PAROLE DE SAGES-FEMMES

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 21 • Été 2017

LE MAGAZINE QUI VOUS DONNE LA PAROLE

À LA LOUPE

FIBROME :
METTRE DES MOTS SUR LES MAUX

GROSSESSE ET SANTÉ BUCCO-DENTAIRE :
TOUT CE QU'IL FAUT SAVOIR

ÉTUDE

LES DERNIERS RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ELFE

ACCOUCHEMENT

CÉSARIENNE :
COMMENT MIEUX L'ACCEPTER ?

RENCONTRE

SAGES-FEMMES : ACTEURS INCONTOURNABLES DU SYSTÈME DE SANTÉ
AVEC **MARIE-JOSÉE KELLER**

DOSSIER

ZOOM SUR LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

- **DIAGNOSTIC, PRISE EN CHARGE, THÉRAPEUTIQUES : LES NOUVEAUTÉS**
- **LA DÉPISTER PRÉCOCEMENT ET LA PRÉVENIR**
- **DU DIAGNOSTIC AU DÉPISTAGE DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE, DE LA RECHERCHE À LA PRATIQUE CLINIQUE…**

PAROLE DE MAMANS academy

LA 1ERE PLATEFORME GRATUITE D'E-LEARNING PARENTAL

NUTRITION GROSSESSE

- Quels sont les besoins spécifiques de la femme enceinte ?
- Pourquoi faut-il limiter sa prise de poids pendant la grossesse ?
- Comment bien se nourrir pendant la grossesse pour avoir un bébé en bonne santé ?

LE DR CHRISTINE VAN EGROO

Nutritionniste dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital des Quatre Villes à Saint Cloud et dans le service de pédiatrie de l'Hôpital de Neuilly-Courbevoie

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...**

blédina · Gallia · evian · Mustela · RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ · myNea · TOSHIBA · Laboratoire CCD · Oligobs · L'ARBRE VERT · moplaceencrèche

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

ÉDITO

REVIREMENT DE SITUATION

À quelques jours de finaliser ce numéro, je suis revenue sur l'édito. J'avais rédigé cette partie avec des pensées plutôt mitigées. N'ayant pas peur des mots, je dois même avouer : un coup de gueule ! Une déception liée au plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein (avril 2017), annoncé par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. En effet, celui-ci prévoit une consultation pour le dépistage et la prévention des femmes de 25 ans (sans antécédents personnels de cancer), réalisée par un médecin traitant ou un gynécologue. Mais pas de sage-femme en vue. Ces consultations prendront effet en janvier 2018. On espère d'ici-là une rectification…

Bien que déçue par cette information peu réjouissante, l'optimisme s'est peu à peu emparé de ma plume. Et pour l'heure, ce climat estival est peut être annonciateur de renouveau. Qui sait ? Ce regain d'énergie est apparu lorsque je suis tombée sur le courrier diffusé par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Une lettre, d'Emmanuel Macron, adressée aux sages-femmes pour démontrer le « rôle décisif » de la profession dans « le parcours de santé des femmes et des nouveau-nés ». Dans cette « révolution de la prévention » si bien annoncée, il semblerait que la profession soit enfin reconnue pour exercer un rôle fondamental auprès des femmes et des nouveau-nés. Si ce courrier de la part d'un politique est une grande première, ne vendons tout de même pas la peau de l'ours avant de l'avoir tué, la lettre datait du 29 mars, soit avant les élections…

Marie-Josée Keller, Présidente du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, partage d'ailleurs dans ce numéro ses attentes du nouveau quinquennat, dans la rubrique « rencontre ».

Puisque vous assurez aussi la surveillance des parturientes présentant des complications, nous avons choisi d'aborder la pré-éclampsie. Une pathologie fréquente, aussi complexe par sa physiopathologie, et dont tous ses secrets n'ont pas encore été percés.

Les nouveaux projets sont excitants et pour insuffler une nouvelle énergie, nous avons pris l'initiative de rencontrer des consœurs et confrères à travers le globe. Une expérience qui s'annonce passionnante ! Pour ce PDSF, nous vous proposons l'interview d'une sage-femme iranienne.

Le film « Sage-femme » a aussi pris place dans ce numéro, et surprise pour les autres sujets, nous vous laissons les découvrir…

Bonne lecture à vous !

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

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 21

3 **Édito**

ACTUS

5 **Actus France :**
Infections urinaires : mise en place d'antibiogrammes
• Un bracelet détecteur de fertilité • Dépression post-partum : faciliter la relation mère-enfant • IST, contraception, VIH... : Informer de manière ludique • #LibérezMaPilule • Dépistage des cancers féminins : coup de gueule ! • Le "wikipedia" des gynécologues • Prématurés : une douce initiative...

8 **Actus Monde :**
Maroc : la pratique de l'allaitement recule dangereusement • **Suisse :** des caméras pour le suivi médical des prématurés • **Etats-Unis :** Donald Trump poursuit sa lutte contre l'IVG • **Italie :** en manque de gynécologues pratiquant l'IVG • **Etats-Unis :** un test de fertilité masculine à domicile • **Australie :** un spa pour bébés • **Etats-Unis :** un utérus artificiel pour limiter le handicap des prématurés

10 **À la loupe : Fibrome :** mettre des mots sur les maux

12 **Rencontre :** Sages-femmes : acteurs incontournables du système de santé. Rencontre avec **Marie-Josée Keller**

GROSSESSE & ACCOUCHEMENT

16 **Les maux qui gâchent la vie des femmes (et des sages-femmes) #Episode-2** : Césarienne : comment mieux l'accepter ?

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

22 **Grossesse et santé bucco-dentaire :** tout ce qu'il faut savoir

DOSSIER : ZOOM SUR LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

27 **Diagnostic, prise en charge, thérapeutiques :** les nouveautés

30 **La dépister précocement et la prévenir**

31 **Du diagnostic au dépistage de la pré-éclampsie, de la recherche à la pratique clinique...**

ÉTUDE

32 **Les derniers résultats de l'étude Elfe**

PROFESSION SAGE-FEMME

34 **Sage-femme internationale :**
Rencontre avec une sage-femme iranienne

38 **Détente : La profession à l'affiche**

40 **Dans ma bibliothèque de pro**

42 **À noter dans vos agendas**

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Rédaction

Directrice de la publication
Leslie Sawicka

Directrice de la rédaction
Céline Gerbier

Rédactrice en chef
Géraldine Dahan Tarrasona

Journalistes
Catherine Charles, 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

Assistantes
Chloé Sztarkman, Shania Liberge

Remerciements :
Marie-Josée Keller, Dr Gaëtane de Saint-Paul, Karine Mayer, l'association Césarine, Julie Jouenne, Edwin Quarello, Narjes Shiraghaei

