

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 20 • Printemps 2017

LE MAGAZINE QUI VOUS DONNE LA PAROLE

STOP À LA MALTRAITANCE MÉDICALE !

RENCONTRE AVEC
MARTIN WINCKLER

ÉTUDE

LE GLUCOSE
FACILITE-T-IL
LE TRAVAIL ?

ECHOGRAPHIE

LE RÔLE DU
PRESCRIPTEUR

ERYTHÈME FESSIER

ZOOM SUR LA DERMATOSE
LA PLUS FRÉQUENTE
DU NOURRISSON

DOSSIER

STOP AUX VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

MIEUX CONNAÎTRE CE SUJET TABOU - APRÈS L'ÉCOUTE, LA PRISE
EN CHARGE - UNE MAISON POUR VENIR EN AIDE AUX VICTIMES

PAROLE DE MAMANS academy

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



ÉCHOGRAPHIE

- Quel est l'intérêt de l'échographie ?
- Quand faut-il effectuer des échographies en cours de grossesse ?
- Pourquoi l'échographiste ne parle pas au cours de l'examen ?

LE DR GILLES GRANGÉ

Gynécologue-obstétricien et spécialiste
en échographie prénatale à la maternité
Port-Royal du groupe hospitalier Cochin-Hôtel Dieu

RÉPOND AUX FUTURES MAMANS

PAROLEDEMAMANS-ACADEMY.COM

Cette plateforme permet aux nouveaux parents de bénéficier **gratuitement** de MOOCs (cours sous forme de vidéos) animés par des professionnels de santé reconnus, sur les domaines qui les intéressent : **nutrition grossesse, échographie, allaitement, santé et environnement, hygiène et soin, nutrition infantile, hydratation, mode de garde...**



EN AVANT POUR LA RÉVOLUTION SCIENTIFIQUE !

Cette année a débuté avec un petit air de victoire. On se rejouit des premières recommandations diffusées par le CNSF au sujet de l'utilisation de l'oxycytone !

La profession se dynamise et démontre sa volonté d'améliorer la qualité et la sécurité des pratiques avec l' « *Evidence-Based Medicine* ».

L'hormone utilisée quotidiennement par les sages-femmes a connu des mésusages avec un emploi abusif. Or une étude de l'Inserm a démontré récemment que l'oxytocine multipliait par 1,8% le risque d'hémorragie grave, ce sur-risque augmentant avec la dose d'hormone injectée lors du travail.

Pourtant n'avez-vous pas connu, le systématique « *péri, synto* » ? C'était il n'y a pas si longtemps... Voire même une pratique qui hante encore certaines maternités.

Il est bon de remettre en question nos pratiques, gage d'évolution et de qualité des soins pour nos patientes.

Une victoire couronnée aussi par la valorisation des compétences des sages-femmes et la capacité de certains à mener des recherches. Dans ces RPC, c'est Corinne Dupont, en partenariat avec le CIANE, l'INSERM, le CNSF et des cliniciens, qui a dirigé le projet. Elle est la première sage-femme titulaire d'une habilitation à diriger des recherches.

La profession évolue, alors soyons positifs et mettons tout en œuvre pour agir tous ensemble !

Agir ensemble, c'est aussi se battre pour protéger les femmes, les enfants, c'est pourquoi, *Parole de sages-femmes* a opté pour aborder dans ce numéro, des sujets phares, dont celui des violences sexuelles. Un rouage que tout professionnel doit connaître.

Pour le reste, nous vous laissons le découvrir.

Bonne lecture à vous

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

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

Source : Belghiti et coll. "Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study" BMJ Open 2011

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 20

3 Édito

ACTUS

5 Actus France :

Cancer du col de l'utérus : inquiétude des gynécologues. La PMA pour toutes les femmes... Mutilation génitale. On marche pour l'endométriose ! La fécondité en France. Nouvelles recommandations de l'OMS. Anti-inflammatoires : pas après le 6^e mois de grossesse. Incontinence parlons-en ! Un projet inadapté aux sages-femmes libérales...

10 Actus Monde :

Etats-Unis : Détecter les vitamines dans les larmes des bébés... Afrique du sud, allaitement maternel : le gouvernement s'inquiète, Chine : Des naissances en forte hausse en 2016, Italie : Un taux de fécondité très bas, Europe : Surveiller le cerveau des grands prématurés

12 À la loupe : Panorama des IVG en 2015

14 Rencontre : Martin Winckler, Stop à la maltraitance médicale !

GROSSESSE & ACCOUCHEMENT

16 Les maux qui gâchent la vie des femmes (et des sages-femmes)

#EPISODE-1 : La constipation : quand le transit perturbe la grossesse

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

20 Nutrition : Quels conseils pour améliorer la fertilité des patientes?

22 Échographie : le prescripteur doit aussi avoir l'œil !

DOSSIER : STOP AUX VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

24 Violence : mieux connaître ce sujet tabou

28 Après l'écoute : la prise en charge

31 Une maison à l'écoute des femmes :

« Notre but est que les femmes puissent avoir des parcours de soins qui les sécurisent »

ENTRE PROS

33 La dermatose la plus fréquente du nourrisson : L'érythème fessier

ÉTUDE

36 Le glucose facilite-t-il le travail ?

FOCUS

38 1^{ères} RPC du CNSF : vers une meilleure utilisation de l'ocytocine

PROFESSION SAGE-FEMME

40 Dans ma bibliothèque de pro

42 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, Céline Gerbier
Clémence Guillossou, Marie Pays,
Candice Satara-Bartko,

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

Assistante
Chloé Sztarkman

Remerciements :
Martin Winckler, Ghada Hatem,
Mathilde Delespine, Romaric
Mathieu

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

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

Mayane|group

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



PRESSION
GRATUITE
D'INFORMATION
Mise en circulation
Circulation



ANTI-INFLAMMATOIRES : PAS APRÈS LE 6ÈME MOIS DE GROSSESSE

Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits (ANSM) les prescriptions d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) après le 6^e mois de grossesse restent fréquentes, malgré leur toxicité pour le fœtus. En janvier dernier, l'Agence a ainsi rappelé aux femmes enceintes et aux professionnels de santé la contre-indication totale, mentionnée dans les autorisations de mise sur le marché (AMM), de ces molécules au-delà de 24 semaines d'aménorrhée. Tous les anti-inflammatoires non-stéroïdiens sont concernés : ibuprofène, kétoprofène, diclofénac, aspirine (acide acétylsalicylique) à partir de 100 mg par jour. Cette contre-indication est fondée sur

des risques graves pour la santé du fœtus et du nouveau-né. En effet, une exposition à partir du début du 6^e mois de grossesse expose le fœtus à un risque d'atteintes rénales et cardio-pulmonaires qui peuvent être irréversibles voire mortelles pour le fœtus et/ou le nouveau-né. L'Agence a également rappelé la contre-indication du célécoxib et de l'étoricoxib, deux anti-inflammatoires, pendant toute la durée de la grossesse, et a précisé que "*des alternatives médicamenteuses et non médicamenteuses existent, quelque soit le terme de la grossesse*" pour soulager ou traiter les douleurs, la fièvre ou encore l'inflammation (articulaire).

Plus d'infos : www.ansm.sante.fr



CANCER DU COL DE L'UTÉRUS : INQUIÉTUDE DES GYNÉCOLOGUES

Pas assez de vaccinations et de dépistages du cancer du col de l'utérus, des traitements parfois excessifs... Les gynécologues tirent la sonnette d'alarme devant une situation jugée très préoccupante en France. En 2015, ce cancer a encore touché près de 2.800 femmes en France et en a tué un peu plus d'un millier, alors qu'il est aujourd'hui considéré comme largement évitable grâce à la vaccination et au dépistage. "*La situation en France est très préoccupante. Nous sommes en train d'accumuler un retard important par rapport aux autres pays européens*", explique le Dr Jean-Luc Mergui, Président de la Société Française de Colposcopie et Pathologies Cervico-Vaginales (SFCPCV). Parmi les préoccupations des gynécologues figure la vaccination contre le papillomavirus destinée à prévenir les lésions précancéreuses du col utérin. Ainsi, le taux de couverture de ce vaccin, recommandé chez les filles de 11 à 15 ans, atteint seulement 15% en France, où il fait l'objet d'une grande défiance, contre 90% en Finlande ou encore 85% au Royaume-Uni. Par ailleurs, le dépistage qui

passé par des frottis vaginaux réalisés tous les trois ans entre 25 et 65 ans, stagne également avec un taux de couverture de l'ordre de 50 à 60% des femmes concernées, contre 85% au Royaume-Uni, selon la SFCPCV qui dénonce aussi des traitements en excès. "*Chaque année, ce sont 25.000 exérèses chirurgicales de lésions cervicales (conisations) qui sont réalisées, parfois de manière excessive. On estime ainsi que près d'un tiers de ces traitements chirurgicaux ne seraient pas justifiés et que plus de 70 % ne seraient pas réalisées selon les standards de qualité actuels. Ces limites et lacunes peuvent être compensées par une politique vaccinale de grande ampleur comme celles réalisées dans la plupart des pays européens comme en Angleterre ou en Italie*". Pour éviter ces excès, la SFCPCV a mis en place une charte de qualité dont les objectifs sont d'homogénéiser la formation des gynécologues prenant en charge la prévention du cancer du col et de vérifier que leurs pratiques sont conformes aux recommandations nationales et européennes.

Plus d'infos : www.societe-colposcopie.com

COUCHES POUR BÉBÉ : STOP AUX SUBSTANCES TOXIQUES

Les tests de 60 Millions de consommateurs réalisés sur 12 modèles de couches pour bébé de marques nationales et de distributeurs ont révélé la présence en faible quantité de substances potentiellement toxiques (résidus de pesticides, dioxines...) dans 10 des modèles testés, qu'ils soient écologiques ou conventionnels. Après la publication de ces résultats, les ministères de l'Environnement, de la Santé et de la Consommation ont saisi l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses) afin qu'une analyse des risques liés aux substances retrouvées soit réalisée. L'Anses devra également se prononcer sur la pertinence de définir ou non des seuils de

présence de ces molécules dans les couches et émettre, le cas échéant, "des recommandations afin de favoriser un meilleur encadrement des modes de fabrication, de la composition et de l'information du consommateur". Parallèlement, Ségolène Royal, ministre de l'Environnement, a adressé une lettre à la Commission européenne invitant cette dernière à faire adopter le plus rapidement possible les projets de réglementations visant la restriction des substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques dans les textiles, notamment les couches pour bébé et les protections hygiéniques.

Plus d'infos. : www.60millions-mag.com

LA FÉCONDITÉ EN FRANCE CONTINUE DE BAISSER

L'indicateur conjoncturel de fécondité s'établit à 1,93 enfant par femme en 2016, contre 1,96 en 2015 et 2,00 en 2014, c'est ce que révèle le bilan démographique 2016 de l'Insee publié récemment. 785.000 bébés sont nés en France en 2016, soit 14.000 de moins qu'en 2015 (-1,7%), année où la France enregistrait déjà une baisse des naissances avec 20.000 naissances de moins qu'en 2014. Cette deuxième année de baisse ramène le nombre de naissances de 2016 à son niveau de 1999. Selon l'Insee, ces baisses s'expliquent par la diminution de la population féminine en âge de procréer et par la baisse de sa fécondité. Les femmes âgées de 20 à 40 ans, les plus fécondes, sont de moins en moins nombreuses depuis le milieu des années 1990. Elles étaient 8,4 millions en 2016, contre 8,9 millions en 2006 et 9,2 millions en 1996. Le taux de fécondité chez les femmes âgées de 25 à 29 ans a en effet nettement diminué depuis 2014. À cette date, 100 femmes dans cette tranche d'âges avaient 12,3 enfants ; elles en ont eu 11,9 en 2015, puis 11,5 en 2016. La fécondité des femmes plus jeunes (15 à 24 ans) reste stable entre 2000 et 2010 environ, puis baisse, mais moins fortement que chez les 25-29 ans. Leur taux de fécondité est ainsi passé de 2,7 enfants pour 100 femmes en 2015 à 2,6 en 2016. La fécondité des femmes de 30 à 34 ans est pour sa part stable à 12,9 enfants pour 100 femmes en 2016. Par ailleurs, l'âge moyen à la maternité se stabilise à 30,4 ans en 2016, soit une progression de 0,7 an depuis 2006.

Plus d'infos. : www.insee.fr

MUTILATION GÉNITALE : LE CHU DE LYON RÉPARE LES FEMMES

À l'occasion de la Journée internationale contre les mutilations génitales (6 février 2017), le service de gynécologie du Centre Hospitalier Lyon Sud-HCL a présenté son dispositif pour accompagner les victimes, conjuguant la prise en compte de la dimension psychologique de l'agression et l'expertise chirurgicale. Selon le CHU, plus de 50.000 femmes ont subi une mutilation génitale en France. « Blessées dans leur féminité, elles souffrent physiquement et psychologiquement, une atteinte à leur intégrité ayant aussi des répercussions sur leur vie sexuelle ». L'équipe du service de gynécologie, formée d'un chirurgien gynécologue, d'une psychologue, d'un sexologue et d'une sage-femme, accueille, oriente, prend en charge et accompagne les femmes en vue d'une éventuelle réparation chirurgicale.

Plus d'info. : Centre de Planification et d'Education Familiale du Centre Hospitalier Lyon Sud-HCL au 04 26 73 96 24 - www.chu-lyon.fr

DÉCLARATION DE NAISSANCE... DU NOUVEAU !

Depuis le 1^{er} janvier, les jeunes parents bénéficient d'un délai supplémentaire pour déclarer la naissance d'un enfant. Cette mesure, incluse dans la loi de modernisation de la justice du XXI^e siècle publiée au *Journal officiel* en novembre dernier, prévoit ainsi un délai de cinq jours après l'accouchement au lieu de trois auparavant. Par dérogation, ce délai est porté à huit jours lorsque l'éloignement entre le lieu de naissance et le lieu où se situe l'officier de l'état civil le justifie. Néanmoins, un décret doit encore déterminer les communes concernées par cette dérogation.

Plus d'infos. : www.urofrance.org

LA PMA POUR TOUTES LES FEMMES...

