV (composés organiques volatiles type formaldéhyde) en les plaçant par exemple dans

le garage pendant 1 à 2 mois avant de les mettre dans la chambre de bébé.

Et je rajouterai, de ne pas paniquer les femmes enceintes anxieuses, à l'inverse sensibiliser les insouciantes et toujours présenter l'approche toxicologique sous forme de conseils et non d'injonctions. Etablir un véritable lien de confiance.

SUBSTANCES	CONSÉQUENCES SUR LA REPRODUCTION
BPA	Perturbateurs du comportement des descendants, baisse des hormones thyroïdiennes, risque de fausses couches, risque de faible poids à la naissance, cancer du sein et de la prostate
PHTALATES	Diminution de la qualité du sperme, modification du niveau des hormones de la reproduction, modification du comportement, féminisation des mâles, augmentation du risque d'asthme, risque de faible poids à la naissance
PARABÈNES	Effet anti-oestrogèniques, antithyroïdiens
TRICLOSAN	Effet anti-œstrogène, diminution des hormones thyroïdiennes, augmentation probable du risque d'allergie et de rhume des foins
FILTRES ANTI-UV (BENZOPHÉNOMES ET AUTRES)	Troubles de la reproduction
RETARDEURS DE FLAMME	Obésité, troubles du comportement, diminution des hormones thyroïdiennes
ALKYPHÉNOLS	Effet oestrogènique
PFOA, PFOS	Faible poids à la naissance, probablement cancérogène

En savoir plus

« Le guide anti-toxique de la grossesse. Faire les bons choix pour se protéger » Dr Laurent Chevallier- Auteur du livre Edition Marabout 2016.

Source : annexes du « guide anti-toxique de la grossesse ; Faire les bons choix pour se protéger ». Dr L. Chevallier
**En savoir plus sur l'étude PELAGIE : www.pelagie-inserm.fr*

QUELQUES CHIFFRES

- Dans un rapport de février 2016, l'ONG WECF identifie des substances à risque élevé (Selon les critères des autorités sanitaires de l'Union Européenne (Comité Scientifique pour la sécurité des consommateurs) et Française (Agence Nationale de Sécurité du Médicament **dans plus de 85% produits destinés aux moins de 3 ans.**
- Dans l'étude PELAGIE, cohorte mère-enfant réalisée en Bretagne, 29% des femmes déclarent une exposition régulière aux solvants : **le risque de fente labio-pallatine est multiplié par 4,3 et le risque de malformation génitale du garçon par 3,6.** Cette étude montre aussi que les femmes ayant des traces d'atrazine (un herbicide) ou d'une de ses formes dégradées dans les urines risquaient, avec **50% de risques supplémentaires, d'avoir un enfant de petit poids à la naissance**
- Les troubles de la santé liés aux perturbateurs endocriniens en Europe sont estimés au minimum **à 157 milliards d'euros par an de dépenses de santé** et autres coûts.

Sources : Cordier et al. Exposure during pregnancy to glycol ethers and chlorinated solvents and the risk of congenital malformations. Epidemiology. 2012 Nov;23(6):806-12.

Etude PELAGIE http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222984/, rapport de la FIGO sur l'impact des produits chimiques toxiques sur la santéreproductive, octobre 2015

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE : DES RÉUNIONS POUR SENSIBILISER LES PARENTS

Informer les parents et les futurs parents des risques environnementaux sans pour autant se montrer anxiogène, c'est le défi que relève Delphine Dubos, sage-femme et animatrice Nesting. Depuis 2010, elle propose des réunions d'informations 2 fois par mois à la clinique Belledonne où 250 couples par an sont sensibilisés à cette thématique.

Avec **Delphine Dubos,** sage-femme à la clinique Belledonne, animatrice en santé environnementale

PDSF : Finalement le thème « santé environnementale et grossesse » émerge depuis peu de temps et déjà 6 ans que vous proposez ces ateliers à la maternité. Comment se sont-ils mis en place ?

DD : Suite à une réflexion de l'équipe concernant les produits cosmétiques utilisés en maternité destinés aux bébés, nous avons réfléchi à des attitudes pour réduire l'impact des polluants de manière générale. Le Dr Benbassa, ex directeur médical de la maternité de la clinique Belledonne, était sensibilisé sur ce sujet-là et en relation avec des associations soucieuses d'améliorer la santé environnementale, dont l'ONG WECF *. Celle-ci propose un outil de communication venant du Canada. Il s'agit de la formation Nesting visant à former des animateurs en santé environnementale pour promouvoir auprès des parents un environnement sain autour de leur enfant et favoriser les changements de comportement. Avec le soutien de la direction de la clinique, 12 sages-femmes ont suivi cette formation. Si au départ, nous comptions 3 à 4 parents aux ateliers, aujourd'hui, les sessions accueillent régulièrement le nombre maximal de participants, c'est-à-dire 12 personnes. Elles sont ouvertes à toutes et tous, parents comme futurs parents. Les réunions étaient au début abordées par les parents avec beaucoup de suspicions sans véritablement d'informations réelles. Depuis les données ont évolué à tel point que cette thématique est un sujet d'actualité, les parents se sentent vraiment concernés et souvent même sensibilisés avant même de venir aux ateliers.