Parole de sages-femmes est édité par la SARL Mayane Communicaton au capital de 7 700 €
Siège social :
49 rue Marius Aufan
92300 Levallois-Perret
RCS 75017 Paris B 479454829
Dépôt légal : 2017
ISBN : 978-2-9527526-2-6

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

Mayane|group

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

OJD PRESSE GRATUITE D'INFORMATION Mise en Distribution Certifiée

PEFC PEFC/10-31-1118

IMPRIM'VERT

INFECTIONS URINAIRES : MISE EN PLACE D'ANTIBIOGRAMMES

Pour faciliter et améliorer la prise en charge des patients souffrant d'infection urinaire et lutter contre l'antibiorésistance, le ministère de la Santé a demandé au Comité de l'antibiogramme de la Société Française de Microbiologie (CA-SFM) de proposer et de diffuser aux laboratoires de biologie médicale un cahier des charges pour la mise en œuvre d'antibiogrammes ciblés dans les infections urinaires à Escherichia coli. Ce cahier des charges a été diffusé aux laboratoires en mars dernier. La pratique des antibiogrammes ciblés dans les infections urinaires n'est pas une mesure obligatoire, Elle se mettra progressivement en place dans les laboratoires qui souhaitent participer à la lutte contre l'antibiorésistance. Une évaluation des modalités de mise en place et des difficultés rencontrées sera réalisée d'ici à un an et des aménagements pourront, si nécessaire, être envisagés. En pratique, à la lecture d'un antibiogramme, les professionnels de santé seront amenés à prescrire l'antibiothérapie en fonction de la liste des antibiotiques testés. Une liste aujourd'hui très large pouvant amener à prescrire des antibiotiques critiques pour des infections qui ne le nécessitent pas. L'antibiogramme ciblé consiste à cibler les antibiotiques les plus pertinents dans le contexte considéré, en épargnant autant que possible les antibiotiques critiques.

Plus d'infos. : www.cnsf.asso.fr

Le "wikipedia" des gynécologues

À l'image de Wikipedia.org, le nouveau site web Gynopedia.org permet à tout un chacun d'alimenter et d'apporter des informations sur le contrôle des naissances, la pilule du lendemain, les tests d'IST, la grossesse ou encore l'avortement. Le site se veut mondial, il fournit aujourd'hui des infos pour plus de 80 villes réparties dans 60 pays. "*Quand les internautes contribuent à Gynopedia, ils permettent aux gens de connaître les lois et leurs droits reproductifs. Ils permettent de leur faire savoir quelles options sont possibles pour eux, combien ça va leur coûter et qui peut les aider. Quand les femmes partagent leurs conseils, c'est de l'émancipation: elles se donnent les moyens de lutter pour l'accessibilité, l'abordabilité et le choix*", estime Lani Fried, Enseignante américaine et créatrice du site.

Un collectif de pharmaciens, associé au Planning Familial et à plusieurs personnalités, a récemment adressé une lettre ouverte intitulée LibérezMaPilule aux laboratoires pharmaceutiques leur demandant de prendre l'engagement de déposer une demande d'autorisation de mise sur le marché d'une pilule progestative sans ordonnance auprès de l'Agence française du médicament (ANSM) ou de l'Agence européenne du médicament (EMA). "*La pilule progestative présente des contre-indications limitées et bien connues, peu d'effets indésirables, pas de risque de surdosage. Des outils existent déjà pour aider la femme et son pharmacien à évaluer si ce médicament peut convenir*", a souligné le collectif en précisant que "*la pilule contraceptive est déjà accessible sans ordonnance dans de nombreux pays*". Une demande à laquelle la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM) s'est opposée en précisant qu'une pilule, progestative ou non, reste un médicament "*Choisir une pilule adaptée ne se fait pas sous les conseils d'une maman, d'une copine ou d'un pharmacien en quelques minutes*", estime la fédération. "*Il est impensable qu'une jeune femme puisse exposer toutes ses interrogations au sujet des effets indésirables, ou encore de la sexualité, derrière le comptoir d'une pharmacie*".

Plus d'infos. : www.liberezmapilule.com

DÉPRESSION POST-PARTUM : FACILITER LA RELATION MÈRE-ENFANT

L'association Le Rire Médecin a créé un programme pilote Mater-Nez dans trois services de la maternité de l'hôpital Bicêtre Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (94 Le Kremlin-Bicêtre) dont l'objectif est de faciliter la relation entre la mère et l'enfant lorsque la jeune maman présente les symptômes d'une dépression post-partum. Ce programme artistique, musical et ludique comprend l'intervention de la Famille Confetti, des personnages lumineux et burlesques venant fredonner des chansons et des berceuses, souvent dans la langue maternelle, aux bébés et aux jeunes mères. L'association, qui accompagne avec le personnel de santé les jeunes enfants hospitalisés, compte aujourd'hui une centaine de comédiens-clowns et intervient dans 15 hôpitaux français, soit 46 services pédiatriques.

Plus d'infos. : www.leriremedecin.org

LE SAVIEZ-VOUS ?

Une étude réalisée par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et des équipes de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) confirme que les femmes ayant développé un diabète durant leur grossesse ont un risque accru de complications périnatales par rapport à celles sans diabète. Les résultats de l'étude, menée pour la première fois à l'échelle nationale via l'analyse des 796 000 accouchements enregistrés en France en 2012, montrent notamment que les mères avec un diabète gestationnel accouchent par césarienne dans près de 28% des cas, contre 20% pour celles sans diabète et que les accouchements prématurés surviennent chez 8% des femmes ayant un diabète gestationnel (vs.6%). Pour le bébé, le risque de malformations cardiaques à la naissance est 1,2 fois plus élevé que celui observé chez une femme enceinte sans diabète. L'étude souligne qu'en 2012 un diabète a été diagnostiqué durant la grossesse pour 7 femmes sur 100, un taux comparable à celui des autres pays européens.

UN BRACELET DÉTECTEUR DE FERTILITÉ

Spécialisée dans le domaine de la santé des femmes et de la reproduction, la société suisse de technologie médicale Ava propose en France un bracelet connecté suivant et analysant le cycle des femmes afin de déterminer leur période de fertilité. Ce bracelet détecte et enregistre en temps réel neuf paramètres physiologiques (pouls, rythme respiratoire, rapport de variabilité de la fréquence cardiaque, température...) et permet d'éviter l'aspect contraignant d'autres méthodes de suivi de la fertilité, comme les tests d'urine ou de la température corporelle.

Selon Lea von Bidder, co-fondatrice de la société Ava, "*les Françaises, comme beaucoup de femmes dans le monde aujourd'hui, commencent à fonder des familles plus tard, rendant le suivi du cycle encore plus important pour les couples qui veulent mettre toutes les chances de leur côté au moment de la conception. La France est aussi un pays qui semble particulièrement réceptif aux solutions non-hormonales et moins invasives liées à la contraception et à la reproduction*".

Plus d'infos. : www.avawomen.com

PRÉMATURÉS : UNE DOUCE INITIATIVE...