Dans son livre *Le Droit de choisir*, le professeur René Frydman, pionnier de la médecine procréative, revient avec une version plus longue et argumentée sur le manifeste en faveur de la procréation médicalement assistée (PMA) pour toutes les femmes, publié en mars dernier dans le quotidien *Le Monde*, et signé par 130 professionnels de santé spécialistes de la reproduction. Dans cet ouvrage, publié aux Editions Seuil et rédigé à la première personne, René Frydman tire la sonnette d'alarme dans l'espoir de changer la législation française sur l'assistance médicale à la procréation, dont il dénonce les blocages et les incohérences. Il plaide pour "l'ouverture de la PMA

à toutes les femmes, célibataires, homosexuelles" et "l'autorisation encadrée de l'analyse génétique de l'embryon". Il se fait ainsi le porte-parole de gynécologues, biologistes, psychologues et obstétriciens autour de la question : "face au progrès de la connaissance scientifique et aux changements des modes de vie et des aspirations, le médecin doit-il, peut-il, rester spectateur, comme l'y engage la loi française ?" Auteur de nombreux ouvrages de réflexion ou de conseil (grossesse, infertilité...), René Frydman a été membre du Comité consultatif national d'éthique de 1986 à 1990, il est aussi l'un des fondateurs de Médecins sans frontières.

GROSSESSE : NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié une nouvelle série de 49 recommandations visant à renforcer le suivi périnatal et à améliorer la qualité des soins prénatals pour réduire la mortalité maternelle et infantile, mais aussi pour offrir aux femmes une expérience positive de la grossesse. L'OMS recommande notamment que :

→ Le nombre de consultations prénatales passe de 4 à 8 afin de détecter des problèmes et améliorer la communication entre les prestataires de soins et les femmes enceintes.

→ Une échographie avant la 24^e semaine de grossesse afin d'améliorer la détection des anomalies fœtales et des grossesses multiples et de réduire le nombre d'accouchements provoqués en cas de grossesse prolongée.

Pour l'OMS, les soignants doivent, le plus tôt possible au cours de la grossesse et à chaque consultation prénatale, interroger toutes les femmes enceintes sur leur consommation, passée et actuelle, d'alcool et d'autres substances. Par ailleurs, les nausées, les crampes dans les jambes, les douleurs dorsales ou encore la constipation doivent aussi être pris en



charge par les professionnels de santé, souligne l'OMS qui recommande également la pratique d'exercices physiques durant la grossesse. Enfin, la nutrition est particulièrement mise en avant dans ces recommandations pour favoriser le développement du fœtus avec des conseils pour une alimentation saine, une supplémentation quotidienne en fer (30 à 60 mg) et un apport en acide folique (0,4 mg par jour) afin de prévenir l'anémie ou encore les naissances prématurées.

Plus d'info. : www.who.int

INCONTINENCE PARLONS-EN !

À l'occasion de la 14^e Semaine de la Contenance (du 20 au 26 mars), l'Association Française d'Urologie organise à nouveau un chat Facebook dédié à l'incontinence le jeudi 23 mars. L'AFU tient cette année à interpeller sur les liens incontinence et port de couches : "*Qui dit incontinence ne dit pas systématiquement recours aux couches*", explique le Dr Christian Castagnola, Vice-Président de l'AFU. Plusieurs experts de l'association répondront à toutes les questions du grand public afin de "libérer la parole" en utilisant "l'anonymat" et la "distance entre les interlocuteurs" propres aux réseaux sociaux.

Plus d'infos. : www.urofrance.org

DES PRATIQUES SPORTIVES ADAPTÉES À L'ANATOMIE FÉMININE

Lancée par Isabelle Reynaud, kinésithérapeute, la nouvelle association Sport et Spécificités Féminines (Sport-SF) s'adresse via son site web dédié aux sportives de tout âge (jeunes filles, adolescentes, jeunes femmes et femmes), de tout niveau (débutantes, occasionnelles, régulières, de haut-niveau), ainsi qu'aux professionnels de la santé, du sport et de la forme. L'association a pour objectifs d'informer sur les risques pelvi-périnéaux (fuites urinaires, descentes d'organes...), que l'on peut rencontrer dans le quotidien comme dans le sport, de sensibiliser les sportives à ce sujet et de promouvoir des pratiques sportives adaptées à l'anatomie féminine. "*Il est un constat que l'anatomie féminine nécessite une approche spécifique dans la pratique du sport*, explique Isabelle Reynaud, *qui s'est entourée d'une équipe médicale et paramédicale spécialisée dans ces domaines. En France, 4 millions de personnes sont touchées par l'incontinence urinaire, et 3/4 d'entre elles sont des femmes. Souvent tabous, les risques et problèmes pelvi-périnéaux sont vécus par la majorité des femmes comme une fatalité, conséquence inéluctable de la grossesse, de l'accouchement, d'un surpoids...*". Encadrées par des kinésithérapeutes spécialisées en rééducation abdo-pelvi-périnéale, l'association propose également des ateliers "Bénéfices Santé" qui permettent de dresser un bilan personnalisé (posture, respiration, sangle abdominale) et de conjuguer théorie et pratique pour la prévention des risques pelvi-périnéaux afin de corriger les mauvaises habitudes prises au fil des années. Des ateliers individuels sont également organisés à destination des femmes ayant besoin d'un encadrement spécifique comme la reprise d'une activité sportive après la grossesse.

Plus d'infos. : www.sport-sf.com

GROSSESSE ET OBÉSITÉ : UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

Le CHRU de Lille a récemment lancé le programme national de recherche ePPOP (Programme Personnalisé pour prendre en charge l'Obésité Pendant la grossesse). Grâce à une plateforme internet sécurisée et personnalisée, les femmes enceintes dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 30kg/m² pourront bénéficier d'un suivi adapté en dehors de l'hôpital, associant activités de relaxation, sportives et nutritionnelles. 860 patientes volontaires sont attendues pour participer à cette vaste étude qui associe 11 maternités françaises. L'étude, conduite par le Professeur Philippe Deruelle, gynécologue à la maternité Jeanne de Flandre et soutenue par le ministère de la Santé, vise à confirmer l'impact d'un programme personnalisé dispensant à domicile des conseils d'experts médicaux et paramédicaux sur la diminution du risque de complications à l'accouchement des femmes concernées par l'obésité. Les futures mères volontaires devront respecter certains critères : une grossesse inférieure à 4 mois avec un accouchement prévu à la maternité Jeanne de Flandre du CHRU de Lille et un MCI supérieur à 30kg/m².

Plus d'infos. : www.chru-lille.fr

UN PROJET INADAPTÉ AUX SAGES-FEMMES LIBÉRALES...

L'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF) a été informée d'un projet, pensé par les instances hospitalières, mis en place par un établissement du Grand Est concernant les accouchements ambulatoires, avec sortie le jour de l'accouchement ou le lendemain. "*Il ne s'agit pas d'un projet dans le cadre d'accouchements en plateau technique avec une sage-femme libérale, précise l'ONSSF qui estime que celui-ci, mis en place sans concertation préalable avec les sages-femmes libérales du secteur, est inadapté.*"

Selon l'organisation syndicale, ce projet ne répond pas à une demande des patientes, mais à une exigence de l'établissement, en partenariat avec l'ARS Grand Est, afin de minimiser les durées et donc les coûts d'hospitalisation. Par ailleurs, le contact anténatal avec la sage-femme libérale n'est pas prérequis dans ce projet qui concernera 50 patientes. "*Bien qu'une enveloppe soit allouée par l'ARS, les sages-femmes libérales, pourtant aux premières loges pour rencontrer les patientes à leur sortie de maternité, ne toucheront qu'une petite participation qui ne couvrira pas leurs visites ni leur disponibilité, ajoute l'ONSSF. La CPAM a précisé que ces sorties ne feraient pas partie de l'expérimentation des Prado sorties précoces, empêchant le versement des forfaits à 25 €.*"

L'ONSSF invite ainsi les sages-femmes libérales à boycotter la signature de ce genre de conventions, et à en informer l'organisation syndicale si de tels projets sont envisagés près de chez elles.

Plus d'infos. : www.onssf.org

ON MARCHE POUR L'ENDOMÉTRIOSE !

La 4^e EndoMarch France se déroulera le 25 mars prochain à Paris et dans 60 capitales à travers le monde. Initié aux Etats-Unis, cet événement a pour objectif de faire connaître l'endométriose, une maladie gynécologique chronique, douloureuse et fortement invalidante. Maladie complexe, l'endométriose touche 180 millions de femmes dans le monde. Outre les associations françaises (ENDOmIND France, Ensemble contre l'Endométriose, Mon Endométriose Ma Souffrance), des personnalités comme la chanteuse Imany, ambassadrice de l'association ENDOmind, la comédienne et productrice Julie Gayet et la journaliste Sonia Dubois sont également très impliquées dans la sensibilisation autour de cette pathologie et participent habituellement à cet événement qui marque aujourd'hui une date incontournable dans les actions en faveur de la lutte contre cette maladie.

LES CHIFFRES CLÉS DE L'ENDOMÉTRIOSE

- Entre 2 et 4 millions de femmes concernées en France, au total 180 millions de femmes.
- Le délai de diagnostic moyen est de 7 ans en France.

- Les femmes atteintes ont une qualité de vie inférieure de 20% par rapport à une personne avec le meilleur état de santé possible
- En France l'endométriose coûterait 9,5 Mds€ par an (coûts directs médicaux + coûts indirects de perte de productivité).
- L'endométriose représente environ 21.000 hospitalisations par an en France



BON À SAVOIR : RAPPEL DES SYMPTÔMES DE L'ENDOMÉTRIOSE

Règles douloureuses (dysménorrhée), douleurs pelviennes (pour 80 % des femmes atteintes) ; règles hémorragiques ; saignements anarchiques ; douleurs pendant les rapports sexuels (dyspareunie) ; troubles digestifs ; fatigue chronique ; infertilité (pour 30 à 40 % des femmes atteintes)

Plus d'infos. : www.endomarch.fr



Dream Belt, la 1^{ère} ceinture de maintien qui révolutionne le sommeil des futures mamans !

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

— Ceinture élastiquée pour le maintien

— Bande extensible ajustable

— Renforts latéraux en mousse à mémoire de forme

9 months
of b

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



Testez Dream Belt !

Offre réservée
aux 6 premiers
professionnels
qui enverront une
demande de test à
pro@babymoov.com

ACTUS MONDE



Etats-Unis

Détecter les vitamines dans les larmes des bébés...

Le dépistage des carences en vitamines dans le sang étant invasif et coûteux, des chercheurs américains de la Michigan Technological University travaillent actuellement sur un test de diagnostic avec des larmes, qui servirait notamment à évaluer la santé nutritionnelle des nourrissons. Les chercheurs ont ainsi testé des échantillons de larmes avec ce dispositif, qui se présente sous forme de petites bandes à placer sous l'œil, et des échantillons de sang de 15 nourrissons âgés de 4 mois et de leurs parents. Les résultats ont montré qu'il existe bien des corrélations entre les concentrations de vitamines dans les larmes et dans le sang.

Source : Michigan Technological University



Europe

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

Un projet de recherche à l'échelle européenne vise à diminuer les risques de lésions cérébrales chez les grands prématurés. Dans le cadre de ce projet mené par neuf universités et hôpitaux à travers l'Europe, un prototype intitulé BabyLux a été développé à partir d'une technologie optique permettant des mesures en temps réel et très précises pour surveiller et évaluer le flux sanguin et l'oxygénation du cerveau des grands prématurés. Des essais cliniques sont actuellement menés dans un hôpital de Copenhague ainsi que dans une clinique à Milan.

Source : www.babylux-project.eu



Belgique

Pénurie de donneurs de sperme...

Face à la demande de sperme qui augmente perpétuellement, la Belgique fait face aujourd'hui à une pénurie très importante de donneurs. C'est pourquoi, les centres de procréation médicalement assistée belges ont lancé un appel aux dons. En effet, ces derniers doivent actuellement demander de l'aide à des banques de sperme étrangères afin de pouvoir satisfaire leurs patients. Actuellement, les dons de sperme d'hommes belges ne couvrent que 5% des demandes.

Source : RTL Info





Chine
Des naissances
en forte hausse en 2016

La Chine a enregistré en 2016 une natalité atteignant 17,86 millions de naissances, contre 16,55 millions en 2015, soit une hausse de 7,9%. Une augmentation due essentiellement à la fin de la politique dite de l'enfant unique qui autorise depuis la fin de l'année 2015 tous les couples chinois à avoir deux enfants. Ces chiffres marquent le plus fort nombre annuel de naissances recensées depuis l'an 2000, le nombre moyen de naissances évoluait plutôt aux alentours des 16,4 millions ces dernières années. Sur le total des naissances, 45% sont survenues dans des familles qui avaient déjà au moins un enfant, contre 30% seulement en 2013.

Source : Commission nationale de la santé et du planning familial

Afrique du sud
Allaitement maternel : le
gouvernement s'inquiète

De moins en moins de femmes choisissent d'allaiter leur enfant en Afrique du Sud qui enregistre ainsi le taux le plus faible d'allaitement maternel de tout le continent africain. A l'âge de 6 mois, seuls 8% des enfants sont nourris exclusivement au lait maternel. Préjugés, pression de la société... ? Des ONG et l'Unicef tentent actuellement de renverser la tendance.

Source : Radio France International

Italie
Un taux de fécondité très bas

En 2014, l'indicateur conjoncturel de fécondité en Italie s'établissait à 1,37 enfant par femme, contre 2,01 en France. Les raisons de cette basse fécondité italienne sont notamment une proportion de femmes restant sans enfant au terme de leur vie féconde, le report de l'arrivée du premier enfant associé au départ tardif du foyer parental et le rôle spécifique du mariage : la naissance d'un enfant en dehors du cadre du mariage reste rare en Italie en raison du poids des normes sociales, contrairement à la France. Par ailleurs, la participation des femmes au marché du travail a fortement augmenté en Europe ces dernières décennies, mais d'importants écarts subsistent. Aujourd'hui, on observe une fécondité plus forte dans les pays où le taux d'activité féminin est élevé : en Italie 63% des femmes âgées de 24 à 54 ans sont actives (83% en France).

Source : Ined

A close-up photograph of several surgical instruments, including a large spoon-like retractor and various forceps, resting on a blue surgical drape. The background is a soft-focus gradient of blue and green.

PANORAMA DES IVG EN 2015

LE DERNIER RAPPORT DE LA DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES) FAIT ÉTAT DE 218 000 INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG) EN 2015, DONT 203 500 EN MÉTROPOLE. LE NOMBRE D'IVG EST RELATIVEMENT STABLE DEPUIS 2006, AVEC UN TAUX DE RECOURS DE 14,4 IVG (Y COMPRIS LES IVG EN VILLE REMBOURSÉES PAR LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE ET LE RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS) POUR 1000 FEMMES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS DANS LA MÉTROPOLE ET DE 26,5 DANS LES DOM (Y COMPRIS MAYOTTE).