PDSF : Les polluants sont partout, la terre, l'eau, l'air, comment balayer tous ces points en 2 heures de réunion ? Comment se déroule-t-elle ?

DD : L'objectif de ces rencontres n'est pas de donner un cours magistral avec un listing des produits nocifs pour la grossesse et l'enfant à venir mais de proposer un atelier participatif concernant la pollution de l'environnement intérieur. On commence la séance par un tour de table, où chaque participant va se projeter dans son logement pour réfléchir aux pièces qu'il estime saines ou moins saines et chacun va faire part de ses attentes. Et de là découle des thématiques. Par exemple, une maman qui va dire : « je pense que ma chambre est saine parce qu'il y a une fenêtre pour l'aérer » va entraîner une discussion sur l'aération de son habitat. Chaque groupe est différent donc engendrera divers débats. Une information de santé attendue sera plus favorable à susciter un changement de comportement.

On garde tout de même des points clés à aborder à savoir, la pollution physique (les ondes électromagnétiques), chimique (les composés organiques volatils émis dans nos logements provenant de nos activités quotidiennes tel que le ménage, la cuisine, l'hygiène, le bricolage...), biologiques (les moisissures, les acariens...). Un temps est aussi dédié à apprendre à décrypter les étiquettes et connaître les différents labels écologiques. Nous réalisons aussi ensemble la recette du liniment oléocalcaire pour le soin du siège du bébé, à base d'huile d'olive et d'eau de chaux. Notre but est de proposer des recommandations et aussi des alternatives aux parents en restant adapté à nos modes de vie contemporains. On les accompagne vers un changement en écoutant leurs craintes et en essayant de leur fournir des informations pour que la grossesse puisse se poursuivre le plus sereinement possible.

PDSF : Agissez-vous aussi auprès des sages-femmes ou des étudiants sages-femmes ?

DD : Oui, avec ma collègue Mme Defay, nous avons sensibilisé les sages-femmes du secteur libéral de Grenoble à travers l'animation d'ateliers. Nous intervenons aussi à l'université auprès des étudiants sages-femmes.

LE SUJET VOUS INTÉRESSE, COMMENT SE FORMER ?

- Santé environnementale et pratiques des soins

  WWW.IFSENFORMATIONS.FR

- Santé environnementale, un champ d'actions préventives dans les pratiques de soins périnataux pour aujourd'hui et demain

  WWW.PROJETNESTING.FR/FORMATION-SAGES-FEMMES,53.HTML

- Toxicologie-toxicochimie fondamentales et appliquées en milieu de travail et dans l'environnement

  WWW.ATCTOXICOLOGIE.FR/FORMATIONS

COMMENT CONSEILLER LES PARENTS POUR FAVORISER UN ENVIRONNEMENT SAIN POUR LEUR NOUVEAU-NÉ ?

La préparation de la chambre :

On déconseillera tous les travaux de rénovations, peintures et bricolages à la femme enceinte. Son entourage effectuera les travaux de peinture et pourra réduire l'impact sur la qualité de l'air en utilisant des peintures classées A + ou peintures labélisées ou écologiques à bases de composés naturels. Des travaux réalisés au plus tôt permettront de laisser la chambre s'aérer quelques mois.

L'ameublement :

Dans la mesure du possible on préfèrera des achats d'occasion à condition qu'ils ne soient pas vétustes pour réduire l'exposition chimique.
Si les parents ont déjà des meubles neufs, on leur recommande de déballer et aérer 1 à 3 mois avant la naissance et de passer un chiffon humide.
Nous rappelons que l'une des dernières recommandations médicales concernant le couchage du bébé est de l'installer dans la chambre parentale les premiers mois ; ce qui permettra aussi à sa chambre si elle a été récemment rénovée et meublée de s'aérer.

Les vêtements :

Chaque article doit être lavé 1 à 2 fois car il peut contenir des substances problématiques (métaux lourds, phtalates, retardateurs de flammes, chlore) à l'état de traces résultant des différents traitements du textile, parmi lesquelles des substances allergisantes ou des perturbateurs endocriniens.

La literie :

Dans ce cas aussi, on pourra se diriger vers un matelas d'occasion adapté et en bon état. Pour du matériel neuf, on privilégiera plutôt des fibres naturelles (coton, laine) et du latex naturel. Si les parents ont opté pour une mousse en polyuréthane, on déballe le matelas et on aère le plus longtemps possible. Des labels sont de bons critères de choix : Eco label Fleur de l'UE, Oko-Tex standard 100, Ecocert, Naturetextil.

Les couches :

Les couches jetables peuvent contenir des fragrances, du polyacrylate de sodium (interdit dans les tampons hygiéniques), des traces de chlore, des tributylétains (TBT)... On conseille aux parents d'être attentifs aux composants et à se tourner vers des produits couches jetables éco, biodégradables et des couches lavables. Des achats groupés sur Internet, ou certains produits avec labels proposés en supermarché peuvent être des alternatives pour éviter le surcoût.