Spécialisée dans le DIY, la marque We Are Knitters a décidé de mettre gracieusement à disposition sur son blog un patron pour apprendre à réaliser au crochet un Poulpe Solidaire au profit des bébés prématurés. En effet, les tentacules de ce poulpe ont été conçues sur le modèle du cordon ombilical, les bébés peuvent ainsi s'y accrocher instinctivement. Cette "doudou thérapie", venue du Danemark et qui a fait ses preuves dans les maternités du pays, permet selon la marque d'adoucir le début de vie des prématurés et de compléter leur développement. Cette initiative a pour but de sensibiliser le grand public à réaliser un poulpe et à l'offrir à l'hôpital de leur choix.

Points et techniques sur www.weareknitters.fr/blog/evenements/le-poulpe-solidaire/

DÉPISTAGE DES CANCERS FÉMININS : COUP DE GUEULE !

La ministre de la Santé a officialisé en avril dernier son plan pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein prévoyant notamment une évaluation du risque et une approche personnalisée pour les femmes entre 25 et 50 ans par la mise en place d'une consultation pour les femmes âgées de 25 ans prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Cette consultation de prévention assurerait également une approche plus globale en abordant les facteurs de risques comportementaux ainsi que les éléments de santé sexuelle. L'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF) a salué la mise en place d'une telle mesure, mais déplore le fait que Marisol Touraine "*semble avoir oublié les compétences des sages-femmes françaises en matière de gynécologie de prévention...*". A cette occasion, l'ONSSF a souhaité rappeler à la ministre que 23.000 sages-femmes exercent en France, que le dépistage des cancers féminins fait partie intégrante de leur pratique et a demandé au nom des sages-femmes et des étudiants une rectification de ce plan d'action en incluant les sages-femmes dans sa mise en œuvre.

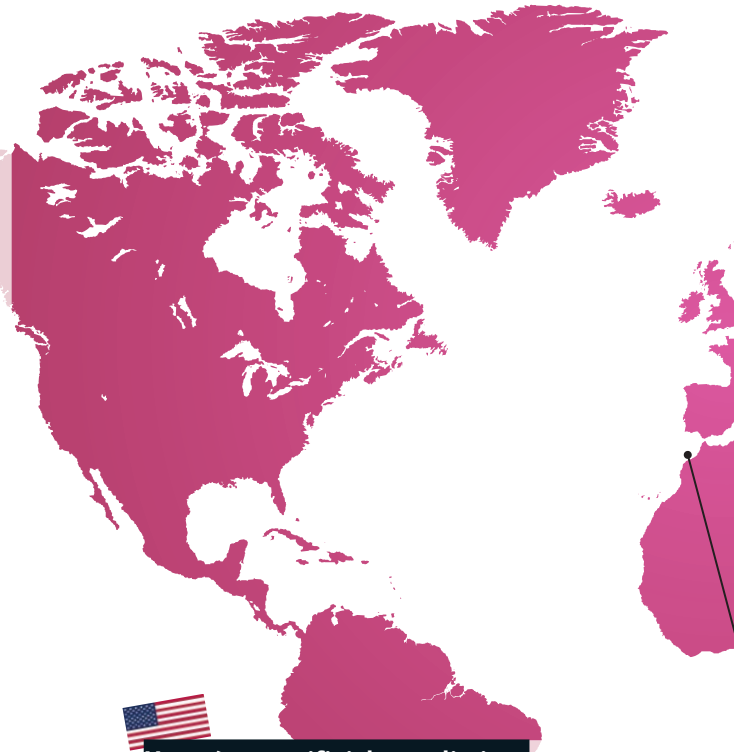
IST, CONTRACEPTION, VIH... : INFORMER DE MANIÈRE LUDIQUE

Le Laboratoire Janssen, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, et le Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) de l'hôpital Saint-Antoine AP-HP ont lancé l'application QiSS (Quizz d'information en Santé Sexuelle), destinée à sensibiliser et informer de manière ludique les 15-25 ans sur les infections sexuellement transmissibles (IST), la contraception, le dépistage, la vaccination, le VIH... Toutes les questions liées à la sexualité sont abordées sous forme de jeu via cette application gratuite au design inspirée du "street art", recommandée par la Chaire UNESCO Santé Sexuelle et Droits Humains. Disponible sur App Store et Google Play, elle permet à la fois d'informer les patients et d'optimiser le temps de consultation à l'hôpital.

Plus d'infos. : www.janssen.com

ACTUS MONDE

Etats-Unis
Donald Trump poursuit sa lutte contre l'IVG



Le président américain a promulgué une loi abrogeant une directive de l'ancien président Obama destinée à sanctuariser les financements publics des cliniques du planning familial, une loi qui a été approuvée en février dernier par la Chambre des représentants. À cause de cette nouvelle mesure, le transfert d'argent public à des cliniques pratiquant des avortements est désormais interdit. Aux Etats-Unis, les fonds publics ne peuvent permettre de subventionner les avortements, mais les cliniques comme celles du réseau Planned Parenthood, dont beaucoup pratiquent des IVG, pouvaient jusqu'à présent recevoir des fonds en remboursement d'autres soins de santé, comme des dépistages ou la contraception.

Source : www.lemonde.fr

Un test de fertilité masculine à domicile

Des médecins du Brigham and Women's Hospital de Boston ont mis au point un nouveau test de fertilité masculine à utiliser à domicile. Intitulé Fertilex, ce test mesure la qualité du sperme en 2.0. En effet, le dispositif optique est rattaché à un smartphone et à une puce électronique qui délivre le diagnostic complet. Selon les auteurs, six opérations "très simples" suffisent à mesurer la concentration du sperme, sa mobilité et le nombre total de spermatozoïdes. Pour cela, l'homme dépose sur la puce un échantillon de sperme et se laisse ensuite guider par l'application dédiée. Les auteurs expliquent avoir obtenu des résultats exacts à 95% sur 350 échantillons de sperme appartenant à dix volontaires qui n'avaient reçu ni préparation, ni formation.

Source : www.babylux-project.eu

Un utérus artificiel pour limiter le handicap des prématurés

Des chercheurs de l'hôpital pour enfants de Philadelphie ont conçu un appareil constitué d'une poche en plastique remplie de fluide, avec un système fournissant de l'oxygène relié au cordon ombilical, reconstituant ainsi le milieu dans lequel le fœtus évolue avant la naissance. Grâce à ce dispositif, les chercheurs sont parvenus à faire se développer pendant quatre semaines un fœtus d'agneau, animal chez qui le développement des poumons in utero est "très proche" de celui des humains. Transposer ce dispositif chez les bébés prématurés extrêmes, en les y maintenant jusqu'à leur 28e semaine de "gestation", permettrait de faire chuter leur taux de mortalité de 90% à moins de 10% et le risque de séquelles de 90% à 30%, estiment les chercheurs. Ces derniers doivent approfondir leurs tests chez l'animal avant d'envisager de passer à des essais chez l'homme, d'ici "3 à 5 ans", selon eux.