Par Catherine Charles

« 57% des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse en métropole »

IVG EN BAISSÉ PARMÍ LES MOINS DE 20 ANS DEPUIS 2010

Si le taux global reste stable, il évolue selon les âges avec une poursuite à la légère baisse parmi les moins de 20 ans depuis 2010 après une forte hausse entre 1990 et 2010. Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées, avec un taux de 27 IVG pour 1000 femmes, tandis que les taux continuent à décroître chez les femmes de moins de 20 ans, atteignant 7,6 recours pour 1000 femmes parmi les 15-17 ans et 19,5 parmi les 18-19 ans.

LES ÉCARTS RÉGIONAUX PERDURENT

Au niveau régional, les taux de recours varient du simple au double d'une région métropolitaine à l'autre : de 10,5 IVG pour 1.000 femmes de 15 à 49 ans dans les Pays de la Loire à 20,5 pour 1000 en région Provence Alpes-Côte d'Azur. En France métropolitaine, tous les taux de recours à l'IVG sont inférieurs à 14 IVG pour 1000 femmes, sauf en Ile-de-France et dans le Sud (Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Provence Alpes-Cote d'Azur et Corse) où les taux moyens sont supérieurs à 17 IVG pour 1000. Dans les DOM, les taux de recours sont beaucoup plus élevés qu'en métropole, avec une moyenne supérieure à 26 IVG pour 1000 femmes.

IVG MÉDICAMENTEUSES EN HAUSSE

18% des IVG (25% dans les DOM) ont été réalisées en cabinet libéral en 2015 et 1,5% (0 dans les DOM) en centres de santé ou en centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF), soit

36.283 IVG médicamenteuses en ville en métropole et 3403 dans les DOM. En 2015, près de la moitié des IVG réalisées en établissement hospitalier sont des IVG médicamenteuses (vs. 10% en 1992). L'augmentation progressive du nombre des IVG médicamenteuses en ville ainsi qu'en centres de santé et en CPEF depuis 2009 s'est accompagnée jusqu'en 2013 d'une baisse du nombre des IVG instrumentales réalisées en établissements hospitaliers, alors que le nombre des IVG médicamenteuses en établissements de santé a augmenté avant de se stabiliser depuis 2005. Globalement, en comptabilisant aussi les IVG en ville ou en centres de santé, 57% des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse en métropole (58% dans les DOM).

UNE PRISE EN CHARGE EN HAUSSE DANS LE SECTEUR PUBLIC

551 établissements déclarent une activité d'IVG en métropole en 2015 et 19 dans les DOM (dont un à Mayotte). Les deux tiers sont des établissements publics, qui prennent en charge 83% des IVG réalisées en établissements en métropole (85% dans les DOM), contre 65% des IVG au milieu des années 1990, 77% en 2008, 80% en 2011.

CONTRACEPTION D'URGENCE...

Son utilisation s'est fortement développée depuis juin 1999, date à laquelle elle est devenue accessible en pharmacie sans prescription médicale : plus d'un million de pilules du lendemain et du surlendemain sont vendues chaque année depuis 2005, un chiffre en légère baisse depuis 2013.

STOP

À LA MALTRAITANCE MÉDICALE !

RENCONTRE

AVEC MARTIN WINCKLER

DANS SON LIVRE *LES BRUTES EN BLANC* (ED. FLAMMARION), MARTIN WINCKLER EXPLIQUE QUE LE MAL-ÊTRE RESENTI PAR LES PATIENTS FACE AUX MÉDECINS EST DÛ À LA FORMATION DE CES DERNIERS EN TANT QUE PRATICIENS ET NON COMME SOIGNANTS. IL SUGGÈRE ALORS COMMENT DEVRAIT ÊTRE LA RELATION ENTRE MALADE ET PERSONNEL MÉDICAL. "ON ATTEND D'UN MÉDECIN QU'IL ÉCOUTE, RASSURE, EXPLIQUE ET S'EFFORCE DE GUÉRIR PARFOIS. SOULAGER SOUVENT. CONSOLER TOUJOURS'. ON ATTEND D'UN MÉDECIN QU'IL SOIGNE, EXPLIQUE L'AUTEUR. EN FRANCE, LA RÉALITÉ EST AUTRE : DE LA VIOLENCE VERBALE AUX JUGEMENTS DE VALEURS, DE LA DISCRIMINATION AU REFUS DE PRESCRIPTION, DES ÉPISIOTOMIES ARBITRAIRES À LA CHIMIOTHÉRAPIE IMPOSÉE, BON NOMBRE DE MÉDECINS BRUTALISENT LES PATIENTS, À COMMENCER PAR LES FEMMES".

Propos recueillis par Catherine Charles

Martin Winckler nous raconte comment les facultés de médecine françaises fabriquent des praticiens qui sont avant tout des techniciens, et non des soignants. Il nous explique aussi ce que devrait être la relation entre patient et soignant.

Parole de Sages-Femmes :

Pourquoi avez-vous eu envie d'écrire sur le sujet de la maltraitance médicale ?

Martin Winckler : J'écris sur le sujet depuis très longtemps, dans mes romans, sur mon site internet (<http://www.martinwinckler.com/spip.php?article1050>) et je souhaitais consacrer un ouvrage entier au problème, à partir des témoignages que j'ai reçus, des enquêtes qui existent, mais aussi expliquer pourquoi le problème est aussi ancré dans la culture médicale française, car il s'agit d'un problème culturel et structurel.

PDSF : **Quelle est aujourd'hui la principale problématique entre patient et soignant ?**

MW : C'est le rapport de force. Un trop grand nombre de médecins se sentent en position de supériorité par rapport aux patients. S'ils sont bienveillants, ça les conduit au paternalisme : "je sais ce qui est bon pour vous, laissez moi faire", et si ils ne le sont pas, ça conduit à la brutalité : "si vous refusez que je vous fasse un examen gynécologique, je ne vous prescris pas votre pilule. C'est comme ça et pas autrement". Dans les deux cas, c'est de la maltraitance car cela balaie complètement l'autonomie - l'autodétermination - du patient et l'obligation de service (écoute, soin, accompagnement, soutien) que les médecins ont à leur égard. C'est comme si ces médecins pensaient que c'est toujours à eux de définir ce qui est bon pour les patients. Or, ce n'est pas acceptable, sur un plan éthique. Et cela fait trente ans que dans les pays du Nord de l'Europe

A PROPOS DE...

Martin Winckler est, sous son vrai nom Marc Zaffran, médecin généraliste. Il a écrit de nombreux ouvrages (romans, essais, manuels pratiques, contes pour enfants...) notamment *La Maladie de Sachs* (Ed. P.O.L.), adapté au cinéma par Michel Deville, *Le patient et le médecin* et *Profession médecin de famille* (Ed. Presses de l'Université de Montréal) ou encore *Choisir sa contraception* (Ed. Fleurus). En qualité de médecin généraliste, Martin Winckler a exercé à temps plein dans un cabinet de médecine générale de la Sarthe (1983-1993) et à temps partiel au centre hospitalier du Mans, au centre d'IVG puis au centre de planification (1984-2008). Pour avoir écrit plusieurs livres sur la contraception, il est également intervenu périodiquement au titre de généraliste-expert dans le domaine de la contraception lors de séminaires de formation destinés aux professionnels de santé (médecins,



sages-femmes, étudiants en médecine...) et a également assuré l'essentiel de la rédaction initiale du site officiel sur la contraception mis en ligne par l'Inpes. Depuis 2009, Martin Winckler vit à Montréal (Québec).

Plus d'infos : www.martinwinckler.com

et les pays anglo-saxons, on respecte l'autonomie des patients, même s'ils prennent des décisions contraires à l'avis des médecins.

PDSF : Comment expliquez-vous cette problématique ?

MW : Parce que la formation médicale en France est encore napoléonienne, fondée sur l'idée que les médecins sont une aristocratie et que leur valeurs l'emportent sur leurs obligations. Le sexisme est très courant dans le monde médical, tout comme le racisme et les discriminations à l'égard des plus démunis, ce qui n'est pas sans relation avec le fait que la grande majorité des médecins, de par la nature de la sélection, viennent de milieux favorisés. Ils se comportent en aristocrates parce qu'on ne leur a jamais fait réfléchir à ce que sont les inégalités sociales avant qu'ils entrent en médecine, et quand ils y entrent, la mentalité ambiante les conforte dans l'idée qu'ils n'ont pas besoin de réfléchir à ces inégalités. Or, la santé d'un individu est directement liée à son milieu socio-économique : plus on est pauvre, plus on est en mauvaise santé ; mais ce sont surtout les riches qui sont soignés. Pourquoi ? Parce que la plupart des médecins préfèrent soigner les riches pour des raisons psychologiques, morales, politiques... Accueillir des patients en surpoids

"La formation médicale en France est encore napoléonienne, fondée sur l'idée que les médecins sont une aristocratie et que leur valeurs l'emportent sur leurs obligations."

en les insultant ou en les harcelant parce qu'ils sont en surpoids, alors même que dans la plupart des cas, ils subissent ce surpoids et ne l'ont pas délibérément choisi, c'est une discrimination, née d'une posture et d'une mentalité de classe. Toutes choses qui sont largement entretenues ou simplement tolérées, mais jamais dénoncées ou combattues ou sanctionnées pendant les études de médecine.

PDSF : Quelle est, selon vous, la relation idéale entre patient et soignant ?

MW : C'est une relation de partage et de coopération, dénuée de rapport de force, dans un sens comme dans l'autre. Une relation de respect mutuel. Les médecins doivent mériter le respect des patients, et ils ne le méritent que s'ils respectent les patients, les écoutent, les accompagnent et les soignent, sans jamais faire pression sur eux.

LES MAUX QUI GACHENT LA VIE DES FEMMES

ET DES SAGES-FEMMES

#Episode 1

LES MAUX DE GROSSESSE PERTURBENT FRÉQUEMMENT LA VIE D'UNE FEMME ENCEINTE.

SI BIEN QU'ON A COUTUME DE LES QUALIFIER À TORT DE « PETITS MAUX DE LA GROSSESSE » SANS TOUJOURS SE SOUCIER DU VÉCU DE LA FEMME. PARMİ EUX, LA CONSTIPATION, CONCERNANT ENVIRON 25% DES FEMMES. SI SA PRISE EN CHARGE SE VEUT PROACTIVE, N'Y A-T-IL PAS UN TRAVAIL DE PRÉVENTION À EFFECTUER EN AMONT ?

Par G.Dahan-Tarrasona

POURQUOI LA CONSTIPATION TOUCHE AUTANT DE FEMMES ENCEINTES ?

Si la constipation est habituellement une plainte des femmes (1 femme sur 3), elle est d'autant plus chez la femme enceinte et même 29% des femmes rencontrent ce problème lors de la grossesse alors qu'elles ne sont pas concernées habituellement. Des mécanismes de compression liés à l'utérus gravide sur le côlon en sont une des causes. De façon plus hypothétique, des phénomènes hormonaux, notamment l'imprégnation de la progestérone, sont responsables du ralentissement du transit digestif à cette période. Mais d'autres causes plus standards interviennent, comme des modifications électrolytiques et des problèmes de motricité digestive ou bien la réduction de l'activité physique en fin de grossesse. Des modifications qui négligées, semblent impliquer des traumatismes obstétricaux et des troubles pelvi-périnéaux. D'où la nécessité, d'agir sur la prévention et d'en faire le diagnostic pour la traiter avant que des complications ne surviennent.

LA CONSTIPATION : ON NE BANALISERA PAS

La définition de la constipation est assez large, il peut s'agir d'une patiente déféquant moins de 3 fois par semaine, même si cela dépend du rythme de chacun et/ou d'une patiente qui présente une dyschésie pouvant même nécessiter une assistance manuelle. Ces troubles s'accompagnent de ballonnements et de douleurs abdominales. Considérée souvent à tort comme banale dans les services de maternité, la constipation peut entraîner des complications qui peuvent laisser des séquelles à plus long terme. Les deux grandes complications sont les thromboses hémorroïdaires et les fissures anales. Une femme régulièrement constipée, par ses forts efforts de poussée, altère son nerf honteux, ce qui entraîne des problèmes d'incontinence anale : 10% des femmes sont concernées à 45 ans et 30% à 70 ans. La constipation et ses conséquences représentent aussi une source d'anxiété pour certaines femmes qui, par honte, peinent à assumer ces troubles au quotidien.

éductyl®

Tartrate acide de potassium, bicarbonate de sodium
SUPPOSITOIRE EFFERVESCENT

ADULTES

DURANT LA GROSSESSE *

À L'ACCOUCHEMENT

EN POST-PARTUM *

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

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

tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance - Site internet : www.ansm.sante.fr **Surdosage :** Aucun cas de surdosage n'a été rapporté. Cependant un usage prolongé risque d'entraîner des brûlures anales et des rectites congestives (voir rubrique «Effets indésirables»). **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES :** **Propriétés pharmacodynamiques :** Classe pharmacothérapeutique : AUTRES LAXATIFS, code ATC : A06AX02. Les principes actifs en milieu humide libèrent environ 100 ml de gaz carbonique au niveau du rectum. Le volume de gaz carbonique dégagé augmente la pression intrarectale sur les muqueuses sensibles et reproduit ainsi le mécanisme de déclenchement du réflexe exonérateur. **DONNÉES PHARMACEUTIQUES :** **Liste des excipients :** Lécithine de soja, talc, glycérides hémissynthétiques solides. **Durée de conservation :** 2 ans. **Précautions particulières de conservation :** À conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité. **Nature et contenu de l'emballage extérieur :** Plaquette thermoformée (polyéthylène / chlorure de polyvinyle / polyvinyl acétate) de 12 suppositoires effervescents. **Précautions particulières d'élimination et de manipulation :** Pas d'exigences particulières. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** LABORATOIRES TECHNI-PHARMA - 7, rue de l'Industrie - BP 717 - 98014 MONACO CEDEX - Tél. : 00 377 92 05 75 10. **NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** 3400930348444 : 12 suppositoires sous plaquettes thermoformées (polyéthylène / chlorure de polyvinyle / polyvinyl acétate). **DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/ DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION :** 1991 / 2011. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE :** Mars 2015. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE :** Médicament non soumis à prescription médicale, remboursé Séc. Soc. à 30% dans le traitement symptomatique de la constipation notamment en cas de dyschésie rectale. collect., 1,50 € (C.T.J. : 0,125 €).