Les cosmétiques :

Moins on utilise de produits pour un bébé, mieux c'est ! On évite les conservateurs (paraben...), parfum (fragrance) et antibactériens (triclosan...). Une fois de plus la lecture des étiquettes est importante ainsi que l'orientation vers certains labels (Cosmebio, Nature et Progrès...).

Les appareils électriques :

Les appareils électriques représentent des risques d'électrocution et émettent des champs électromagnétiques néfastes pour l'organisme. La règle de prévention est l'éloignement de la source. Ainsi on conseillera aux femmes enceintes d'utiliser avec parcimonie leur téléphone portable, de le porter le plus éloigné possible de leur ventre, de privilégier chaque jour des périodes de non exposition. Pour le bébé, on recommandera d'installer son lit à distance des sources de rayonnement que sont les objets connectés et électriques, de téléphonie ou de surveillance comme le babyphone (à placer à au moins 2 mètres du lit).

** WECF, ONG environnementale et féminine, « construit avec les femmes un monde juste, sain et durable » http://www.wecf.eu/francais/*

Pour vous aider à conseiller les parents, retrouvez les plaquettes d'information de WECF sur 8 thématiques (Rénovation/décoration, jouets, cosmétiques femmes enceintes, produits ménagers, champs électromagnétiques, cosmétiques bébé, perturbateurs endocriniens, vêtements enfants) sur : www.projetnesting.fr/-Mini-guides-thematiques,51-.html

BISPHÉNOL A : LA CONNAISSANCE DES SAGES-FEMMES EST-ELLE SUFFISANTE ?

Capable de franchir la barrière placentaire, le Bisphénol A (BPA) est un perturbateur endocrinien dont les effets sont préoccupants pour la santé de l'enfant à venir. Pour la dernière partie de de ce dossier, nous vous présentons le résumé original du mémoire d'Eva Infuso, récompensé au Grand Prix Evian 2012, traitant des connaissances des sages-femmes sur le BPA.

Avec **Eva Infuso**,sage-femme à l'Hôpital Couple Enfant
au sein du CHU de Grenoble

INTRODUCTION:

Etat des connaissances : Le BPA est le composant de base du polycarbonate et des résines époxy, deux matières plastiques aux utilisations très larges. On le retrouve notamment dans le plastique alimentaire, la couche protectrice des boites de conserve ainsi que dans le matériel médical. C'est un perturbateur endocrinien connu depuis 1930 comme étant œstrogéno-mimétique. Même à des concentrations très faibles et inférieures à la dose journalière admissible (DJA) de 50µg/kg/j, des effets du BPA sur l'organisme sont observables chez l'animal. Il semblerait que le BPA puisse favoriser l'apparition de cancers hormono-dépendants comme le cancer du sein ou de la prostate chez le rongeur, en cas d'exposition intra-utérine. L'académie de médecine le considère comme étant «co-carcinogène» . D'autre part, des modifications du comportement, une hyperactivité ainsi que des désordres métaboliques comme l'obésité ont également été rapportés. Enfin, selon le règlement CLP (Classification, Labelling, Packaging), le BPA est classé dans la catégorie 3 des substances «reprotoxiques» c'est-à-dire préoccupante pour la fertilité de l'espèce humaine. En 2006, une étude canadienne a permis de déceler du BPA chez 90% de ses participants, il a été retrouvé dans les urines, le sang et également dans le liquide amniotique, mettant en évidence un passage transplacentaire. Une autre étude montre que les nouveau-nés ayant fait un séjour en néonatologie ont un taux de BPA sanguin dix fois plus élevé que des nouveau-nés n'ayant jamais connu ce service . Même si la toxicité de ce composé n'a été mise en évidence que sur des études animales, plusieurs pays, dont la France, ont légiféré pour réduire l'exposition des populations, et plus particulièrement celle des enfants en bas âge. Le Ministère de la santé recommande actuellement de réduire l'exposition des enfants et femmes enceintes ou en âge de procréer aux substances reprotoxiques. En décembre 2011, une plaquette informative a été éditée par l'Anses, à destination des femmes enceintes et des soignants, faisant suite à un rapport de l'Académie de médecine. Par ailleurs, plusieurs études comme l'étude Elfe sont en cours afin de préciser les éventuels effets d'une exposition chronique.

PROBLÉMATIQUE :

Les sages-femmes font partie des professionnels de santé les plus proches des populations concernées et sont au cœur des actions de prévention. Face à ce problème de santé publique émergent, ne relevant d'aucune recommandation officielle au moment de l'étude, il nous a semblé pertinent d'avoir un aperçu de l'état des connaissances des sages-femmes, concernant ce composé et les moyens de prévention à mettre en œuvre. L'objectif principal de l'étude était de déterminer la proportion de sages-femmes qui connaissaient le BPA. L'objectif secondaire était de décrire plus précisément l'ensemble des connaissances des sages-femmes concernant le BPA de manière à cibler les connaissances à améliorer.

MATÉRIEL ET MÉTHODE :

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive, transversale réalisée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de 72 sages-femmes tirées au sort dans le département de l'Isère. Après déclaration à la CNIL et accord du CDOSF, l'échantillon a été construit selon la méthode des quotas, afin d'être représentatif sur le mode d'exercice.