Source : AFP

Suisse

Des caméras pour le suivi médical des prématurés

Un système de caméras mis au point par des chercheurs de l'Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne (EPFL) et du Centre Suisse d'Electronique et de Microtechnique (CSEM) permet de mesurer en continu les paramètres vitaux des prématurés, sans contact et sans fil. Les premiers tests sur nouveau-nés devraient débuter à l'Hôpital universitaire de Zurich, partenaire du projet. Ce système vise à améliorer la surveillance du rythme cardiaque et de la respiration des nourrissons. "*Les capteurs actuels, posés sur le torse des bébés, sont si sensibles qu'ils génèrent près de 90% de fausses alertes, surtout dues aux mouvements des bébés, explique Jean-Claude Fauchère, médecin-adjoint de la clinique de néonatalogie à l'USZ. Cela entraîne un inconfort pour le bébé, que l'on doit à chaque fois manipuler, et un important facteur de stress ainsi qu'une mobilisation inutile des infirmières. Elles peuvent potentiellement moins bien gérer les vraies urgences, ce qui perturbe leur travail de soins*". Le rythme cardiaque est détecté à partir des variations légères de la couleur de la peau du bébé, dues aux battements du cœur. La respiration est quant à elle analysée via les mouvements du thorax et des épaules.

Source : Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne

Italie

En manque de gynécologues pratiquant l'IVG

Dans les hôpitaux publics italiens, une large majorité de médecins refuse désormais de pratiquer des IVG. Si bien que l'hôpital San Camillo-Forlanini à Rome a ouvert un recrutement spécialement destiné aux gynécologues non-objecteurs de conscience. Deux médecins ont ainsi été recrutés au moyen d'un concours réservé aux gynécologues qui acceptent d'appliquer la loi 194 sur l'interruption volontaire de grossesse, contrairement aux objecteurs qui s'y opposent par conviction. La nouvelle a notamment suscité l'indignation de l'association des médecins catholiques, qui parle de "discrimination", mais aussi de la ministre de la Santé, qui a fait savoir que ce concours n'était pas conforme à la loi.

Source : Courrier International

Maroc

La pratique de l'allaitement recule dangereusement

Selon les données du ministère marocain de la Santé, seules 27,8% des femmes allaitaient leur bébé exclusivement au sein durant les six premiers mois en 2016, contre 51% en 1992. Selon le ministère, cette situation est notamment due au développement des laits infantiles industriels sur ce marché, le manque de soutien psychologique de l'entourage, l'activité professionnelle, mais aussi les préoccupations d'ordre esthétique.

Source : www.marocain.news

Australie

Un spa pour bébés

Un spa dédié aux bébés jusqu'à l'âge de 6 mois a ouvert ses portes à Perth en Australie. Les bébés peuvent ainsi profiter d'une petite piscine dans laquelle ils pratiquent durant 10 à 30 minutes l'hydrothérapie avec un de leurs parents. Une activité proche des cours des bébés nageurs à la différence que les bébés sont équipés d'une bouée autour du cou leur permettant davantage d'autonomie.

Source : www.huffingtonpost.fr

FIBROME : METTRE DES MOTS SUR LES MAUX

L'Ipsos a réalisé une étude* auprès de 1.287 femmes, dont 302 souffrant de fibromes utérins symptomatiques. L'objectif était de quantifier et hiérarchiser les attentes et besoins de ces femmes et de tester des mesures qui pourraient améliorer leur vécu ainsi que leur parcours.

Par Catherine Charles

PROFIL : DES FEMMES DE PLUS DE 40 ANS

L'âge moyen des femmes atteintes d'un fibrome utérin symptomatique est de 43 ans. 26% d'entre elles ont un enfant, 14% deux enfants et 9% trois enfants. Parmi les principaux symptômes, 57% ont des règles abondantes, suivies de règles douloureuses (44%) ; de règles prolongées (39%) ; de douleurs/crampes dans le ventre (39%) ; une importante fatigue et des saignements en dehors des règles (37%) ; de maux de dos (25%) et de douleurs/gênes pendant les rapports sexuels (22%). Le nombre moyen de symptômes déclarés par les sondées est de 3,6.

Enfin, 35% des Françaises connaissent au moins une personne souffrant d'un fibrome utérin.

UNE PATHOLOGIE FLOUE POUR LES FRANÇAISES

Si plus de 8 Françaises sur 10 connaissent de nom la pathologie, seules 48% savent de quoi il s'agit. Cette proportion chute à 1 femme sur 3 chez celles n'ayant pas de fibrome. Un manque de connaissances que l'on comprend notamment par le peu de symptômes connus chez les femmes qui n'en souffrent pas. Ainsi, parmi ces dernières, 44% ne savent pas si les saignements en dehors de règles sont un symptôme, tout comme les douleurs/crampes dans le ventre (50%) ou encore les règles prolongées (55%). Ce manque de connaissances est également dû à l'ancrage d'idées reçues. Ainsi, 20% des femmes interrogées associent le fibrome à une tumeur ; 12% l'associent à un cancer ; 6% décrivent le fibrome comme grave, mortel et dangereux ; 1% emploient à la fois les termes bénins et malin et seules 11% des sondées emploient les termes bénin, anodin et pas grave.

Globalement, plus d'1 Française sur 2 s'estime mal informée au sujet du fibrome utérin. Ce manque d'information est significativement plus important chez les femmes sans fibrome (65%).

"UNE MALADIE HONTEUSE" QUE L'ON GARDE POUR SOI

Selon l'Ipsos, pour la majorité des patientes ou anciennes patientes, il s'agit d'une maladie qui touche à leur intimité, leur féminité. Sa localisation fait que pour certaines patientes, le fibrome utérin peut revêtir un caractère honteux. De ce fait, beaucoup de femmes décrivent le fibrome comme personnel. Elles essaient de parler de leur maladie le moins possible de peur du regard, voire du jugement des autres. De plus, pour beaucoup de patientes, les personnes qui ne sont pas concernées par cette maladie ne comprennent pas nécessairement la souffrance et la gêne

**Etude réalisée auprès de 1.287 femmes, constituant un échantillon national représentatif des femmes âgées de 18 ans et plus, dont 302 femmes souffrant d'un fibrome utérin symptomatique - Interrogation en ligne via l'Acess Panel d'Ipsos (IIS) du 18 août au 2 septembre 2016.*

« La disponibilité du médecin, sa capacité à les impliquer dans le choix des traitements et les conseils donnés font partie des points à améliorer. »

engendrées par un fibrome. Ces femmes, déjà mal informées et anxieuses, le sont d'autant plus qu'elles ne parlent que très peu de la maladie aux autres. Parmi les interlocuteurs privilégiés, le médecin traitant arrive en tête (74%), suivi du conjoint (68%) et des femmes de la famille (63%).