« Prendre en charge les « maux de grossesse », ce n'est pas focaliser sur un symptôme mais prendre en charge la femme enceinte dans une approche holistique. »

LA PRÉVENTION : ON NE NÉGLIGERA PAS

Le rôle des professionnels est de sensibiliser les patientes sur des habitudes à prendre notamment de ne pas pousser pour aller à la selle. L'intérêt d'une alimentation riche en fibres, c'est à dire légumes, produits céréaliers, fruits frais et fruits secs, a largement été démontré dans les études scientifiques. L'apport en fibres doit être progressif, environ 5g/24h et s'augmente selon le résultat par paliers de 8 jours jusqu'à 10-15g/24h. Toutefois, ce régime n'est pas toujours toléré car il peut entraîner un météorisme ainsi qu'une malabsorption des vitamines et des oligo-éléments.

L'apport hydrique (2L/j), particulièrement les eaux riches en magnésium ont un effet bénéfique supplémentaire sur le transit. En l'absence de contre-indication, la pratique d'une activité physique régulière est recommandée, qui sera aussi bénéfique pour apaiser les tensions émotionnelles et le surmenage.

LES ALTERNATIVES : ON Y PENSERA

Prendre en charge les « maux de grossesse », ce n'est pas focaliser sur un symptôme mais prendre en charge la femme enceinte dans une approche holistique. Ainsi, d'autres pratiques (ostéopathie, acupuncture, homéopathie...) offrent des outils supplémentaires pour améliorer le vécu et la santé des parturientes.

Même si ces pratiques demandent un examen rigoureux et global de la patiente, voici des exemples de points en acupuncture.

Chez la femme enceinte, il peut y avoir une constipation de type yin ou de type yang.

La constipation de type yin, se caractérise par une stase provoquant une absence de péristaltisme ainsi que des spasmes permanents ou intermittents. Les selles stagnent et aggravent la dilatation anale.



Sources : *Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, Vuagnat A, Darai E, Mignon M et al. Anal fissure and thromosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis colon Rectum* 2002 ;45 :650-5.

pro.anses.fr
Thoulon J-M. Petits maux de la grossesse. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie/obstétrique, 5-012-A-20, 2011

- E 36 zu san li, E 27 da ju, E 28 shui dao : harmonisant le qi et le Sang, dispersent le Froid
- MC 6 nei guan, TR 6 zhi gou : débloquent le qi pour mettre l'intestin en mouvement.

La constipation de type yang est plutôt associée à une inflammation de la muqueuse intestinale, des dessèchements et brûlures intestinales. Elle peut conduire à la fissure anale.

- E 36 zu san li, E 37 shang ju xu, E 39 xiaju xu : éliminent l'excès de chaleur
- V 24 qi hai shu, V25 du chang shu, V28 pang guang shu, V 57 cheng shan : si hémorroïdes associées, tonifient le qi, régularisent les intestins.
- MC 6 nei guan, TR 6 zhi gou : répartissent le yin

Source : *Obstétrique & Acupuncture, mise au point pour la sage-femme. Annabelle Pelletier-Lambert.*

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

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

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

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

SIGVARIS

Neuf mois
mes jambes
et moi

www.9moismesjambesetmoi.com

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.

QUELS CONSEILS POUR AMÉLIORER LA FERTILITÉ DES PATIENTES ?

LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES FEMMES PASSE AUSSI PAR LA NUTRITION, SI L'ADAGE « MANGEZ ÉQUILIBRÉ » EST VALABLE TOUT AU LONG DE LA VIE, IL EST D'AUTANT PLUS IMPORTANT LORSQUE CELLE-CI SE HEURTE À UNE PROBLÉMATIQUE D'INFERTILITÉ. IMPACTANT LA GAMÉTOGÈNESE, LA FÉCONDATION, LA NIDATION, LA PLACENTATION AINSI QUE LE DÉVELOPPEMENT DE L'EMBRYON, DES CONNAISSANCES EN NUTRITION PEUVENT S'AVÉRER UTILES AUX SAGES-FEMMES POUR CONSEILLER LEURS PATIENTES AU COURS D'UNE CONSULTATION GYNÉCOLOGIQUE OU PRÉCONCEPTIONNELLE, PAR EXEMPLE.

par G.Dahan-Tarrasona



Avec **Stella Cot-Garans**, sage-femme libérale, sophrologue, spécialisée en micro-nutrition, Marseille

L'IMPORTANCE DE L'ALIMENTATION DANS LA FÉCONDATION

La fécondation nécessite la mise en place de processus assez complexes mettant en scène l'ovocyte et les spermatozoïdes. Ces cellules sont régies par un environnement qui contrôle l'activité de nos gènes. La maturation folliculaire doit donner un ovocyte de bonne qualité pour fusionner avec le spermatozoïde, transformer son noyau, assurer la 1^{ère} division de l'œuf et toutes les étapes de son développement. Le bon déroulement de ces phases physiologiques nécessite la présence de coenzymes, de vitamines ainsi que d'autres substances chimiques que l'on trouve dans l'alimentation. En cas de mauvaises habitudes alimentaires, de certaines pathologies (SOPK, maladie cœliaque...), d'exposition aux toxiques, de stress physique puis oxydatif, l'ovocyte devient incapable d'assurer efficacement ses fonctions. Un rééquilibrage des micronutriments passant par l'alimentation et/ou la prise de compléments alimentaires peut alors constituer un point de départ pour optimiser la fertilité de la femme.

L'amélioration de la qualité des gamètes s'orientent vers une alimentation anti-inflammatoire dont la chronologie des objectifs est de:

- Réduire l'acidité du corps et la production d'aromatases
- Limiter la production de radicaux libres
- Fluidifier la membrane des cellules

CHASSER L'ACIDITÉ

Les cellules produisent de l'acidité, normalement éliminée par le foie, les reins, les poumons et la peau. Cependant si la balance production pèse plus que celle de l'élimination, cette acidité reste dans le corps. Elle participe à la production d'endotoxines dans l'intestin grêle, responsable de l'acidification du milieu et contribuant à l'altération de la flore intestinale. Le microbiote ainsi déséquilibré entraîne des perturbations du système immunitaire (sensibilité accrue aux infections), de la barrière intestinale (responsable de l'augmentation de la production de toxines et du dérèglement du système endocrinien) et participe à une mauvaise assimilation des nutriments. Toutes ces réactions en chaîne

« Nous pouvons agir sur la fluidité des membranes cellulaires en demandant un bilan dosant le rapport d'acides gras érythrocytaires »



occasionnent une diminution d'énergie. Evaluer l'acidité de la patiente est donc le 1^{er} point à rechercher. Sans correction de l'équilibre acido-basique, les autres étapes demeureront inefficaces. La mesure de l'acidité est facile à entreprendre puisque l'utilisation de bandelettes urinaires indique le niveau général de l'acidité du corps (le matin entre 6,2 et 6,8 et l'après-midi/soir >7,2). Dans un 2^e temps, son utilisation permettra la vérification de l'utilité des actions.

Si la bandelette urinaire témoigne d'un excès d'acidité, la correction de l'équilibre acido-basique est réalisable dans un délai d'environ 2 mois, avec des changements alimentaires. Ces modifications consistent à diminuer les apports de graisses et de sucres dans l'alimentation surtout au petit-déjeuner. Le sucre pris le matin étant inflammatoire. Manger davantage de fruits et légumes cuits, boire une eau alcaline puis compléter en citrate de magnésium et potassium pour optimiser les substances tampons de notre corps, représentent aussi des actions à privilégier pour parvenir à ce 1^{er} objectif.

Pour favoriser la diminution d'acidité, il est conseillé de restreindre l'apport en protéines à raison de 100 à 120g par jour car, elles-mêmes, créent de l'acidité en puisant dans les réserves des substances tampon de notre corps. De plus, l'estomac n'est pas capable de digérer plus de 40g de protéines par jour et sa dégradation dans le colon fabrique un excès d'endotoxines favorisant la synthèse d'ammoniac partant dans le foie, ainsi que la création d'aromatases (enzyme qui transforme la testostérone et 2 OH œstradiol en 16 OH œstradiol).

LIMITER LES RADICAUX LIBRES

Le corps produits des radicaux libres de façon physiologique et certaines manifestations d'ordre endogène (obésité, inflammation, mitochondrie, détoxification) ou exogène (soleil, tabac, pollution, sucre, sel) peuvent accroître leur développement. Le corps a la faculté de s'en débarrasser grâce aux anti-oxydants. Mais lorsque celui-ci est

exposé à un excès prolongé de radicaux libres, une inflammation chronique dite stress oxydatif survient et une attaque de l'ADN est possible. L'enjeu est alors d'apporter des anti-oxydants (polyphénols, caroténoïdes, vitamine A, E, C, flavonoïdes, lycoptènes, tannin, lutéine et zéaxanthine) pour protéger l'ADN des cellules.

AMÉLIORER LA PERMÉABILITÉ MEMBRANAIRE

Enfin, le dernier objectif est de favoriser la fluidité de la membrane cellulaire afin de permettre la pénétration du spermatozoïde. La membrane cellulaire est une membrane bicouche phospholipidique, constituée d'oméga 3 et d'oméga 6. La constitution idéale est de 3 oméga 6 pour 1 oméga 3. En cas de rapport déséquilibré, les cellules sont affectées, les membranes deviennent anormalement rigides, perdent plus de 90% de leurs canaux, elles deviennent incapables d'échanger la nourriture et d'éliminer les toxines ainsi que les radicaux libres. De cette façon, les cellules vont dysfonctionner ou carrément bloquer leurs fonctions et répercuter leur défaillance par l'apparition de pathologies.

Nous pouvons agir sur la fluidité des membranes cellulaires en demandant un bilan dosant le rapport d'acides gras érythrocytaires, que les sages-femmes peuvent prescrire (bilan non remboursé). Les résultats permettront de modifier l'apport d'acides gras dans l'alimentation et d'apporter des oméga 3, si nécessaire.

Si l'alimentation est un facteur clé, il ne faut pas omettre des conseils d'éducation et de prévention. Pour aider la patiente à mettre en place une bonne hygiène de vie, en prenant en compte son poids, sa pratique ou non d'activité physique, ses éventuelles addictions ainsi que l'exposition à la pollution environnementale.

Sujet présenté à la 3^e soirée Maïclub du Laboratoire Cerballiance Provence, Marseille.

ÉCHOGRAPHIE :

LE PRESCRIPTEUR DOIT AUSSI AVOIR L'ŒIL !

L'ÉCHOGRAPHIE, UNE PRATIQUE MÉDICALE À PART ENTIÈRE, CONSTITUE AUJOURD'HUI UNE COMPOSANTE ESSENTIELLE EN PÉRINATALITÉ. MÉTHODE DE DÉPISTAGE, DE DIAGNOSTIC, DE SURVEILLANCE, ELLE A PERMIS D'AGIR SUR LA RÉDUCTION DE LA MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PÉRINATALE. AVEC DES RÉACTUALISATIONS DE 2005, LA CONFÉRENCE NATIONALE DE L'ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE FŒTALE (CNEOF) MET EN LUMIÈRE, DANS SES DERNIÈRES RECOMMANDATIONS, LES RÉFÉRENTIELS ET LES CONDITIONS DE BONNES PRATIQUES POUR LES ÉCHOGRAPHISTES. ELLES N'OUBLIENT PAS LE PRESCRIPTEUR, QUI LUI AUSSI A UN RÔLE IMPORTANT À JOUER.

Par G. Dahan-Tarrasona

La CNEOF sous la présidence du Pr Lansac a pour vocation d'améliorer la qualité individuelle et globale du dépistage échographique en France. En passant par l'apport de nouveaux référentiels nécessaires à la pratique ou par des stratégies d'information auprès du grand public, le rapport de 2016 balaye des axes aussi bien médicaux que juridiques. Il constitue donc une mine d'informations pour les sages-femmes échographistes ou non. Car en effet, être prescripteur, implique aussi un certain nombre de paramètres de bonnes pratiques.

Tout commence par la prescription d'une échographie, celle-ci comprend des éléments concrets, à savoir, le contexte médical, les antécédents, les autres examens réalisés, la date de début de grossesse, la chorionicité d'une grossesse gémellaire or « *la demande est trop souvent sommaire, voire inexistante* », comme le pointe le rapport. De fait, le CNEOF recommande l'utilisation de formulaire type de demande d'examen et la/le sage-femme

ou médecin prescripteur d'une échographie obstétricale doit répondre à une obligation réglementaire (art R.4127-334 du code de la santé publique) : « *la sage-femme doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire, elle doit veiller à la bonne compréhension de celles-ci par la patiente et son entourage. Elle doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement* ».

Proposer des perspectives de dépistages doit permettre aussi au couple de faire un choix. Encore faut-il leur donner des informations éclairées et précises ! Même si les échographies systématiques sont vivement conseillées, les familles doivent en connaître les « *objectifs, modalités, les limites mais aussi les implications médicales et éthiques* ». Une occasion aussi de leur rappeler que l'échographie est un acte à visée médicale et que la pratique commerciale d'une échographie fœtale est contraire au code de déontologie des sages-femmes et des médecins. Si à ce jour, un tel examen n'a rapporté aucune complication, on ne peut

pas nier qu'il persiste un risque potentiel de toute onde acoustique ultrasonore ayant des effets biologiques sur les tissus. Ceci avait d'ailleurs attiré l'attention en 2005 du Comité National Technique d'Échographie de Dépistage Prénatal, et de l'Académie Nationale de Médecine qui recommandent de ne faire d'échographie que pour des raisons médicales en limitant la fréquence et la durée des examens à ce qui est nécessaire au diagnostic. Ensuite, une fois l'échographie réalisée, le prescripteur a le devoir de vérifier la qualité de l'examen. Un examen incohérent donnera lieu à une demande de contrôle, en cas de défaut de qualité de l'échographie, de données insuffisantes, ou bien d'anomalie avérée ou suspectée. En ce sens le rapport indique que le prescripteur doit s'assurer de la cohérence

« Même si les échographies systématiques sont vivement conseillées, les familles doivent en connaître les objectifs, modalités, les limites mais aussi les implications médicales et éthiques »

du contenu, du compte rendu de l'examen échographique ainsi que des clichés fournis. Le prescripteur devient le relecteur qui vérifiera le nombre et la présence de chaque cliché recommandé et pourra dépister une erreur grossière.