Ont été incluses l'ensemble des sages-femmes diplômées, inscrites au tableau de l'ordre départemental des sages-femmes au 1er janvier 2011, dont l'activité était connue.

Ont été exclues : les sages-femmes ne travaillant pas directement au contact des femmes enceintes, les sages-femmes enseignantes de l'école ou retraitées. Elles ont été interrogées par le même opérateur du 14 septembre au 22 novembre 2011, sur leur lieu de travail. Le questionnaire a préalablement été testé sur des sages-femmes travaillant dans un département voisin.

Le critère de jugement principal était la connaissance des sages-femmes de l'existence du BPA. Le critère de jugement secondaire concernait l'ensemble des connaissances des sages-femmes sur le BPA. La réponse à la question était considérée comme connue si la personne interrogée donnait au moins 75% d'items justes. Cela concernait les questions de connaissances sur les objets, les périodes d'exposition les plus à risque et les effets supposés sur l'humain.

RÉSULTATS :

Le taux de participation à l'étude est de 96%. Nous constatons que 89% des sages-femmes ont déjà entendu parler du BPA. Les médias grand public sont la source principale d'information (67%) avant les revues et articles scientifiques (14,5%), la formation initiale ou continue et les discussions entre soignants. Pour 97% des sages-femmes le BPA peut être retrouvé dans le plastique. Elles sont 32% à connaitre les objets pouvant contenir du BPA mais 45% à penser retrouver du BPA dans les biberons commercialisés actuellement. Le risque potentiel que représente le BPA est connu de 95% des sages-femmes. Elles sont 72% à identifier les périodes d'exposition les plus à risque comme étant la période fœtale et néonatale, 51% des sages-femmes pensent que le placenta ne protège pas le fœtus d'une exposition au BPA. Les effets supposés chez l'être humain sont connus par 59% des sages-femmes, 78% l'identifient comme étant un perturbateur endocrinien. Près d'un quart (21%) d'entre elles ne pensent pas y être exposées. De plus, elles souhaitent améliorer leurs connaissances dans 71% des cas et 42% ont déjà été sollicitées

par leur patientes pour répondre à des questions concernant ce composé. Enfin, 94% de ces dernières ne se sentent pas à l'aise avec leurs connaissances.

DISCUSSION :

Près de 10% des sages-femmes interrogées n'avaient jamais entendu parler ou lu la mention « Bisphénol A ». Cette notion pourtant largement abordée par les médias grand public est d'après notre étude la principale source d'information, source non validée scientifiquement dont les informations délivrées sont susceptibles d'être approximatives ou orientées.

De manière générale, les sages-femmes ne sont pas parvenues à identifier clairement quels étaient les objets contenant du BPA dans la liste proposée et ne semblaient pas informées des derniers textes de loi concernant la suppression du BPA dans les biberons depuis le 1er janvier 2011. On constate pourtant que les sages-femmes sont relativement conscientes des effets probables du BPA, notamment le risque reprotoxique et la notion de perturbateur endocrinien. Les périodes les plus à risque d'exposition que sont la période fœtale et néonatale sont bien identifiées par les sages-femmes même si la notion de passage placentaire reste relativement méconnue.

Ainsi, 21% des sages-femmes pensent ne pas être exposées au BPA. Pourtant elles le sont en permanence, tant dans leur vie quotidienne que dans leurs pratiques professionnelles (papier thermosensible des ERCF, matériel médical...). Les résultats montrent donc que les connaissances des sages-femmes du département de l'Isère sur le BPA sont globalement incomplètes ou inexactes et qu'il existe un réel besoin de mise à jour des connaissances. Il semble donc nécessaire de fournir aux professionnels une information claire et complète leur permettant de mieux faire face aux interrogations des patientes.

CONCLUSION :

Cette étude a été réalisée avant l'émission d'une plaquette informative réalisée par l'Anses. La diffusion de ce type de documents d'information et de brochures explicatives, validés scientifiquement, devrait permettre aux sages-femmes d'améliorer leurs connaissances et de délivrer un message de prévention auprès de leurs patientes.

La méthodologie développée pour cette étude peut être reproduite, et il serait intéressant de réaliser ultérieurement une nouvelle étude pour évaluer l'impact de cette plaquette d'information sur les connaissances des professionnels. Une autre perspective serait de refaire une étude avec un plus large échantillon de sages-femmes, afin de déterminer si un secteur d'activité est plus ou moins informé qu'un autre.

De nouveaux composés comme le Bisphénol F ou S sont appelés à remplacer le BPA. Selon le rapport de l'Académie de médecine, ces composés sont insuffisamment testés avant leur utilisation commerciale, et à partir de modèles animaux parfois inadaptés. On peut donc s'interroger sur l'innocuité de ces produits de substitution.

Connaissance des sages-femmes sur le Bisphénol A -Eva Infuso -Université Grenoble Alpes - UFR Médecine - Département de Maïeutique.

ET LES AUTRES BISPHÉNOLS ?