UN SUIVI PAS SYSTÉMATIQUE

39% des femmes concernées personnellement par le fibrome utérin admettent ne pas être ou ne pas avoir été suivies par un médecin. Cela est dû au fait qu'elles estiment que leur pathologie n'est pas suffisamment grave pour nécessiter un suivi médical. Pour celles ayant été suivie par un médecin, le plus souvent un gynécologue, 91% estiment qu'il avait une bonne connaissance de la maladie ; qu'il était à l'écoute (88%) et qu'il a recherché des solutions pour les aider (83%). En revanche, la disponibilité du médecin, sa capacité à les impliquer dans le choix des traitements et les conseils donnés font partie des points à améliorer.

FIBROME UTÉRIN : IMPACT SUR LA QUALITÉ DE VIE

- **Pour 43 % des patientes, c'est une maladie perturbante et stressante au quotidien.**
- **Le fibrome utérin est fatigant et usant pour 40% des patientes et il a un impact sur la sexualité et le désir pour 1 patiente sur 3.**

Par ailleurs, parmi les femmes ayant ou ayant eu un fibrome symptomatique, 18% ont déjà eu recours à un professionnel autre que leur médecin pour soigner leur fibrome utérin, tels qu'un homéopathe (20%) ; un pharmacien (16%) ; un magnétiseur (14%) ; une sage-femme (11%) ou encore un guérisseur (11%).

Enfin, moins d'1 patiente sur 2 s'estime bien informée sur les traitements (efficacité, durée, effets indésirables...). L'opération chirurgicale s'avère être la solution la plus efficace pour traiter le fibrome utérin, avec 80% des femmes interrogées trouvant cet acte efficace, contre 70% pour la prise orale de médicaments. Néanmoins, l'opération chirurgicale, et plus particulièrement l'hystérectomie, est envisagée comme le traitement de dernier recours pour 52% des sondées.

LES LEVIERS D'AMÉLIORATIONS PLÉBISCITÉS

Parmi les services qui permettraient d'améliorer le vécu et la prise en charge des femmes souffrant d'un ou plusieurs fibromes utérins, dispenser des formations obligatoires sur le fibrome utérin aux gynécologues arrive en tête (43%), suivi de la création d'un site internet d'information de référence (44%) ; de la mise en place de brochures d'informations dans les salles d'attente des gynécologues (46%) ; de la mise en place de campagnes nationales de dépistage (38%) ou d'une campagne de sensibilisation sur différents supports (34%).

SAGES-FEMMES
ACTEURS INCONTOURNABLES
DU SYSTÈME DE SANTÉ

Présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes depuis 2006, à la tête duquel elle a été réélue en 2008 puis en 2012, Marie Josée Keller a occupé durant sa carrière de nombreuses fonctions qui lui ont permis de connaître tous les aspects de la profession. Elle obtient son diplôme de cadre sage-femme à l'École de cadres de Sages-Femmes de Dijon en 1996 et termine sa carrière en tant que sage-femme cadre supérieur. Marie-Josée Keller représente le Conseil national de l'Ordre dans tous les actes de la vie civile, préside les séances du Conseil et celles du bureau et en dirige les débats. Elle s'est vivement impliquée pour l'obtention des nouvelles compétences lors de la loi HPST et n'a eu de cesse de se battre pour remettre à l'honneur la physiologie et créer des alternatives à travers l'ouverture des maisons de naissance et des plateaux techniques aux sages-femmes libérales.

Propos recueillis par Catherine Charles

Parole de Sages-Femmes : **Quelle est votre vision de l'évolution de la profession ?**

Marie-Josée Keller : Notre profession a connu des évolutions majeures au cours des dernières années, inscrivant plus que jamais les sages-femmes comme les partenaires des femmes pour leur santé génésique. Notre rôle auprès de celles-ci n'a en effet cessé de croître. À travers les extensions successives de nos compétences – tout d'abord en 2009 avec le suivi gynécologique de prévention et la prescription de la contraception puis en 2016, avec la prescription et la pratique de l'IVG médicamenteuse – l'exercice des sages-femmes gagne en cohérence car il s'inscrit dans le continuum de la santé sexuelle et reproductive des femmes.
Notre cœur de métier est la prévention, comme en témoigne notre rôle dans la vaccination, une compétence que nous possédions depuis plus de 10 ans et qui s'est élargie depuis 2016, nous donnant la possibilité de prescrire des vaccins et de vacciner – au-delà des seules femmes – l'entourage de la femme enceinte et du nouveau-né jusqu'à la fin de la période postnatale. Nous pouvons également prescrire depuis 2016 des substituts nicotiniques à ce même cercle, dans les mêmes conditions. Grâce à ces nouvelles compétences, notre impact auprès des familles va être plus important. Il est intéressant de noter que ces évolutions, notamment la prescription de l'IVG médicamenteuse, ont été revendiquées haut et fort par notre profession. Cela démontre l'implication des sages-femmes auprès des femmes pour leur santé mais également pour la défense de leurs choix et de leurs droits.
À mes yeux, ces compétences larges et cohérentes et ce positionnement auprès des femmes vont participer à une meilleure reconnaissance des sages-femmes et amener à une évolution du regard que porte la société sur notre profession.

INNOVER POUR LA SANTÉ PUBLIQUE AVEC LES SAGES- FEMMES

Le livre blanc publié par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes comprend 12 propositions pour la santé des femmes. Il met en avant l'étendue des compétences médicales des sages-femmes, une profession jeune, dynamique, attractive et engagée auprès des femmes et des nouveau-nés.

Les 12 propositions visent ainsi à renforcer le rôle de la sage-femme en matière de prévention auprès des femmes âgées de 15 ans et plus ; de soutenir et favoriser le développement de l'exercice libéral ; de renforcer la place des sages-femmes dans les établissements publics de santé et de garantir l'autonomie de la sage-femme dans son exercice professionnel.

fr.zone-secure.net/5372/260828

PDSF : **L'Ordre a récemment publié un livre blanc (voir encadré) à l'attention des candidats à l'élection présidentielle comprenant 12 propositions axées sur la prévention, l'offre de soins, la gouvernance, la formation et l'Europe : quelles sont selon vous les propositions les plus importantes, voire incontournables ?**

MJK : Tout d'abord, nous lançons un appel aux pouvoirs publics et nous proposons de mettre en œuvre les premiers États généraux de la santé génésique des femmes, qui ont vocation à rassembler l'ensemble des acteurs du monde de la santé autour d'un objectif commun : améliorer la prise en charge des femmes par les professionnels de santé tout au long de leur vie. Bien entendu, ces États généraux devront nécessairement être instaurés à l'initiative et avec le soutien des institutions publiques. Il est également indispensable de renforcer le rôle des sages-femmes en matière de prévention auprès des femmes âgées de 15 ans et plus. C'est le sens des propositions n° 3 et 4 du Livre blanc, qui proposent notamment d'instaurer une consultation dédiée à la santé sexuelle et à la prévention des addictions chez les adolescentes, effectuée par une sage-femme chez la