Source : Conférence Nationale d'Echographie Obstétricale et Fœtale
www.cnsf.asso.fr/doc/6670FDCF-CD34-E45B-61B6DAD604724C57.pdf

TOPAZE-TÉLÉVITALE

LE LOGICIEL DE GESTION DE CABINET POUR SAGES-FEMMES

Le dossier médical en profession Sage-femme évolue.

Désormais disponible en 9.1.10, le logiciel Topaze-Télévitale propose la fonctionnalité suivi de grossesse.

Ce dernier permet notamment de saisir toutes les informations relatives au suivi grossesse.

Durant les 9 mois de grossesse, la patiente a 7 consultations et 3 échographies obligatoires (voire plus selon la nécessité). Si la patiente a choisi sa sage-femme pour son suivi de grossesse, le professionnel de santé effectue toutes les saisies du dossier périnatal ainsi que les consultations de grossesse afin de pouvoir remettre à la patiente toutes les

informations de sa maternité dans un document de synthèse utilisable par le médecin ou par l'hôpital qui préparera l'accouchement. Ce document pourra être imprimé ou enregistré au format PDF. Une nouvelle liste de médicaments, matériels et analyses est disponible également pour la saisie des prescriptions.

Avec
topaze
televitale
ayez plus de temps
POUR VOUS

Mathilde, sage-femme, utilisatrice
de **Topaze-Télévitale**
depuis 10 ans... Et maman
comblée de Louise !



©VCOMK

**POUR UN
CABINET
BIEN GÉRÉ**

- > Logiciel de gestion complet agréé Sesam Vitale
- > Synchronisation automatique
- > Suivi de grossesse



www.topaze.com

N° Vert 0 800 629 926

STOP

AUX VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

PENDANT LONGTEMPS LES VIOLENCES N'ÉTAIENT RÉDUITES QU'À UN PROBLÈME SOCIAL ET JUDICIAIRE MAIS DEPUIS LES ANNÉES 2000 LES AUTORITÉS PUBLIQUES CONSIDÈRENT CE FLÉAU COMME UN VÉRITABLE PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE. LE GOUVERNEMENT A D'AILLEURS LANCÉ RÉCEMMENT LE 5^E PLAN DE MOBILISATION ET DE LUTTE CONTRE TOUTES LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES (2017-2019).

Avec des conséquences sur la santé, les violences n'échappent pas non plus aux femmes enceintes. Selon le rapport de 2011 intitulé, « Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé », entre 3 et 8% des femmes subissent, pendant leur grossesse, de la part de leur partenaire des actes de violence. Et elles attendront environ 35 actes d'agression avant de se confier à un professionnel de santé et pendant ce temps des complications d'ordre maternelles, fœtales et obstétricales pourront s'installer...

Avec les consultations régulières que le suivi de grossesse impose, ce moment peut être propice au dépistage et bien sûr grâce au développement des compétences des sages-femmes, renforcées par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire de 2009, celui-ci s'envisage à n'importe quel moment de la vie d'une femme. Mais est-ce toujours facile de dépister et d'aider ces femmes en détresse ? Quels outils pour les professionnels ?

Dans ce dossier nous ferons le point sur le mécanisme de ces violences et les ressources auxquelles les professionnels pourront recourir, nous avons aussi choisi de mettre à l'honneur une maison médicale dédiée aux femmes.

par G.Dahan-Tarrasona

VIOLENCE :

MIEUX CONNAÎTRE CE SUJET TABOU

EN FRANCE, TOUTES LES 7 MINUTES, UNE FEMME EST VIOLÉE ; TOUS LES 2 JOURS ET DEMI, UNE FEMME MEURT SOUS LES COUPS DE SON COMPAGNON OU EX-CONJOINT ; 220 000 FEMMES SONT VICTIMES CHAQUE ANNÉE DE VIOLENCES DANS LE COUPLE... DES CHIFFRES QUI FONT FROID DANS LE DOS.

POURTANT, CETTE MACHINE INFERNALE QUE SONT LES VIOLENCES N'EST PAS TOUJOURS BIEN COMPRISE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ. QUEL EST CE MÉCANISME AUTOUR DUQUEL GRAVITENT AUTANT D'IDÉES FAUSSES ? COMMENT FACILITER LE DÉPISTAGE ET COMMENT ORIENTER CES FEMMES ?

CONNAÎTRE CE FLÉAU EST PRIMORDIAL

« *Mais pourquoi reste-t-elle toujours avec lui, si elle est maltraitée ? Si c'était moi, je serai partie depuis longtemps !* ». Cette remarque, ne l'a-t-on pas déjà entendu sortir de la bouche d'un professionnel ?

Pourtant, tout le monde sait que subir des violences physiques et/ou psychiques est traumatisant, que ces actes sont une atteinte à la dignité et aux droits. Et pire encore, que ces comportements agressifs et/ou violents laissent des traces indélébiles. On sait tout cela mais la loi du silence, du déni, persiste malgré tout. Souvent associées à des stéréotypes, les violences ne sont plus de la responsabilité de l'agresseur mais de la victime, les rôles s'inversent, elle devient la coupable, celle qui a menti et même celle qui a provoqué le viol. Marquée par la sidération, la victime devient incohérente, elle ne semble pas souffrir et paraît même insensible. Ces réactions incomprises sont pourtant les conséquences psychotraumatiques de violences, la victime est dissociée, c'est-à-

dire qu'elle est anesthésiée émotionnellement. Sa mémoire traumatique lui fera revivre les événements de violence pendant des années tant qu'elle n'est pas traitée. Ce mécanisme décrit depuis plus de 30 ans, est psychologique, neurologique, neurobiologique, physiologique et ces « blessures » s'observent même sur des clichés d'IRM encéphaliques fonctionnelles où l'on peut distinguer une paralysie de la zone corticale et une hyperactivation de la zone émotionnelle (Bremner J.D, 2003).

DÉPISTER LES VIOLENCES

Si certains sont persuadés que les violences ne concernent que les catégories sociales populaires, il faut savoir qu'elles touchent tous les milieux sociaux. Elles ne connaissent aucune frontière géographique, ni culturelle et bien souvent l'agresseur se compte parmi les proches de la victime. L'enquête IVSEA (Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte) de 2015 avait révélé que près de 50% des violences sexuelles s'opéraient au sein de la famille ou du couple et les conséquences de tels actes peuvent être dramatiques. Le



« 25% des morts maternelles sont le fruit d'homicide ou résultent de conséquences de violences physiques pendant la grossesse. »

rapport Henrion de 2001 rappelle que 25% des morts maternelles sont le fruit d'homicide ou résultent de conséquences de violences physiques pendant la grossesse. C'est une période de grandes vulnérabilités physiques et psychiques, un moment où peuvent se déclencher des violences déjà latentes, où peut s'aggraver un cycle déjà existant au sein du couple.

Le dépistage de violence n'est pas toujours évident à déceler, la victime a tendance à minimiser la situation et dissimuler aux autres, comme à elle-même la vérité. Néanmoins, certaines situations peuvent être évocatrices :

- ▶ Des antécédents connus de maltraitance dans l'enfance ou dans une relation de couple précédente, une situation d'absence d'emploi ou d'instabilité professionnelle (chômage, études en cours), de précarité ou d'exclusion, un conjoint dont la consommation d'alcool est excessive.
- ▶ Une demande d'IVG, une déclaration tardive de grossesse, une grossesse mal suivie (conséquences possibles d'un viol conjugal ou d'une interdiction par le conjoint d'utiliser un contraceptif), un partenaire trop « prévenant », répondant à la place de sa compagne, contrôlant ses faits et gestes pour la maintenir sous son contrôle et sa domination.

Aussi, devant des signes cliniques, le professionnel de santé peut se montrer vigilant :

- ▶ Des lésions traumatiques, visibles ou cachées, récentes ou anciennes : être attentif aux lésions tympaniques et ophtalmologiques
- ▶ Les troubles psychologiques : troubles psychosomatiques (palpitations, douleurs, céphalées, etc), anxiété, panique, dépression, idées et/ou tentatives de suicide, état de stress post-traumatique, troubles du sommeil, de l'alimentation, troubles cognitifs.
- ▶ Les abus de substances pour lutter contre le stress : tabac, alcool, drogues, médicaments antalgiques, etc.
- ▶ Les grossesses pathologiques, conséquences de violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques : accouchement prématuré, retard de croissance in utero, avortement spontané, rupture prématurée des membranes, rupture utérine, décollement rétro-placentaire, mort fœtale.
- ▶ Les troubles gynécologiques : lésions périnéales, infections sexuellement transmissibles (chlamydioses, infections HPV, infection VIH), douleurs pelviennes chroniques, dyspareunie, dysménorrhée.

En l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité reste le dépistage systématique. Ainsi aborder les violences dans l'anamnèse et poser à toutes les patientes quelques

questions type - si son compagnon est gentil avec elle, si elle a déjà subi des violences et si son enfance a été heureuse - représenterait l'opportunité de lui faire connaître l'existence d'un lieu où elle peut être entendue, si elle le désire. Au-delà de ce climat d'écoute, la patiente doit se sentir en confiance, soutenue et valorisée dans ses démarches. Le climat de confiance sera d'autant plus facile à établir si la patiente est suivie toujours par le même professionnel.

Cette stratégie du dépistage systématique des violences conjugales dans le suivi des femmes enceintes est préconisée aux Etats-Unis par l'*American College of Obstetrician and Gynecologist* en proposant un bref questionnaire lors de l'anamnèse ; Au Royaume-Uni, le département de la santé encourage aussi cette pratique avec un questionnaire s'incluant dans l'interrogatoire social et répété à plusieurs reprises lors du suivi des femmes enceintes. Même s'il

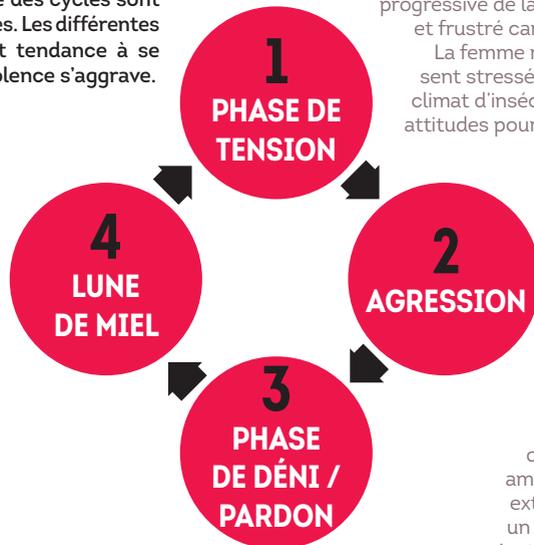
est recommandé également en France, ce dépistage reste encore sous-utilisé. Dans les données bibliographiques, nous pouvons retrouver différents types de questionnaires validés simples et rapides permettant d'aider les professionnels dans leur pratique (ISA (Index of Spouse Abuse), WAST (Woman Abuse Screening Tool), WEB (Women's Experience with Battering Scale), AAS (Abuse Assessment Screen soit Abus, Evaluation, Protection), HITS (Hurt, Insult, Threaten, Scream, PVS (Partner Violence Screen), SAFE (Stress and Safety afraid or Abused Friend or Family awareness Emergency Escape plan)). La réalisation systématique du dépistage de violence implique aussi que le professionnel soit prêt à entendre les confidences de la patiente, à la prendre en charge et à l'orienter. Il est primordial que ce travail soit réalisé en réseau multidisciplinaire avec l'accord de la patiente et veiller à ce que les propositions d'aide soient le plus large possible.

LE CYCLE DES VIOLENCES

La durée et la fréquence des cycles sont variables selon les couples. Les différentes phases de ce cycle ont tendance à se raccourcir lorsque la violence s'aggrave.

→ Puis l'agresseur constate son impunité : il n'y a pas de conséquences de ses actes violents. Le cycle recommence en s'intensifiant.

4. Durant cette période, l'auteur cherche à faire excuser sa conduite et obtenir le pardon, pour cela il use de manœuvres de séduction, il fait des promesses, offre des cadeaux... La femme reprend espoir, elle minimise ou nie les faits violents et redonne sa confiance.



3. Puis la femme endosse la responsabilité en s'auto-accusant. Elle culpabilise de ce qui s'est passé.

1. Elle apparaît à l'occasion de divergences et de conflits de la vie quotidienne. Il y a une montée progressive de la tension. L'homme est tendu et frustré car il n'obtient pas satisfaction. La femme ressent cette tension, elle se sent stressée, elle a peur. Il s'instaure un climat d'insécurité, la femme cherche des attitudes pour prévenir le passage à l'acte.

2. Le conjoint perd le contrôle et a recours à la violence pour garder le contrôle sur sa femme. C'est l'agression, elle peut être physique ou sexuelle. La victime se sent humiliée, triste, désespérée et impuissante. C'est lors de cette phase que les femmes peuvent être amenées à rechercher une aide extérieure, et donc à consulter un professionnel de santé. Puis vient la reconnaissance des faits, l'auteur cherche à nier leurs gravités. Il se déresponsabilise et va jusqu'à transférer la responsabilité sur la victime.

Sources : Faucher C, Pernot C. Le rôle des sages-femmes face à la violence conjugale. Les dossiers de l'obstétrique : 2002 ; 303 : 20-31.- Coutanceau R. Amour et violence : le défi de l'intimité, Paris : Odile Jacob ; 2008, P.113-22.- Deloye J. La sage-femme face à la violence conjugale. Mémoire Sage-femme : Med université de Clermont-Ferrand I. 2004 - Guilloto J. La violence conjugale, comment mieux comprendre ce fléau social ?. Vocation Sage-femme 2008 ; 60 : 20-1.

APRÈS L'ÉCOUTE, LA PRISE EN CHARGE



LA PRISE EN CHARGE PASSE PAR L'INFORMATION DE LA PATIENTE. EN EFFET, ELLE DOIT SAVOIR QUE LES VIOLENCES CONSTITUENT UN FLÉAU DE GRANDE AMPLÉUR PUISQU'ELLES TOUCHENT 1 FEMME SUR 5.