Depuis le 1er janvier 2015 le BPA est banni de tous les matériaux au contact alimentaire. D'autres bisphénols l'ont remplacé : BPS et BPF. Malheureusement, selon un rapport de l'INERIS, le BPS présenterait une activité de perturbateur endocrinien. Des chercheurs de l'INSERM ont mis en évidence récemment que cette molécule réduisait la production de testostérone par les testicules humains. D'un point de vue environnemental, des scientifiques japonais ont montré que le BPS était le bisphénol qui se dégradait le moins voire pas du tout dans le milieu aquatique...

Sources :
Rapport INERIS, L'Institut National de l'Environnement Industriel et des Risques Identification d'actions de réduction des usages pour le Bisphénol A (BPA), Focus sur les articles en contact avec les aliments (notamment pour les enfants, hors biberons), août 2011.
Danzl E, Sei K, Soda S, Ike M, Fujita M., Biodegradation of bisphenol A, bisphenol F and bisphenol S in seawater. Int J Environ Res Public Health. 2009 Apr;6(4):1472-84. doi: 10.3390/ijerph6041472. Epub 2009 Apr 17.
Eladak S, Grisin T, Moison D, Guerquin M, N'Tumba-Byn T, Pozzi-Gaudin S, Benachi A, Livera G, Rouiller-Fabre V, Habert R, A new chapter in the bisphenol A story: bisphenol S and bisphenol F are not safe alternatives to this compound. Fertil Steril. 2015 Jan;103(1):11-21.

LE TRAVAIL DE NUIT : VOUS EN PENSEZ QUOI ?

Le travail de nuit : les sages-femmes connaissent bien ! Mais comment le vivent-elles ? Nous leur avons posé la question.

Nathalie :
Généralement la nuit, l'esprit d'équipe est plus fort et l'atmosphère plus détendue. Malgré tout, je ne supporte pas de travailler la nuit, cela fatigue énormément !

Olivia :
J'apprécie le travail de nuit, disons que c'est différent, on est moins nombreux, il y a moins de va-et-vient que la journée. C'est un peu plus serein. Me concernant je fais une sieste l'après-midi, je bois un thé et c'est parti !

Malika :
Si je pouvais éviter ces nuits, je préférerais. L'ambiance est sympa mais la récupération de l'alternance jour/nuit est difficile. C'est très mal rémunéré. Le travail de nuit devrait donner droit à un départ précoce à la retraite !

Anaïs :
C'est difficile de partir au travail lorsque tout le monde rejoint son foyer. Par contre, l'avantage, c'est que l'on est dans le sens inverse des bouchons ! Plus sérieusement, le travail de nuit est éprouvant physiquement et moralement. Comme on travaille pendant que les autres dorment, ils ont l'impression qu'on ne travaille jamais. Les diners entre amis... souvent on oublie ! Soit on les loupe car on est au boulot, soit on y va mais pas tout entier (la tête est restée dans l'oreiller), soit on n'y va pas, parce qu'on est trop fatigué! L'accumulation des nuits nous rend insomniaques, surtout lorsqu'on alterne les jours et les nuits. Du coup le sommeil, n'est pas récupérateur et la mauvaise humeur nous guette. Je n'ose pas imaginer ce qu'on devient au bout de 15 ou 20 ans de carrière... des monstres grognons et sans amis !

DÉCRYPTER LE SOMMEIL DU NOUVEAU-NÉ À TERME

Décrypter le sommeil du nouveau-né, c'est accompagner les parents vers une meilleure compréhension de leur enfant. Cet état de conscience qui contribue à la maturation psychomotrice, psychologique, émotionnelle et cognitive, connait un rapide développement dans les 2 premières années de vie. Il est aussi marqué par ses fragilités qui peuvent retentir plus tard sur le jeune enfant.

Propos recueillis par G.Dahan-Tarrasona

Avec **Marie-Josèphe Challamel,**
pédiatre spécialiste du sommeil, Lyon

LES ÉTATS DE VIGILANCE DU NOUVEAU-NÉ ET LEURS ORGANISATIONS

Les états de vigilance d'un nouveau-né se composent de 4 stades. Tout d'abord, les 2 états de sommeil avec le sommeil agité, équivalent au sommeil paradoxal de l'adulte et le sommeil calme correspondant à notre sommeil profond. Puis s'ajoutent les 2 états d'éveil : calme et agité.

Le nouveau-né s'endort en sommeil agité, ce sommeil est interrompu par divers mouvements corporels (il s'étire, baille, grogne, devient rouge, ramène les bras au niveau du visage) son visage est très expressif avec des mimiques, où l'on retrouve les 6 émotions fondamentales (peur, colère, surprise, dégoût, joie, tristesse). Entre les mouvements corporels, il est complètement hypotonique, tout comme l'adulte, paralysé au cours du sommeil paradoxal. La phase de sommeil calme, de 20 minutes, n'est interrompue par aucun éveil, le visage du nouveau-né est plus pâle, peu expressif. Ce sommeil est important pour le développement corporel et la croissance, puisque c'est à ce moment-là, que l'hormone de croissance somatotrope hypophysaire est secrétée.