"L'Ordre espère que le prochain Président de la République saura apporter des réponses concrètes à l'ambition forte et partagée par l'ensemble de notre profession : placer les sages-femmes au centre du parcours de santé des femmes. "

jeune fille dès 16 ans. Véritable objectif de santé publique, cette mesure, qui a déjà reçu le soutien de plusieurs parlementaires et institutions publiques de santé, doit contribuer à renforcer l'éducation et l'information des jeunes sur la santé sexuelle, la contraception, les infections sexuellement transmissibles, le dépistage des cancers génitaux féminins...
Par ailleurs, la diversification de l'offre de soins doit inciter les pouvoirs publics à prendre davantage en compte les souhaits des usagers. De nouvelles possibilités de suivi de grossesse et d'accouchement existent aujourd'hui ; elles permettent de répondre aux besoins des patientes. C'est le cas notamment des plateaux techniques, des unités physiologiques et des maisons de naissance au sein desquelles les sages-femmes exercent leurs compétences auprès des femmes et des nouveau-nés. Dans cette perspective, l'Ordre propose dans son Livre blanc de faciliter l'ouverture et l'accès des plateaux techniques pour toutes les femmes et de généraliser l'ouverture des maisons de naissance, à l'issue de l'expérimentation qui prendra fin en novembre 2020.

PDSF : Qu'attendez-vous principalement du nouveau Président de la République ?

MJK : La prévention devrait constituer un axe de travail majeur au cours du prochain quinquennat dans la mise en œuvre de la politique de santé. Aussi, compte tenu de l'étendue de nos compétences en matière de prévention, la profession de sage-femme s'inscrit parfaitement dans ce schéma d'organisation du système de santé. L'Ordre espère que le prochain Président de la République saura apporter des réponses concrètes à l'ambitions forte et partagée par l'ensemble de notre profession : placer les sages-femmes au centre du parcours de santé des femmes. Il sera donc primordial d'établir, dès le début du quinquennat, des relations pérennes et de confiance avec les représentant(e)s des plus hautes institutions publiques et politiques afin de permettre l'adoption de mesures destinées à améliorer la santé des femmes et de leurs enfants.

PDSF : Quel regard portez-vous sur la création de maisons de naissance, un an après la mise en place de l'arrêté fixant la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale ?

MJK : Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes s'est largement impliqué en faveur de l'ouverture des maisons de naissance. Nous plaidions en effet depuis de nombreuses années pour que ces structures ouvrent en France car, dans les nombreux pays où elles existent, elles avaient largement fait leurs preuves, tant en termes de satisfaction des usagers que de sécurité ou encore de coût. Aussi, nous avions étroitement travaillé avec la sénatrice Muguette Dini, qui a porté la proposition de loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance, afin que les parlementaires et l'opinion publique y soient sensibilisés et comprennent le fonctionnement, la philosophie mais aussi les enjeux de ces structures.
Si les maisons de naissance répondent bien entendu à la demande des femmes souhaitant une alternative à la prise en charge des grossesses et des accouchements actuellement proposée en France, leur portée est en effet plus large : elles révèlent qu'un autre accompagnement est possible, centré sur la femme, le couple et leur projet. Elles démontrent que la diversification de l'offre de soins périnatale est nécessaire et que les patients doivent être entendus et respectés. Elles témoignent enfin des limites de "la standardisation de la naissance", un modèle qui s'essouffle car les femmes et les couples sont de plus en plus nombreux à souhaiter un accompagnement davantage personnalisé. Il est par ailleurs intéressant de constater que la prise en charge proposée au sein des maisons de naissance inspire les unités physiologiques, qui commencent à ouvrir au sein de quelques maternités.
Enfin, il est important de rappeler que les maisons de naissance ouvrent également la voie à une véritable consécration de l'autonomie des sages-femmes puisque ce sont elles qui gèrent ces structures.

Brumisateur® evian®

L'allié au quotidien pour la toilette de bébé

Utilisé en **maternité**

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

LA PURETÉ D'UNE EAU MINÉRALE UNIQUE

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

LE RÉFLEXE DOUCEUR DES FUTURES ET JEUNES MAMANS

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

L'INDISPENSABLE DE LA TOILETTE DE BÉBÉ

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

TESTÉ ET APPROUVÉ !

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

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

* 12h après la dernière application. Test instrumental effectué pendant 14 jours sur 20 volontaires à raison de 2 applications par jour.
** Test de satisfaction mené auprès des parents de 30 bébés après 3 semaines d'application quotidienne visage et corps. Testé sous contrôle pédiatrique.

RAFRAÎCHIT & HYDRATE

DÉBARBOUILLE

NETTOIE LES FESSES EN DOUCEUR

LES MAUX QUI GACHENT LA VIE DES FEMMES

ET DES SAGES-FEMMES

#Episode 2

Césarienne : comment mieux l'accepter ?

LA CÉSARIENNE EST UNE PRATIQUE COURANTE, POUR AUTANT ELLE CONSTITUE POUR CERTAINES MÈRES UNE SOURCE DE FRUSTRATION. AVEC DES RETOMBÉES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES, L'INTERVENTION PEUT VITE GÂCHER L'ARRIVÉE DE L'HEUREUX ÉVÉNEMENT, DANS LE SERVICE DE SUITES-DE-NAISSANCES, VOIRE PLUSIEURS MOIS PLUS TARD...

Par G.Dahan-Tarrasona

Avec la participation de :

Dr Gaëtane de Saint-Paul, dermatologue à Tournefeuille

césarine
échange, soutien et information
autour de la naissance par césarienne

Karine Mayer, psychologue à Boulogne-Billancourt

LA CÉSARIENNE : L'INTERVENTION LA PLUS PRATIQUÉE DANS LE MONDE

Les accouchements chirurgicaux sont loin d'être exceptionnels. En effet, depuis plusieurs dizaines d'années, les accouchements par césarienne sont en constante augmentation en Europe et dans l'ensemble des pays de l'OCDE*. En France son taux aurait même doublé en 20 ans. La Drees* constatait en 2003 que près d'une femme sur cinq donnait naissance par césarienne dans le cas d'une grossesse unique. Dans quasiment la moitié des cas, la césarienne était programmée, bien que cet acte soit associé à une morbi-mortalité plus importante chez la femme et le nouveau-né. Le nombre de césariennes est toutefois marqué par des disparités aussi bien entre départements, qu'entre établissements (HAS 2012).

Face à ce bilan, l'OMS a tiré la sonnette d'alarme pour mettre fin à cette «épidémie ». Au Brésil, cette pratique flirtait déjà avec les 56% en 2012 voire même les 80% dans les cliniques privées.