LES VICTIMES CULPABILISENT GÉNÉRALEMENT DE CES VIOLENCES SUBIES, C'EST POURQUOI IL EST IMPORTANT DE LEUR RAPPELER QUE CES ACTES SONT INADMISSIBLES ET QUE L'UNIQUE RESPONSABLE EST L'AGRESSEUR. SI CES AGRESSIONS SONT PRÉJUDICIALES POUR LEUR SANTÉ, ELLES DOIVENT ÊTRE INFORMÉES QU'ELLES LE SONT AUSSI POUR L'ENFANT À NAÎTRE. C'EST ÉGALEMENT LE MOMENT DE LEUR CITER LEURS DROITS ET LA LOI. LA VICTIME PEUT HÉSITER À METTRE FIN À CES ACTES D'AGRESSIONS SOUS PEINE DE REPRÉSAILLES DU CONJOINT, IL EST DE CE FAIT INDISPENSABLE QU'ELLES SE SENTENT SOUTENUES PAR DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS (DES MEMBRES D'ASSOCIATIONS, UNE ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE, LA POLICE, UNE ASSISTANTE SOCIALE, UNE PSYCHOLOGUE, AIDE JURIDIQUE...).

Elle doit savoir qu'elle est en droit de quitter le domicile conjugal avec ses enfants, en signalant son départ à la police ou à la gendarmerie, et qu'elle peut porter plainte (auprès de la police, de la gendarmerie, du procureur de la République). La loi du 9 juillet 2010, spécifique aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants permet de renforcer la protection des victimes de violences quelle que soit la nature de celles-ci, avec l'ordonnance de protection. Cette loi permet de mettre en place des mesures d'urgence, sans attendre le dépôt d'une plainte par la victime, notamment l'éviction du conjoint violent du domicile conjugal. L'analyse de nombreux cas montre que la capacité d'une victime à mettre fin à sa situation dépend étroitement de la clarté

des réponses qui lui sont données et de l'aide qui lui est offert.

La sage-femme doit aussi consigner les données de l'interrogatoire et de l'examen dans le dossier médical pour rédiger un certificat, prouver l'ancienneté et la chronicité des dommages. Le certificat médical rapporte le témoignage de la patiente, les lésions traumatiques et le retentissement psychique des violences. C'est un acte médical. Il doit comporter : l'identification de la personne qui le rédige, de la femme, la date et l'heure de l'examen, la description exhaustive des lésions, la description des soins nécessaires, les conséquences fonctionnelles des blessures et la détermination de l'Incapacité Totale de Travail (ITT) qui concerne le travail personnel et non professionnel. L'ITT permet d'apprécier le préjudice subi, d'évaluer la dangerosité

« Le certificat médical, s'il a été rédigé, en est un bon exemple. Il pourra être apporté comme éléments complémentaires dans une procédure judiciaire. »

de l'agresseur et de fixer la peine. L'HAS incite les professionnels à faire preuve de discernement au moment de la transmission interprofessionnelle d'information et d'en vérifier la pertinence avec l'aide d'une liste de questions : « *Si je transmets l'information, c'est dans quel objectif ? Pour aider qui ? Avec quelle retombée positive espérée ? Est-ce approprié à la fonction du professionnel concerné ? L'alliance avec le professionnel à qui je pense parler nécessite-t-elle vraiment cet échange de contenus ? La femme ou le couple à aider est-il au courant de cet éventuel passage d'information ? Puis-je me passer de leur accord ? Comment vais-je formuler la part utile de l'information à transmettre ? En fonction de tout cela, que vais-je garder pour moi, que vais-je transmettre ?* ». En raison de l'importance de l'information, il est fondamental de garder une trace écrite de l'entretien (consigner par écrit l'observation que l'on a fait de l'état de la femme : son état physique, son stress, son angoisse, les traces constatées...). Le certificat médical, s'il a été rédigé, en est un bon exemple. Il pourra être apporté comme éléments complémentaires dans une procédure judiciaire. Même si la procédure intervient plus tard, la femme aura besoin de différentes attestations, or souvent elles manquent de preuve au moment d'agir. De plus cette « trace écrite », permet aux différents professionnels qui vont suivre cette femme par la suite de connaître son histoire et ainsi de mieux comprendre ses différentes réactions pour adapter la prise en charge. Particulièrement en salle de naissance où le travail et l'accouchement sont beaucoup plus pénibles et où les examens génitaux et pelviens peuvent provoquer une réaction extrême chez la femme.

COMMENT ORIENTER CES FEMMES ?

Il faut en aucun cas tenter de résoudre seul les problèmes engendrés par les violences conjugales et s'entourer de professionnels médicaux, sociaux et judiciaires. Si le professionnel juge la situation grave, la patiente peut être hospitalisée pour la protéger. Dans le cas où elle décide de rentrer au domicile conjugal, il est nécessaire de lui

remettre les adresses et numéros de téléphone utiles. Il s'agit aussi d'établir un « scénario d'urgence » pour réfléchir aux différentes mesures de protection dont elle peut disposer pour se protéger de la violence de son conjoint : repérer les situations à risque, identifier les facteurs déclenchants, identifier une personne de confiance et convenir avec elle d'un mode de communication à utiliser en cas d'urgence, éduquer les enfants sur les conduites à tenir en cas de situations de violences. On lui remet également les informations concernant les objets à emporter le jour où elle décidera de quitter le domicile conjugal. On peut lui conseiller de tout mettre dans « un sac de sécurité » (contenant les papiers d'identité, les documents personnels, des vêtements, de l'argent, le double des clés...) et le placer dans un endroit sûr, si elle doit un jour partir précipitamment.

La sage-femme peut faire un signalement au procureur de la République en vertu de l'article 226-14 du code pénal avec l'accord de la victime. Il se fait par écrit auprès du Procureur de la République (ou des services de police/gendarmerie). Dans le cas où la victime est une mineure ou une personne vulnérable, le professionnel de santé peut signaler sans l'accord de la victime. La patiente peut aussi être orientée vers une des nombreuses associations d'aide aux victimes.

NON-ASSISTANCE À PERSONNE EN DANGER ET SECRET MÉDICAL : UN PARADOXE ?

Pour les professionnels, le sujet des violences est aussi un tabou. Doit-on rentrer dans la sphère de l'intime et oser poser des questions sur des antécédents d'agressions et croire aux propos des patientes ? Entre ne pas être complice de

maltraitance et respecter le secret médical, des professionnels peuvent se montrer réticents dans la pratique du dépistage systématique de violence. La loi est d'ailleurs ambiguë. Dans le code de déontologie des sages-femmes, il est énoncé que le secret professionnel s'impose à toutes sages-femmes, il concerne tout « *ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris...* ». De plus, il est précisé que « *la sage-femme ne doit pas s'immiscer dans les affaires de la famille* ». Cependant, il lui est aussi imposé d'apporter assistance ou de s'assurer que les soins nécessaires sont donnés quand une femme ou un nouveau-né se trouve en danger immédiat. En effet, d'après l'article R4127-316 « *lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger* ». Ceci est renforcé par l'article R4127-317: « *une sage-femme sollicitée ou requise pour examiner une personne privée de liberté doit informer l'autorité judiciaire lorsqu'elle constate que*

cette personne ne reçoit pas les soins justifiés par son état ou a subi des sévices ou de mauvais traitements. »

Demandé par la victime ou par une réquisition judiciaire, la sage-femme ne peut se soustraire à l'établissement d'un certificat médical. En établissant celui-ci dans les règles énoncées par le conseil de l'Ordre, la sage-femme ne risque pas de violer le secret médical. L'histoire de Catherine Coq sage-femme à la maternité des Bluets à Paris en témoigne. Accusée de violation du secret médical par le mari d'une patiente pour laquelle elle avait rédigé un certificat médical conforme en 2010, la plainte a été déboutée en première instance en 2015. L'article de loi n°2015-1402 (5/11/2015) du code pénal protège les professionnels de santé qui ne peuvent pas voir leur responsabilité pénale, civile ou disciplinaire engagée en cas de signalement, sauf si leur mauvaise foi est avérée, et ce, y compris en cas d'atteinte sur une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

DES OUTILS ET FORMATIONS

→ Le MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains) propose des outils de formation sur les violences et des modèles de certificats.

stop-violences-femmes.gouv.fr

→ Diplôme inter-universitaire (DIU) sur la prise en charge des maltraitances rencontrées en gynécologie obstétrique : le DIU est organisé par la Faculté de Médecine de l'Université Paris Descartes conjointement avec l'Université de Grenoble Alpes.

www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/medecine/gynecologie-obstetrique-pma/diu-prise-en-charge-des-maltraitances-rencontrees-en-gynecologie-obstetrique

→ Diplôme universitaire « violences faites aux femmes » : Université Paris 8

www.fp.univ-paris8.fr/violences-femmes-formation-universite-paris8-CG93

→ Diplôme universitaire en psychotraumatologie à l'université Nice Sophia-Antipolis

unice.fr/faculte-des-sciences/departements/sciences-de-la-vie/cursus-et-formations/du-psychotraumatologie-avec-le-soutien-de-abc-des-psychotraumas

→ Master Ethique : Prise en charge des victimes et auteurs d'agression : université Paris- Descartes

www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/medecine/ethique/master-ethique-prise-en-charge-des-victimes-et-des-auteurs-d-agression

→ Formation in-vivo, maison des femmes sur 3 jours

www.lamaisondesfemmes.fr

→ Formation prévention des violences sexuelles en périnatalité

www.stopauxviolencessexuelles.com

Sources : *Violences sexuelles* - éditions Dunod- Muriel Salmona
Coy-Gachen C. *Dépistage*

systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCPs. Thèse : Med : Université de Paris VI. 2005

Henrion R. *Les femmes victimes de violences conjugales. Le rôle des professionnels de santé. Les dossiers de l'obstétrique 2002 : 303 : 3-17*
La Haute Autorité de Santé.

Recommandations professionnelles : Préparation à la Naissance et à la Parentalité. 2005 56p
Guilloto J. *Les conséquences de la violence conjugale. Vocation Sage-femme 2008 : 65 : 25-7*

Dépliant Violences conjugales aide à la prise en charge médicale à destination des médecins - CHU d'Angers - http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquelette_CHU_Angers_1.pdf
République française. Loi n° 92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes. JO du 23 juillet 1992
République française. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. JO du 8 août 2004 p.14150
www.senat.fr

UNE MAISON À L'ÉCOUTE DES FEMMES :

“ Notre but est que les femmes puissent avoir des parcours de soins qui les sécurisent ”



LA MAISON DES FEMMES, RASSEMBLANT DE NOMBREUSES PROFESSIONS DE SANTÉ, A OUVERT SES PORTES EN JUILLET 2016 À SAINT-DENIS. SON CHEVAL DE BATAILLE : VENIR EN AIDE AUX FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES.

NOUS AVONS INTERROGÉ DR GHADA HATEM, MÉDECIN-CHEF ET MATHILDE DELESPINE, SAGE-FEMME COORDINATRICE DE CE CENTRE.



PDSF : D'où vient l'idée de ce centre ?

GH & MD : L'idée de ce centre est née d'un constat. Celui de l'importance des violences faites aux femmes dans le territoire où est implanté le centre hospitalier Delafontaine, à Saint-Denis, de l'impact négatif de la précarité, de l'immigration, ainsi que sur l'autonomie des femmes. À la Maison des Femmes, nous prenons en charge toutes les formes de violence, au travers d'un "guichet d'accueil unique".

Le centre est organisé en 3 unités :

unité de planification familiale, unité de soin pour les femmes excisées, unité de soin pour les femmes victimes de toutes les formes de violences permettant de réorienter les femmes en fonction des besoins vers les différents intervenants : sages-femmes, psychologues, conseillères conjugales, chirurgiens, sexologues, gynécologues...

« Nous ne souhaitons pas nous substituer aux centres sociaux ou maisons de quartier mais nous souhaitons permettre à ces femmes qui ont un quotidien très éprouvant de prendre du temps pour elles. »



© La Maison des Femmes

PDSF : Que propose-t-on aux femmes ?

GH & MD : Nous leur offrons les soins nécessaires (IVG, contraception, prise en charge des MST, réparation du clitoris...), une prise en charge du psycho-traumatisme et des difficultés en lien avec leur sexualité, un accompagnement juridique grâce aux permanences d'avocats et à notre réseau, ainsi qu'un accès facilité aux services de police, par la présence sur site d'un délégué police-population.

Nous proposons du soin global (somatique, psychique, corporel, émotionnel) et nous nous efforçons également de co-construire des parcours de soins avec les femmes pour les réhabiliter en position d'être humain autonome, ceci nécessite de ne pas infantiliser et de ne pas décider à leur place.

Ainsi, toutes les semaines est organisé un groupe de parole autour des violences conjugales avec l'association SOS Femmes 93, ainsi qu'un groupe de parole mensuel autour de l'excision, co-animé par un soignant et par notre marraine Inna Modja. Nous proposons régulièrement des temps de promotion de l'estime de soi grâce à de nombreux partenaires : Marie Leroy de la mission droits des femmes de St-Denis, des artistes comme Clémentine du Pontavice dessinatrice et illustratrice ou Ariles De Tizi photographe, ou encore des journées de solidarités grâce à nos fondations partenaires comme le Kering Day. Enfin, de nombreux bénévoles offrent différents soins de soutien : ostéopathie, massage ayurvédiques, relaxation... Nous ne souhaitons pas nous substituer aux centres sociaux ou maisons de quartier mais nous souhaitons permettre à ces femmes qui ont un quotidien très éprouvant de prendre du temps pour elles. Notre but est que les femmes puissent avoir des parcours de soins qui les sécurisent et qui ne reproduisent pas de morcellement.

PDSF : Quel est la spécificité de ce centre ?

GH & MD : La plus grande spécificité du centre est la coordination du parcours que nous offrons avec cette unité de lieu et l'accès aux différents intervenants indispensables, qui repose sur la transversalité (les femmes et les professionnels peuvent être dans plusieurs unités) et sur l'interdisciplinarité : l'équipe se réunit au minimum une fois par semaine pour continuer d'organiser le fonctionnement et évoquer les situations complexes. Il y a également de nombreux temps de transmissions informels ainsi que des staffs où sont évoqués les parcours de soins (notamment un staff mensuel pour l'unité excision et de nombreuses synthèses et staffs pluridisciplinaires pour les femmes enceintes). Et Mathilde Delespine, notre sage-femme coordinatrice, prend en charge la coordination des parcours les plus complexes.

PDSF : Une journée type ?

GH & MD : Nous n'avons pas de journée type, puisque nous répondons aux demandes et aux besoins. Il nous faut donc accueillir les femmes, animer les groupes, assurer les consultations sur rendez-vous, intervenir au bloc opératoire, organiser des séances d'analyses de pratiques supervisées par une psychologue, tout en poursuivant les actions de levées de fond indispensables à la pérennisation de nos actions.