Le sommeil du nouveau-né s'organise sur des périodes de 3 à 4 h suspendues par des moments d'alimentation. Il se réveille aussi à chaque changement de cycle, environ toutes les 50-60 minutes, pendant 30 secondes voire plus, il peut même pleurer et se rendormir par la suite si l'on n'intervient pas trop vite. D'ailleurs, un bébé de 3 mois qui a encore un cycle court peut se réveiller dans une nuit jusqu'à 8 fois, néanmoins il peut faire ses nuits, s'il a la capacité de se rendormir seul.

DÉVELOPPEMENT DU RYTHME CIRCADIEN

Un nouveau-né dort en moyenne 16 à 17 heures par 24h, mais il existe déjà dans la période néonatale des courts et longs dormeurs avec certains qui dorment 14h et d'autres 19h. Ces périodes de sommeil tout comme les périodes d'éveil s'organisent sur un rythme ultradien d'environ 4h. L'installation d'un rythme circadien de 24 h se développe avec les

donneurs de temps, comme l'alternance lumière naturelle du jour/obscurité la nuit et les évènements sociaux (différence de comportements des parents le jour et la nuit, alimentation, etc).
La périodicité jour-nuit apparait vers la fin du premier mois. Les périodes de sommeil plus longues, pouvant atteindre 6 heures consécutives se manifestent la nuit et les éveils journaliers s'allongent un peu. Progressivement, l'enfant devient capable d'un sommeil nocturne de 9 heures vers l'âge de 3 mois et de 12 heures entre 6 mois et 1 an. Son sommeil va alors progressivement évoluer vers un sommeil plus calme et plus stable. A l'âge de 1 mois, 75% des nourrissons ont un rythme circadien de 24 heures (Shimada Brain dev 1999).

"L'installation d'un rythme circadien de 24 h se développe avec les donneurs de temps, comme l'alternance lumière naturelle du jour/obscurité la nuit et les évènements sociaux..."

TROUBLES DU SOMMEIL ET SES CONSÉQUENCES

Le sommeil est très important pour le bébé puisqu'il intervient dans des fonctions d'apprentissage, de mémorisation, de régulation psychique et de régulation émotionnelle. Mais quand le petit enfant manque de sommeil, il existe :

- **Un risque un peu plus important de mort inattendue du nourrisson.**
- **Des répercussions comportementales et cognitives : moins de 10 heures de sommeil par nuit à 2 ans, multiplierait pas 2,5 l'hyperactivité à 6 ans et par 3,2 les problèmes d'apprentissages.**
- **Un risque d'obésité : Les enfants dormant 8-10 heures (versus 12 heures) ont 3,45 plus de risque de devenir obèse.**
- **Chez le jeune enfant un risque de chute plus important.**
- **Un risque de maltraitance.**
- **Des répercussions sur les parents (somnolence, problèmes conjugaux, dépression)**

Références :
Tononi G & Cirelli C. Neuron 2014, Ackerman S & Rasch B. Curr Neurol Neurosci 2014, Walker MP & van der Helm F. Psychol Bull 2009

Franco Sleep 2003, Pediatrics 2004
Touchette et al. Sleep Med rev 2009
Tikotzky and al. J Sleep Res 2009

Si vous souhaitez améliorer vos connaissances sur le sommeil du bébé comme de la femme enceinte, PROSOM, propose une formation sur le sujet. En savoir plus sur www.prosom.org

CONSEILS

Les bébés dorment en moyenne 16h-17h/jour. Mais quand la nuit survient, les parents se montrent anxieux lorsque leur enfant ne dort pas. Quels conseils peuvent leur prodiguer les professionnels ?

- Tout commence par la réassurance des parents. Ils doivent être aussi informés que des bébés ne font pas leurs nuits avant 5-6 mois et peuvent se réveiller 2 à 3 fois par nuit.
- A la période néonatale, le bébé peut se mettre à pleurer lors d'un sommeil agité. La difficulté réside dans l'appréciation et les connaissances de ses phases de sommeil. Il faut donc que les sages-femmes décrivent et montrent ces différentes phases aux parents.
  Des parents anxieux auront tendance à se précipiter sur le bébé au moindre pleur alors que celui-ci peut se trouver dans une phase de sommeil agité, et interrompre ainsi le sommeil. Parallèlement, un bébé ne doit pas trop pleurer et rentrer dans un accès de panique. Tout est affaire d'évaluation !
- Il est conseillé de sensibiliser les parents sur les donneurs de temps. Leurs comportements doivent être différents le jour et la nuit. Par exemple, lors d'une tétée de nuit, ne pas trop interagir, le nourrir de façon neutre. Puis progressivement, supprimer les alimentations nocturnes, le matin, ouvrir les volets pour amener la lumière du jour à heure régulière. Les promenades de jour aident aussi les bébés à faire leur nuit plus précocement comparativement à ceux qui restent à l'intérieur.
- Dépassé les 3-4 mois, près de 30 à 50% des enfants ont des difficultés de sommeil, le plus souvent liées à des causes environnementales. Cependant, on pensera à éliminer des causes organiques, tels que les RGO, une douleur, une allergie aux protéines de lait de vache, ainsi que les erreurs diététiques.