Suite à deux études, elle conclut en 2015 que la césarienne est efficace pour sauver la vie des mères et de nouveau-nés, mais uniquement lorsqu'une indication médicale le justifie. Elle précisait aussi, qu'au niveau de la population, les taux de césariennes supérieurs à 10 % ne sont pas associés à une réduction des taux de mortalités maternelles et néonatales.

LA CÉSARIENNE : ON NE BANALISERA PAS

Sa fréquence, 21% en France, ne doit pas entraîner pour autant la dépersonnalisation de ce mode d'accouchement. *L'International association of the study of pain* définit la douleur comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes évoquant de telle lésions* ». Cette douleur peut d'ailleurs perdurer plusieurs mois plus tard. D'après un article publié dans The Journal of Pain, environ 12% des femmes ressentent encore des douleurs 6 mois après la césarienne.

Après l'intervention, il n'est pas rare que des mères présentent des symptômes post-traumatiques se manifestant par de l'anxiété, des troubles du sommeil des attaques de panique. La césarienne constituerait même un facteur augmentant le risque de troubles dépressifs en post-partum (Thalassinos et al). Les avancées en neurosciences cognitives

« L'état physique de la mère (…) pendant les premières semaines, après la naissance peut empêcher celle-ci de s'occuper pleinement de son enfant à cause de la douleur. Cela contrarie le tissage du lien mère-enfant »

et les techniques d'imagerie fonctionnelle en témoignent aujourd'hui en mettant en évidence les zones du cerveau actives dans la douleur physique et psychique. Finalement, quand la « tête » souffre, le corps souffre aussi et la relation mère-enfant peut en pâtir, comme le souligne Karine Mayer, psychologue : « *Si aujourd'hui la douleur d'une césarienne est bien prise en charge dans les suites opératoires, certaines patientes peuvent se plaindre de douleurs physiques. Cette douleur peut être majorée par le ressenti psychologique de l'acte chirurgical. Cela varie en fonction des circonstances : en urgence, si le travail n'avance pas ou, a fortiori si, la vie de la mère ou l'enfant est en danger, alors la stupéfaction et l'angoisse majorent le ressenti de la douleur. De même, en cas de césarienne programmée, la patiente peut être négativement impactée s'il ne s'agissait pas de son mode d'accouchement souhaité. L'état physique de la mère en suites de couches et parfois pendant les premières semaines après la naissance peut empêcher celle-ci de s'occuper pleinement de son enfant à cause de la douleur. Cela contrarie le tissage du lien mère-enfant* ».

LA PRÉVENTION : ON Y PENSERA

Peut-on minimiser les éventuelles conséquences négatives de ce mode d'accouchement ? L'association Césarine partage son expérience et son point de vue. « *Sur le forum de l'association Césarine, nous rencontrons des mères pour qui le vécu de la césarienne a été négatif. L'éventail des conséquences de ce mal-vécu va du simple regret jusqu'à la dépression post-partum en passant par le syndrome de stress post-traumatique. Le questionnaire* que les mères remplissent sur le site internet www.cesarine.org montre que 60% des femmes ont très mal ou plutôt mal vécu leur césarienne. Elles sont 22% à juger ne pas avoir assez eu de soutien matériel en suites de couches. Ce chiffre grimpe à 40% en ce qui concerne le soutien psychologique. Afin de prévenir des conséquences psychologiques d'une césarienne, l'équipe soignante peut intervenir à différents stades :*

← Tout d'abord, avant la césarienne :

En préparation à la naissance ou en consultation, aborder le contexte de la naissance par césarienne permet de mettre à plat les questions anxiogènes et/ou rappeler que la césarienne représente

1 naissance sur 5. Il est nécessaire de parler de ce sujet en amont pour s'y préparer au mieux. Inviter les parents à rédiger un projet de naissance par voie haute comme par voie basse permettra de mettre en avant les questions et les a priori. Le projet de naissance est l'occasion d'échanger sur les indications et conditions techniques d'une naissance par voie haute. C'est aussi l'occasion d'informer les parents que les conditions pratiques d'accueil varient énormément d'une maternité à une autre (peau-à-peau, non-séparation mère-enfant, etc.).

↓ Puis, pendant la césarienne :

Parler à la mère, lui expliquer et inciter sa participation aux actes (ex : l'inviter à pousser en soufflant) afin de la rendre actrice. Permettre la présence du père et réduire au maximum la séparation de la triade mère-père-enfant lors de la surveillance post-opératoire.

→ Enfin, après la césarienne :

Accompagner l'allaitement si c'est le souhait de la mère, prendre en charge la douleur et la reprise rapide de la mobilité. Faire le point sur ce qui vient de se passer (en post-partum immédiat mais également bien plus tard lorsque l'euphorie et le bouleversement de la naissance seront estompés): la chronologie des faits, les décisions médicales,... peuvent aider à prendre du recul et à répondre à des questions que les mères n'arrivent pas encore à formuler. Les conséquences d'une césarienne ne doivent pas être éludées sous prétexte que la mère et son bébé se portent bien, mais elles doivent être prises en compte et la mère orientée vers des professionnels qui sauront lui apporter l'aide dont elle a besoin.

Le vécu négatif peut persister malgré tout car la naissance par voie haute n'est pas la voie de naissance espérée par la mère : dans ce cas-là, une écoute est toujours primordiale. »

LES ALTERNATIVES : ON Y PENSERA

La césarienne reste pour certaines femmes une grande déception où elles se sentent dépossédées de leur propre accouchement.

La réhabilitation précoce peut être une mesure pour favoriser le lien mère-enfant et rendre moins douloureuse cette étape.

Il s'agit de mesures post-opératoires pour accélérer la convalescence des patientes après une intervention chirurgicale. Elle vise à réduire la durée d'hospitalisation sans impacter la qualité des soins. Son succès tient dans une organisation de soins adaptés autour de la patiente où elle est actrice dans cette démarche. Cela nécessite une information préopératoire, une information des équipes soignantes, ainsi que l'implication des intervenants. Des dispositions sont mises en œuvre : stopper le jeune préopératoire, la prémédication, l'expansion volémique, le maintien de la voie veineuse, mettre à disposition l'eau dès H1, permettre la réalimentation précoce, infiltrer la cicatrice avec un anesthésiant local, retirer la sonde urinaire à demeure, obturer la voie veineuse, inciter le 1er lever 6h après l'intervention et la douche à J1. Parallèlement, la patiente reçoit un traitement antalgique oral (Paracétamol, AINS, antiémétique accélérateur de transit). Quoiqu'il en soit, la douleur doit faire l'objet d'une attention particulière.

Cultiver le respect et donner les clés aux patientes pour développer l'empowerment.

Ce concept sociologique où l'on renforce la réappropriation nécessite des points essentiels : la présence active du couple, les encouragements, la valorisation du processus naturel de la naisance, la présence du père au bloc césarienne, le contact peau-à-peau à la naissance, la participation de la mère à la naissance (respiration, attraper le bébé, etc),

« Bien souvent, on propose des pansements ou des gels à base de silicone pendant 2 mois minimum jusqu'à 1 an »

autant d'éléments pouvant empêcher la passivité, et la solitude tant décriés dans le mauvais vécu de cet accouchement.