PDSF : Après quelques mois, quels sont les retours des patientes ?

GH : Après quelques mois de fonctionnement, et après avoir surmonté les difficultés habituelles liées à tout changement d'organisation, les patientes sont là pour témoigner de l'importance de ce lieu à leurs yeux, tant pour la sérénité qui s'en dégage, que pour le sentiment qu'elles éprouvent de se sentir écoutées, comprises, accompagnées et crues !



LA DERMATOSE LA PLUS FRÉQUENTE DU NOURRISSON : **L'ÉRYTHÈME FESSIER**

RÉSULTANT DE FACTEURS FAVORISANT LA MACÉRATION ET/OU L'IRRITATION, LA DERMITE DU SIÈGE PEUT SE MANIFESTER DÈS LA 3^E SEMAINE VIE DU NOURRISSON. ELLE CONSTITUE 10 À 15% DES MOTIFS DE CONSULTATION CHEZ LE PÉDIATRE. SA PRÉVALENCE EST LA PLUS FORTE ENTRE 6 ET 12 MOIS.

Par G.Dahan-Tarrasona

Dans la majorité des cas l'érythème fessier regroupe les dermatites irritatives qui touchent les zones convexes du siège, en contact direct avec les couches et respectant les plis. Ces zones dessinent grossièrement un W, recouvrant l'intérieur des cuisses, les fesses et le pubis (dermatite en W). Il se manifeste par une rougeur sèche ou suintante avec ou sans papules. Il peut s'accompagner de fissures ou d'ulcérations, douloureuses pour le nourrisson. En l'absence de traitement, 2 types de surinfections sont possibles: la surinfection candidosique (collerette émiettés) et la surinfection bactérienne (dermite papulo-érosive). Une forme sévère et rare est la papulose érosive (appelée dermite syphiloïde de Sevestre et Jacquet).

« En l'absence de traitement, 2 types de surinfections sont possibles : la surinfection candidosique (collerette pustuleuse émiettés) et la surinfection bactérienne (dermite papulo-érosive). »

QUELLES SONT LES CAUSES ?

L'apparition de la dermatite du siège résulte de plusieurs facteurs :

- L'effet occlusif de la couche va favoriser l'hyperhydratation et la macération de la peau

ce qui va altérer sa fonction barrière et la rendre plus vulnérable aux facteurs d'agression.

- Les frottements de la peau contre la couche
- L'application de produits irritants (lingettes, produits de toilette, cellulose, caoutchouc...)
- L'exposition aux urines aggrave l'humidité et modifie le pH cutané (l'urée est transformée en ammoniacque par les uréases fécales)
- L'exposition aux selles va augmenter la perméabilité cutanée
- Un manque ou un excès d'hygiène peut aggraver un érythème fessier

L'ÉRYTHÈME FESSIER ÉVITABLE AVEC UNE BONNE HYGIÈNE

La clé de la prévention est avant tout l'hygiène. En effet, les soins du siège préviendront les dermatites d'irritation, leur extension et la surinfection. Le traitement repose sur des règles d'hygiène et des soins locaux : changements de couches fréquents (plus de 6 fois par jour) pour éviter le contact de la peau avec les urines et les selles, utilisation de produits lavants doux (détergents sans savon, huiles nettoyantes), l'éviction des produits irritants (lingettes), utilisation de couches absorbantes (plusieurs cas de dermatites irritatives sévères ont été observées avec les couches lavables), application d'une crème isolante. L'utilisation de changes jetables est aujourd'hui recommandée, à condition qu'ils soient renouvelés avant que leur capacité d'absorption soit dépassée (et de privilégier certaines marques pour limiter l'exposition aux résidus toxiques). Les changes lavables ne sont aujourd'hui pas recommandés tout d'abord parce que la diminution de leur impact sur l'environnement par rapport aux changes jetables est discuté (fréquence

LES INGRÉDIENTS À ÉVITER :

- l'acide borique
- Le camphre
- Le phénol
- Le salicylate de méthyle,
- Un composé de teinture de benjoin,
- Les lingettes, les culottes en plastique au-dessus des couches, les couches en cellulose contenant fréquemment des allergènes, les liniments oléo-calcaires contenant des huiles essentielles sont aussi à éviter

« En effet, les soins du siège préviendront les dermatites d'irritation, leur extension et la surinfection. Le traitement repose sur des règles d'hygiène et des soins locaux »

des lavages), et d'autre part parce que les dermatites du siège sont plus fréquentes avec ce type de changes et des dermatites sévères comme la papulose érosive de Sevestre et Jacquet ont été décrites. Pour les soins du siège, lorsque la peau est saine des nettoyants doux sont recommandés, toujours suivi d'un rinçage à l'eau tiède et d'un séchage par tamponnement. L'application de crèmes à visée protectrice est possible, elles ont une fonction barrière, avec leur contenance en oxyde de zinc.

Sources :

Focus n°04 : « l'érythème fessier » - Procter & Gamble - avec la Société Française de Pédiatrie et les Archives de pédiatrie.

www.sfdermato.org/media/pdf/fmc/dermite-du-siege-c08c21a088cfe69d7abdf827615f7a32.pdf

anciensite.clge.fr/IMG/pdf/Erytheme_fessier.pdf

En cas d'érythème fessier :

En cas d'érythème débutant, il faut tout d'abord augmenter la fréquence des changes. L'utilisation de crèmes protectrices neutres, des pâtes ou des lotions à l'oxyde de zinc est alors utile. En cas d'aggravation et si, malgré ces mesures, l'érythème s'étend et que des lésions érosives et douloureuses apparaissent, il faut intensifier les mesures préventives et réaliser des bains de siège antiseptiques incolores 2 fois par jour en faible quantité. Les antiseptiques colorés sont à éviter car il est difficile d'apprécier l'évolution de la dermatite. Les pâtes à l'eau sont utiles en application large, empêchant le contact entre les selles et la peau. En cas d'infection candidosique, il est possible de proposer des antimycosiques locaux (antifongiques prescriptibles par les sages-femmes, annexe 2, L'arrêté du 04/02/2013, paru au JO du 13/02/2013).

ÉRYTHÈME FESSIER

Pour des fesses toutes douces !



OXYPLASTINE®

POMMADE



En application locale 1 à 2 fois par jour pendant 3 jours maximum.

Ceci est un médicament à base d'oxyde de zinc, indiqué en cas d'irritations de la peau, notamment en cas d'érythème fessier (fesses rouges) du nourrisson. Lire attentivement la notice. Demandez conseil à votre pharmacien. En l'absence d'amélioration comme en cas de persistance des symptômes, consultez votre médecin.

Pour plus d'information, consultez le site internet <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>
Visa n°16/03/60756600/GP/001.

 ALLIANCE

LE GLUCOSE

FACILITE-T-IL LE TRAVAIL ?

DURANT LE TRAVAIL, LES PATIENTES DOIVENT FAIRE FACE À UN JEÛNE MALGRÉ UNE CONSOMMATION ÉNERGÉTIQUE IMPORTANTE. EST-CE QUE CE JEÛNE EST DÉLÉTÈRE POUR LA FEMME ENCEINTE ET LE FŒTUS ? NE SERAIT-IL PAS JUDICIEUX DE LEUR FOURNIR DE L'ÉNERGIE PAR L'APPORT D'UN GLUCOSÉ EN PERFUSION ? DES QUESTIONS QUE ROMARIC MATHIEU, LAURÉAT DU GRAND PRIX EVIAN 2016, A SOULEVÉES DANS SON MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES « IMPACT D'UN SERUM GLUCOSÉ SUR LES ORGANISMES MATERNEL ET FŒTAL ADMINISTRÉ AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT ». VOICI LE RÉSUMÉ ORIGINAL.



Romaric Mathieu, lauréat du Grand Prix Evian 2016

INTRODUCTION :

L'accouchement représente une dépense énergétique de l'ordre de 1067 kcal. Cette estimation est basée sur la consommation d'oxygène pour produire de l'énergie à laquelle nous appliquons les modifications de la grossesse. Cette dépense est généralement peu prise en compte, quelle que soit la durée du travail. Par principe de prévention, nous imposons souvent un jeûne qui peut s'avérer très long. La question qui se pose concerne la pertinence d'un apport énergétique afin de ralentir le catabolisme maternel. L'objectif de notre expérimentation, tout en respectant le jeûne, est d'évaluer les effets sur la parturiente et le fœtus, d'un apport énergétique en continu jusqu'à la naissance.

MATÉRIEL ET MÉTHODE :

Notre étude, prospective randomisée, porte sur 67 primipares, réparties en deux groupes en fonction de leur mois de naissance : 40 patientes sous Ringer Lactate® uniquement et 27 patientes sous Ringer Lactate® avec un sérum glucosé à 5% en dérivation installé lorsque la patiente est estimée en travail. Le débit de délivrance du sérum glucosé était fixé à 120ml/h tandis que le débit du Ringer Lactate® était libre.

Pour la parturiente, le temps de travail, la durée des efforts expulsifs et les pertes sanguines constituent les facteurs principaux étudiés. La tolérance fœtale est évaluée par l'analyse du rythme cardiaque (classification CNGOF) et certains paramètres sanguins (pH artériel (pHa), lactates, PaCO₂). Les facteurs secondaires se rapportent, pour la mère, aux taux d'extraction instrumentale, de césarienne et d'hémorragie du post-partum, et pour le versant périnatal au score d'Apgar.

RÉSULTATS :

Nous constatons, lorsque le temps de jeûne dépasse 600 min : que l'administration de sérum glucosé permet un gain de 93 min sur le temps total du travail ($p=0,045$), ainsi qu'une diminution de 100ml des pertes sanguines ($p=0,012$). Nous observons une tendance à l'amélioration des efforts expulsifs qui passent en moyenne de 15 à 12 min ($p=0,086$). Nous observons une baisse du pH artériel fœtal, passant en moyenne de 7,27 à 7,24 sous sérum glucosé ($p=0,04$). Les scores d'Apgar sont identiques entre les deux groupes avec une tendance à l'amélioration à 3 min de vie chez les nouveau-nés de mères avec sérum glucosé ($p=0,07$).

« L'utilisation d'un sérum glucosé améliore le temps de travail et diminue la quantité des pertes sanguines chez la mère. »

DISCUSSION :

Nos résultats montrent l'impact du sérum glucosé sur les composantes périnatales et maternelles. Le temps moyen de jeûne est plus important dans le groupe avec sérum glucosé. Cela représente un biais qui nous conduit à penser qu'à temps égal de jeûne les résultats de notre étude seraient davantage significatifs. Une hypothèse qui peut expliquer les phénomènes observés : l'utérus étant correctement alimenté en substrat énergétique, il se contracte de manière plus efficace au moment du travail et plus rapidement après la délivrance. La baisse du pHa fœtal peut s'expliquer par les propriétés du glucose qui est une molécule pourvoyeuse de lactates eux-mêmes responsables de l'acidification du pH.

CONCLUSION :

En comparant les résultats des 2 échantillons nous avons mis en évidence que l'utilisation d'un sérum glucosé améliore le temps de travail et diminue la quantité des pertes sanguines chez la mère. Nous avons remarqué aussi que le sérum glucosé entraînait une légère baisse de certains paramètres sanguins fœtaux tout en accélérant l'adaptation des fœtus à la vie extra-utérine. À l'heure actuelle il n'existe pas de soluté spécifique qui réponde aux contraintes des femmes en salle d'accouchement. La création d'une solution de perfusion unique qui prendrait en compte les versants énergétiques, hydriques et ioniques est une perspective soulevée par cette recherche.

Impact d'un sérum glucosé sur les organismes maternel et fœtal administré au cours de l'accouchement - Expérimentation sur 67 patientes primipares au Centre Hospitalier de Bourg en Bresse Mémoire présenté et soutenu par : Romaric MATHIEU - UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1 -UFR de médecine et de maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux - SITE DE FORMATION MAÏEUTIQUE DE BOURG-EN-BRESSE

OBJECTIF PÉRINÉE INTACT



EPI-NO®



PRÉPARATION
DU PÉRINÉE :
DÉBUTONS
L'ENTRAÎNEMENT !



Assouplissement
et musculation du périnée



Amélioration de l'élasticité
des tissus



Meilleure récupération
après l'accouchement



www.parcoursperineeintact.org

E.M.F. Electronique Médicale de France 58, rue Grande • 77130 LA GRANDE PAROISSE

N° agrément SS : 77 260 273 6 Distributeur exclusif France



Tél. : 00 33 (0)6 07 05 07 51 E.mail : emf.epino@wanadoo.fr www.epi-no.fr



1^{ères} Recommandations pour la Pratique Clinique du CNSF

VERS UNE MEILLEURE UTILISATION DE L'OXYTOCINE

À L'OCCASION DES 15^E JOURNÉES DU COLLÈGE, EN JANVIER, LE CNSF A PRÉSENTÉ SES 1^{RES} RPC SUR LA BONNE UTILISATION DU SYNTOCINON[®]. BANALISÉE, L'HORMONE DE SYNTHÈSE A INTÉGRÉ LE PAYSAGE QUOTIDIEN DES MATERNITÉS. POURTANT COMME TOUT MÉDICAMENT, ELLE ENTRAÎNE DES EFFETS INDÉSIRABLES. L'ENJEU N'EST PAS DE BANNIR L'OXYTOCINE MAIS DE L'UTILISER RAISONNABLEMENT À LA BONNE DOSE ET AU BON MOMENT, C'EST CE QUE NOUS RAPPELLE LE CNSF.

BANALISÉE MAIS RISQUÉE

L'oxytocine, analogue de synthèse de l'ocytocine produite par l'hypothalamus, a été créée dans les années 50. Utilisée pour une insuffisance de contraction utérine, pour améliorer la rétraction utérine suite à une chirurgie obstétricale ou bien pour une atonie utérine consécutive à une hémorragie du post-partum, l'oxytocine a obtenu son AMM en 1970. Depuis, son utilisation est courante voire même systématique. Pourtant, comme le pointait l'enquête Périnatale de 2010, 64% des patientes recevaient du Syntocinon[®] pendant leur travail alors qu'aux États-Unis, l'oxytocine IV figure sur la liste des médicaments potentiellement à risque par l'Institute For Sale

Medication Practices. Une étude de l'Inserm, en 2011, montrait que le sur-risque d'hémorragie grave du post-partum consécutive à l'administration d'oxytocine pendant le travail augmente avec la dose d'hormone prescrite. Les recommandations pointent aussi des effets indésirables rapportés concernant des anomalies du rythme cardiaque fœtal liées à une hyperactivité utérine, la morbidité néonatale, l'hyponatrémie, l'ictère néonatal, et même les difficultés néonatales de la succion. D'autres données pour lesquelles il n'est pas encore possible de conclure suggèrent la survenue de trouble du comportement de nature autistique chez l'enfant et chez l'adulte liée à la prescription d'oxytocine en périnatal.