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

DEVENIR MÈRE EN EXIL

Alors que les migrations concernent aujourd'hui de nombreuses femmes jeunes qui deviennent mères en exil de façon très périlleuse, les conditions d'accueil en France se sont durcies, les vulnérabilités se cumulent et se potentialisent, engendrant la précarité, l'exclusion, voire la violence. Le travail psychique de la grossesse et de l'enfantement peut ainsi être entravé, bouleversé par la solitude, le traumatisme, et les conditions de vie. À partir d'une pratique clinique innovante s'appuyant sur la notion de culture, cet ouvrage propose une réflexion profonde sur l'enfantement en exil, sur les conditions nécessaires pour accueillir et écouter les souffrances de ces mères venues d'ailleurs (médical, psychologique, anthropologique, philosophique).

Bébés d'ici, mères d'exil de Claire Mestre, Psychiatre-psychothérapeute et anthropologue – Ed. Érès – 16 €

REPENSER LA COMPLÉMENTARITÉ ENTRE ALLOPATHIE ET HOMÉOPATHIE

Cet ouvrage répond à toutes les questions que l'on peut se poser sur le sujet et sur la prévention, dès le plus jeune âge. L'auteur considère qu'il ne sert à rien d'opposer homéopathie et allopathie dans un combat vain et stérile. Selon lui l'objectif est de repenser leur complémentarité et leur enrichissement mutuel "l'allopathie s'attache à soigner la maladie, l'homéopathie propose de soigner la santé en facilitant l'adaptation de chacun aux mutations de son environnement". Le livre met ainsi en avant que l'homéopathie se présente comme un facteur clé dans la réussite des politiques de santé publique de demain, tant en termes d'efficacité que de coût.

La santé autrement Avec l'homéopathie pour tous ! d'Antoine Demonce aux Médecin, psychanalyste et ancien attaché de consultation dans le service mère-enfant du CHU de Reims – Ed. Cherche Midi – 17 €

PRÉPARATION À L'ACCOUCHEMENT : RENFORCER LA RELATION ENTRE LES PARENTS

Pour l'auteure, une femme enceinte préparée physiquement et émotionnellement pour donner naissance aura une expérience bien plus positive de son accouchement et sera davantage en mesure de le gérer. Les exercices de respiration, de visualisation et de shiatsu, les postures pour se détendre, les massages à faire chez soi, dont la plupart peuvent être envisagées avec le partenaire, proposés dans ce livre visent à renforcer la relation entre les parents et à impliquer davantage le futur papa dans les différentes étapes vers la naissance.

Merveilleuse naissance de Suzanne Yates, diplômée en shiatsu – Ed. Jouvence – 18 €

UNE DIMENSION MÉCONNUE DE LA SEXUALITÉ FÉMININE

Dans cet ouvrage, plus de 300 femmes répondent à des questions clés sur leur expérience de l'accouchement, de l'amour et du sexe : un livre qui bouscule les idées reçues en démontrant clairement la dimension sexuelle de l'enfantement. Les témoignages racontent également l'extraordinaire rencontre amoureuse qui se produit entre une femme et son bébé dans les instants qui suivent la naissance, et comment ce moment crucial conditionne leur avenir à tous deux. Il met également en lumière les violences faites aux femmes, le plus souvent avec les meilleures intentions du monde, dans le cadre de l'accouchement médicalisé standard dans nos pays.

L'Enfantement, entre puissance, violence et jouissance de Hélène Goninet, Sage-femme libérale et diplômée en sexologie humaine – Ed. Mama – 20 €

LE TEMPS OÙ TOUTES LES FEMMES ACCOUCHAIENT À LA MAISON

En France ce n'est qu'en 1952 que les naissances en milieu hospitalier ont dépassé les naissances à domicile. Quelles ont été les raisons de cette mutation fondamentale ? Quelles ont été les conséquences sur le métier de sage-femme et d'obstétricien ? Pourquoi aujourd'hui des femmes font-elles le choix d'accoucher chez elles ? Est-ce un retour en arrière ou une pratique d'avant-garde ? Expliciter et comprendre les différences et les ressemblances entre les naissances intimes d'hier et d'aujourd'hui, tel est le but de cet ouvrage qui rassemble des auteurs venus de pays et d'horizons divers : historiens, sociologues, anthropologue, sages-femmes, médecin, parents.

Naître à la maison – D'hier à aujourd'hui de Marie-France Morel, Historienne, agrégée d'histoire et géographie – Ed. Érès – 16 €

DANS MON SMARTPHONE DE PRO

CALCULER LE TERME D'UNE GROSSESSE… ET PLUS

Particulièrement destinée aux professionnels de santé suivant des grossesses, comme les sages-femmes, cette application permet de calculer le terme d'une grossesse en semaines d'aménorrhées et en mois. Elle permet de connaître la date prévue pour l'accouchement, le calcul d'une date en fonction d'un terme, les dates des congés maternité et les recommandations en vigueur sur le suivi de la grossesse sans risque (dépistages du risque de Trisomie 21 au 1er ou au 2ème trimestre, dépistage ciblé du diabète gestationnel avec calcul de l'indice de masse corporelle…) ainsi que les dates qui y sont associées.