ÉTAPES DU TRAVAIL : LES DERNIÈRES DONNÉES SCIENTIFIQUES

L'utilisation à bon escient de l'hormone de synthèse passe par une remise en question des étapes du travail. Les travaux de Zhang ont bouleversé les définitions de Friedman qui servaient jusque-là de référence. Or, la population des femmes a changé (âge du premier enfant, surpoids ou obésité maternels, poids des enfants à la naissance...). L'accompagnement et le suivi du travail (analgésie péridurale, déclenchement) ont également modifié le déroulement des accouchements. Enfin les méthodes de calcul des normes statistiques ont montré que les courbes de référence utilisées pendant un demi-siècle étaient imparfaites.

Avec ces dernières données, les différents stades du travail ont été redéfinies :

1^{er} stade : période de dilatation cervicale jusqu'à 10 cm (dilatation complète) est divisée en 2 phases, celle de latence allant de la présence de contractions utérines régulières, associées à des modifications cervicales jusqu'à 5-6 cm de dilatation cervicale (versus 3 cm avant cette RPC) et une phase active période allant de 5-6 cm à 10 cm. D'autre part la vitesse de dilatation est considérée comme anormale si elle est < 1cm/4h en début de phase active et 1cm/2h au-delà de 7 cm de dilatation. Le respect de la phase de latence qui dure jusqu'au début de la phase active (5-6cm) est crucial.

2^e stade : période allant de la dilatation cervicale complète jusqu'à la naissance de l'enfant.

3^e stade : période allant de la naissance de l'enfant jusqu'à la délivrance placentaire.

OXYTOCINE ET TRAVAIL SPONTANÉ

Chez des parturientes en travail spontané, à terme, avec présentation céphalique, sans cicatrice utérine, ni retard de croissance, le CNSF recommande d'administrer de l'oxytocine qu'en cas de :

→ Dystocie pendant la phase active, c'est-à-dire si la vitesse de dilatation cervicale est inférieure à 1 cm/4h entre 5 et 7cm ou inférieure à 1cm/2h au-delà de 7cm. Avant d'utiliser l'Oxytocine,

« Le CNSF recommande, de débiter à une dose initiale de 2mUI/min, de respecter des intervalles d'au moins 30 min avant chaque augmentation de dose. Ces augmentations se feront par dose de palier de 2mUI/min, sans dépasser un débit absolu de 20mUI/min »

il est recommandé de pratiquer une amniotomie et d'attendre une heure.

→ Prolongation du 2^e stade au-delà de 2h pour corriger une absence de progression de la présentation.

Chaque maternité doit établir un protocole de service pour formaliser les principes suivants :

→ L'administration par voie intraveineuse à l'aide d'un dispositif médical permettant le contrôle de la dose administrée et équipé d'une valve anti-reflux.

→ La standardisation de la dilution et des débits exprimés en mUI/min.

L'information de la patiente est transmise dans le dossier médical ainsi que tous les éléments, notamment la dose totale d'oxytocine administrée durant le travail en mUI. D'ailleurs, le CNSF recommande, de débiter à une dose initiale de 2 mUI/min, de respecter des intervalles d'au moins 30 min avant chaque augmentation de dose. Ces augmentations se feront par dose de palier de 2 mUI/min, sans dépasser un débit absolu de 20 mUI/min. L'augmentation des doses sera arrêtée dès l'obtention d'une modification cervicale ou de 5 contractions utérines par 10 min.

Si l'on recourt à l'oxytocine durant le travail, il est recommandé d'enregistrer l'activité utérine et de surveiller le RCF de façon continue.

Ces RPC feront l'objet au cours de 2017, d'une évaluation sur leur diffusion ainsi que sur l'impact des pratiques au sein de plusieurs réseaux de périnatalité.

Source : Dossier de presse premières recommandations pour la pratique clinique du CNSF

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



A LA RENCONTRE DE VOTRE FAUNE INTÉRIEURE...

Saviez-vous que le corps humain, de même que celui de tous les animaux, compte plus de bactéries, virus et champignons que de cellules propres ? Et que cette cohabitation, non seulement est pacifique mais aussi nécessaire à notre survie ?

L'auteur Ed Yong, journaliste scientifique britannique, raconte dans cet ouvrage l'histoire édifiante de cette découverte et comment elle a complètement bouleversé notre conception du vivant... Un ouvrage qui va changer votre vision du monde !

Moi, microbiote, maître du monde de Ed Yong - Ed. Dunod - 22,00 €



UNE SEXUALITÉ ÉPANOUIE À TOUS LES ÂGES DE LA VIE

La sexualité revêt de multiples aspects et elle est souvent source d'interrogations. Quelles sont les clés d'une sexualité épanouie ? Comment améliorer désir et plaisir ? Est-il normal d'avoir des fantasmes ?

Quelles sont les zones érogènes chez l'homme et la femme ? Quand faut-il consulter un sexologue ? Comment éduquer les jeunes à la sexualité ? La pornographie devrait-elle être interdite ?... Un collège de sexologues et de gynécologues répond sans tabou à toutes les questions liées à la sexualité en l'abordant à travers ses dimensions anatomiques, psychologiques et sociales.

Questions sexo, co-écrit par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français - Ed. Eyrolles - 19,90 €



BIEN ACCUEILLIR LES FUTURS PÈRES

Cet ouvrage collectif, rassemblant historien, sociologue, chercheurs et de nombreux cliniciens, experts en périnatalité, a pour objectif de mieux penser la place des pères en période périnatale et ainsi de mieux les accueillir dans les différents lieux concernés par la naissance des bébés. Les auteurs, Nine M-C Glangeaud-Freudenthal, psychologue et docteur ès sciences, et Florence Gressier, psychiatre, spécialisée

en périnatalité et praticien hospitalier au CHU de Bicêtre estiment que les hommes s'ouvrent aujourd'hui à davantage de proximité avec l'enfant mais que l'intérêt porté aux pères en période périnatale par les professionnels du soin reste encore insuffisant. *"Travailler en périnatalité, nécessite l'écoute du bébé, de la mère mais également du père, tout comme de la famille au sens large, précisent-elles. L'homme doit être soutenu dans son accès à la paternité, pour lui-même, et aussi pour les conséquences que des difficultés psychologiques paternelles peuvent avoir sur le couple et sur le développement de l'enfant à court et long terme."*

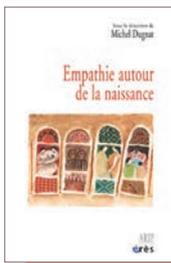
Accueillir les pères en périnatalité de Nine M-C Glangeaud-Freudenthal et Florence Gressier - Ed. Erès - 25,00 € (en vente à partir du 13 avril 2017)



TOUTE LA VÉRITÉ SUR LE PÉRINÉE !

Clémentine Siméon, kinésithérapeute spécialiste du périnée, et Delphine Carré, patiente, répondent avec humour, clarté, sans tabous et sans "blabla scientifique" à toutes les questions liées au périnée : À quoi sert-il vraiment ? Est-ce que je dois m'en occuper à 20, 30, 40 ou 50 ans ? Muscles, vessie, fuites, sexe, douleurs, sport, utérus, anus... tout y passe ainsi que la fameuse rééducation...

Périnée : Tout ce que vous avez toujours voulu savoir... sans jamais oser le demander ! de Delphine Carré et Clémentine Siméon - Ed. de l'Ooportun - 12,90 €



L'EMPATHIE AU CŒUR DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN PÉRINATALITÉ

Dans cet ouvrage, les auteurs, chercheurs et cliniciens, issus de métiers et disciplines différents, s'attachent à répondre de manière concrète à partir de leur pratique et de leurs expériences aux nombreuses questions suscitées par le renouveau du concept d'empathie aujourd'hui.

"Une des composantes de l'empathie est la capacité, propre à l'espèce humaine, de prendre le point de vue d'un autre, tout en demeurant soi-même, soulignent les auteurs. L'empathie nous permet de ressentir les émotions des autres, d'accéder à certaines de leurs intentions, de faire des hypothèses sur leurs motivations et leur prêter des représentations. Elle est au cœur des pratiques professionnelles en périnatalité et dans toutes les relations de soin". Ce livre répond à de nombreuses questions : comment mieux définir l'empathie et en comprendre les différentes dimensions ? Comment se développe-t-elle chez le nourrisson ? Peut-elle être altérée ? Comment la cultiver ? Quel rôle joue-t-elle dans les soins médicaux et les soins psychothérapeutiques d'un bébé ? Quelle place doit-elle prendre dans la formation des soignants ?

Empathie autour de la naissance de Michel Dugnat, pédopsychiatre en périnatalité au service de psychiatrie infantile-juvénile Assistance publique-Hôpitaux de Marseille - Ed. Erès - 28,00 €

DANS MON SMARTPHONE DE PRO

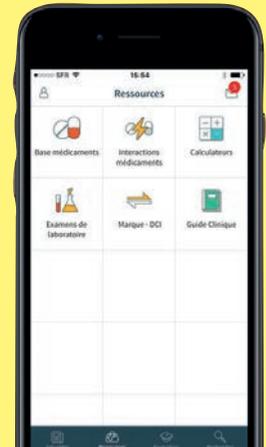


AVOIR ACCÈS AUX OUTILS ESSENTIELS DE LA MÉDECINE...

L'appli Uniadis vise à offrir aux professionnels de santé un accès simple et rapide aux outils essentiels de la médecine pour améliorer leur pratique. Elle propose ainsi des actualités médicales et des informations sur près de 12.000 médicaments. Les utilisateurs ont également la possibilité de vérifier les risques d'interactions médicamenteuses, de consulter les alternatives thérapeutiques recommandées et de rechercher un équivalent générique à partir du nom commercial de son référent ou par substance. L'appli donne accès à plus de 400 calculateurs médicaux dans plus de 40 spécialités pour vérifier facilement les valeurs usuelles et scores cliniques des patients ainsi qu'à l'identification des valeurs usuelles pour près de 400 examens biologiques. Elle permet également d'accéder au MSD Manuel, l'ouvrage médical de référence.

A NOTER : l'appli vient d'être labellisée mHealth Quality, 1er label européen en santé mobile et connectée. L'ensemble des contenus de l'appli provient de sources scientifiques valides telles que l'ANSM et l'European Medicines Agency (EMA).

Uniadis - Disponible sur iPhone, iPad et Android - Gratuite
Plus d'infos. : www.mhealth-quality.eu



À noter dans vos agendas

• 23-25 mars 2017 - Marseille

22^{es} Journées de médecine fœtale

→ Programme et inscription sur :
www.medecine-foetale.com

• 29-31 mars 2017 - Palais des congrès - Paris

27^e salon gynécologie obstétrique pratique

→ Programme et inscription sur :
www.gynecologie-pratique.com/congres

• 28 & 29 avril 2017 - Marrakech

Journées Franco-Marocaines de gynécologie
obstétrique et de fertilité

→ www.lesjfm.net/article.php

• 11 & 12 mai 2017 - Paris

L'empreinte de T. Berry Brazelton sur le
monde des bébés et de leurs familles

→ Informations et inscription sur :
www.anthea.fr/colloques

• 17-18 & 19 mai 2017 - Strasbourg

45^e Assises nationales des sages-femmes
28^e Session européenne

→ Informations et inscription :
www.assises-sages-femmes.eu

• 19 Mai 2017 - Paris

14^e Journée de médecine fœtale
de Port-Royale

→ Informations et inscription :
jpcomb.com/congres/41

• 18-19 & 20 2017 mai - Monaco

Gyn-Monaco

→ Informations et inscriptions :
www.gyn-monaco.com

• 1 & 2 juin 2017 - Monaco

e-Health world 2017 à l'hôtel Fairmont
Monte-Carlo

→ Informations et inscription sur :
e-healthworld.com

• 6 Juin 2017 - Paris

Journée à thème du collège National des
Sages-Femmes de France

→ Informations et inscription :
cnsf.asso.fr

• 9 juin 2017 - Paris

La grossesse à l'épreuve des migrations

→ Informations et inscription :
www.infocongres.com/grossesse_et_migrations

• 7-10 juin 2017 - Paris

2^{es} journées d'imagerie de la femme et du
fœtus

→ Informations et inscription : www.jiff.fr

• 28-30 juin 2017 - Antibes Juan-les-Pins

15^{es} Congrès International de Gynécologie
Obstétrique & Reproduction de la Côte d'Azur
GynAzur

→ Informations et inscription : www.gynazur.eu

VIRTUAL INTERNATIONAL DAY OF THE MIDWIFE (VIDM)

• 4 mai 2017

Le lundi 5 mai est la Journée internationale de la sage-femme, à cette occasion, VIDM organise pour la 9^e édition une conférence en ligne gratuite, couvrant une période de 24 heures, avec des sujets pertinents pour la pratique de la profession de sage-femme. Commencant le 4 mai, à 22 heures, heure de Nouvelle-Zélande - cet événement a été initié là-bas par une sage-femme, Sarah Stewart - des séances de 50 minutes s'enchaînent pour partager les connaissances et les expériences des sages-femmes du monde entier. Pour vivre cette expérience novatrice, c'est très simple, il vous suffit juste de posséder un ordinateur, une tablette ou un smartphone et de se connecter sur www.vidm.org. Enjoy !

Propos recueillis grâce à Linda Wylie, sage-femme retraitée, Royaume-Uni, une des organisatrices de l'évènement.

Téléchargez l'application

PAROLE DE MAMANS e-mags



Et retrouvez tous vos magazines préférés sur la grossesse et la maternité

"EN T'ATTENDANT..." : toutes les réponses à vos questions sur la grossesse, l'arrivée de bébé, la préparation à l'accouchement, et plus encore !

LE GUIDE DES NOUVELLES MAMANS : géolocalisé par département, vous y trouverez les adresses et contacts des sages-femmes et pédiatres près de chez vous !

PAROLE DE PÉDIATRES : un magazine écrit par les pédiatres pour les parents.



Flashez ce code pour télécharger gratuitement l'application !



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