Calcul de terme par Marianne Benoit Truong Canh, sage-femme et vice-présidente du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes – (iPhone, iPad et iPod touch) – 0,99 €

À noter dans vos agendas

• 19 & 20 janvier 2017 –Boulogne-Billancourt

8es Journées des soignants

Sous le thème, « prématurité : la famille au centre du soin », ces journées de formation, organisées par l'association SOS Préma, s'adressent à tous les acteurs de la prématurité. A travers des moments d'échanges avec les parents, des experts du domaine apporteront des éclairages au service des familles. Un moment d'interaction intéressant pour améliorer aussi sa pratique.

Informations et inscription sur :
www.sosprema.com

• 27 Janvier 2017 – Paris

1ère Journée d'infectiologie périnatale

« Maladies infectieuses émergentes et périnatalogie : à quels risques nous préparer ? », telle est la question posée pour cette 1ère session dédiée à l'infectiologie dans le domaine de la périnatalité où les intervenants aborderont des sujets autour du Chinkungunya, Dengue, Zika, maladie de Chagas, Paludisme, bactéries émergentes...

Informations et inscription :
www.dhu-risques-grossesse.org/fr/enseignement/les-formations-et-le-dpc

• 30 & 31 janvier 2017 – Issy-Les-Moulineaux

15e Journées Nationales des sages-femmes de France

Le CNSF profitera de cette occasion pour présenter ses premières recommandations sur l'administration de l'oxytocine lors du travail spontané. Plusieurs sessions avec différents thèmes agrémenteront le colloque : nouveau-né, cancer, prise en charge de la douleur, recherche ainsi que des actualités en addictologie.

Programme et inscription sur :
www.cnsf.asso.fr

• 2 & 3 février 2017 – Paris

3es Journées du groupe oralité de l'hôpital Necker

Cette année sous le thème : Trouble de l'oralité alimentaire du jeune enfant, de la théorie à la pratique. Au programme : les conséquences sur les liens mère-enfant de la maladie chronique, le bébé irritable : gare à certains diagnostics génétiques et/ou neurologiques, quel rôle peut avoir l'allergie dans les troubles alimentaires précoces ?...

Programme et inscription sur :
www.infocongres.com/oralite2017

• 3 février 2017 – Aix-en-Provence

Journée scientifique du réseau méditerranée

Avec la possibilité d'assister à des ateliers pratiques autour du staff médico-psychosociaux et du développement sensori-moteur, cette journée traitera de la définition et du dépistage du PAG-RCIU, des nouveautés autour du CMV, des actualités obstétricales et néonatales en région PACA Corse Monaco.

Programme et inscription :
www.reseauperinatmed.fr/annonce-de-journee-scientifique-reseau-2017

• 16 & 17 mars 2017- Paris

47es Journées Nationales de Néonatologie

Les JNN édition 2017, organisées par l'Association de Néonatologie de Port-Royal et la Société Française de Néonatologie, proposeront à ses participants tables rondes, conférences, symposium sur des sujets assez variés : cardiopathie congénitale, soins de développement, surfactant, infections virales émergentes, le microbiote pour les nuls, corticothérapie périnatale, programme de santé périnatale et nutrition parentérale.

Programme et inscription :
www.infocongres.com/jnn2017/

• 16 & 17 mars 2017 - Marseille

10e Edition la médecine de la femme

Cette 10e édition de la médecine de la femme présentera à travers des conférences, ateliers et des vidéos live les actualités en gynécologie-obstétrique (imagerie d'endométriose, pathologie vulvaire, médecine prédictive et personnalisée...) ainsi que des sujets spécifiques à l'échographie fœtale (DPNI, cœur et cerveau fœtal).

Informations et inscription sur :
www.atoutcom.com/

Blédilait 2ème 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 2ème âge, pour les bébés non allaités ou en relais de l'allaitement. Grâce aux fibres prébiotiques de type FOS GOS*, il contribue au développement d'une bonne flore intestinale.

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

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

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

blédina

BEIC Blédina SAS – RCS Villefranche-Tarare 301374922

16-864 - 11/2016

ÉPARGNE RETRAITE

PUBLICITÉ

L'ÉPARGNE ACCOMPAGNÉE

Votre conseiller MACSF est à votre écoute pour analyser vos attentes et vous proposer des solutions épargne retraite personnalisées.

PRENEZ RENDEZ-VOUS AVEC VOTRE CONSEILLER MACSF AU **3233** Service gratuit + prix appel

ou 01 71 14 32 33

macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.

MACSF

MACSF épargne retraite - Société Anonyme d'Assurances sur la Vie régie par le Code des assurances, au capital social de 58 737 408 €, entièrement libéré - Enregistrée au RCS de Nanterre sous le n° 403 071 095 - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX. Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 60300 - 92919 LA DEFENSE CEDEX/France - Tél. : 3233 - MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - Société d'Assurances Mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 95800 PUTEAUX.