Mieux l'accepter, c'est aussi « réparer » cette cicatrice physique.

Dr Gaëtane De Saint-Paul, dermatologue, nous donne des pistes pour conseiller les patientes. « *Après les soins locaux des premiers jours (antisepsie, pansement sec) puis le retrait des points de suture ou des agrafes suivi de l'application d'une crème cicatrisante, une cicatrice de césarienne évoluera favorablement au bout de quelques semaines dans la grande majorité des cas. Cependant afin d'éviter une évolution pathologique (hypertrophie, cicatrice chéloïdienne) et d'améliorer la cicatrisation, certaines mesures thérapeutiques sont recommandées : le massage quotidien pendant 5 à 10 minutes, afin de diminuer les adhérences fibreuses, d'assouplir la cicatrice et de diminuer la douleur au contact en la faisant rouler sous les doigts. La technique d'endermologie médicale au rythme de 2 séances par semaine contribue aussi à diminuer les adhérences et à drainer les tissus péri-cicatriciels et cicatriciels (une dizaine de séances sont nécessaires). Un traitement topique par dermocorticoïde en crème ou gel appliqué sous occlusion avec un pansement hydrofilm le soir pendant un mois, en l'absence de signes infectieux locaux, diminuera le prurit et l'inflammation locale. Bien souvent, on propose des pansements ou des gels à base de silicone pendant 2 mois minimum jusqu'à 1 an à appliquer matin et soir et à utiliser une fois la cicatrice bien refermée. Ces pansements ou gels conservent l'hydratation cutanée et diminuent l'épaisseur de la cicatrice ainsi que son aspect érythémateux et inflammatoire. La cicatrice peut cependant évoluer défavorablement et rester très visible, en relief, indurée, douloureuse au contact (frottement des vêtements). Certains phototypes présentent des risques de complications de cicatrices comme les peaux noires, asiatiques, ou les patientes génétiquement prédisposées. La cicatrice est boursouflée, hyperplasique, évolue sur 12 à 18 mois et peut devenir chéloïdienne (excès de collagène synthétisé par les fibroblastes). Dans ce cas, on proposera des injections intra-cicatricielles de corticoïdes retards à raion de 2 à 4 injections espacées de 6 semaines. Enfin l'été, il est nécessaire de protéger la cicatrice du rayonnement UV avec un écran solaire SPF 50+. Certaines crèmes cicatrisantes contiennent d'ailleurs cet indice. Il existe aussi à la vente des maillots de bain anti UV* ».

Sources : Déclaration de l'OMS sur les taux de césariennes : apps.who.int/iris/bitstream/10665/161443/1/WHO_RHR_15.02_fre.pdf
Indications de césarienne programmée à terme : www.has-sante.fr
« Lorsque les médecins dont de la psychologie », Bioy A, Le journal des psychologies, Numéro 246, 2007
Neuropathic Aspects of Persistent Postsurgical Pain: A French Multicenter Survey With a 6-Month Prospective Follow-Up - Christian Dualé, Lemlih Ouchchane, Pierre Schoeffler, EDONIS InvestigatingGroup, Claude Dubray p24. e1-24.e20 - Published in issue: January
« Douleur morale, douleur physique : mécanismes neurobiologiques et traitement », Gaillard A, annales médicopsychologiques 172 (104-107), 2014
42èmes assises nationales des sages-femmes - Réhabilitation post-opératoire de la césarienne – Dr Dailland Philippe.
**Organisation de Coopération et de Développement Économiques*
** Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques*

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES CICATRICES HYPERTROPHIQUES ET CHÉLOÏDES

Une belle cicatrice est une cicatrice qui s'oublie

EXISTE EN GEL, GEL UV ET SPRAY

KELO-COTE®

Appliquer en couche mince 2 fois par jour.

Plus d'informations sur : www.kelocote.fr

Ce dispositif Médical de classe I est un produit de santé réglementé qui porte, au titre de cette réglementation, le marquage CE.
Lire attentivement les instructions figurant sur la notice ou sur les fiches produits.
Fabricant : Advanced Bio-Technologies, USA.
CE Représentant autorisé : Alliance Pharma S.r.l., Italie.

ALLIANCE

DMED/17/009/AP – MARS 2017

GROSSESSE ET **SANTÉ BUCCO-DENTAIRE :** TOUT CE QU'IL FAUT SAVOIR !

PUISQUE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE INFLUENCE LA GROSSESSE ET INVERSEMENT, LA FEMME ENCEINTE MÉRITE UNE ATTENTION PARTICULIÈRE. PDSF A DEMANDÉ À JULIE JOUENNE DE FAIRE LE POINT SUR CE SUJET, PARFOIS OUBLIÉ.

Propos recueillis par G. Dahan-Tarrasona

Julie Jouenne, sage-femme au Centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay – auteure du mémoire de fin d'études « Un enfant, une dent ? Qu'en est-il de cet adage populaire ? Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Haute-Normandie » (primé au Grand Prix Evian 2016).

PDSF : Quelles sont les manifestations de la grossesse propices aux maladies bucco-dentaires ?

Julie Jouenne : On peut observer chez les femmes enceintes une diminution du pH salivaire entrainant une réduction du pouvoir tampon de la salive [1], aggravé en cas de nausées, de reflux gastro-œsophagiens (RGO) et/ou de vomissements. À cela s'ajoute la susceptibilité accrue des muqueuses aux agressions (dûe à l'imprégnation œstroprogestative des tissus induisant une augmentation de la perméabilité vasculaire). Ces facteurs favorisent le développement de la flore microbienne pathogène et donc des maladies parodontales ainsi que des caries dentaires [2, 3]. Les maladies buccodentaires sont aussi favorisées par la fragmentation des repas et l'hygiène buccodentaire, rendue plus difficile du fait de saignements et/ou d'œdèmes gingivaux.

PDSF : Parmi les maladies bucco-dentaires de la grossesse, quelles sont les plus fréquentes et comment se manifestent-elles ? Quelles sont les conséquences sur la grossesse ?

JJ : Les maladies buccodentaires regroupent les maladies parodontales (la gingivite gravidique, la parodontite et l'épulis gravidique) et les maladies dentaires (l'érosion dentaire et la carie).

La gingivite gravidique :

C'est une inflammation de la gencive qui toucherait 35 à 100% des femmes enceintes [4]. Elle se reconnaît par des saignements provoqués ou spontanés non douloureux. Elle apparaît au 2e mois de la grossesse et va progresser jusqu'à atteindre un pic au 8e mois. En général, elle disparaît après l'accouchement. Une gingivite non traitée peut évoluer en parodontite. Elle se définit par des lésions inflammatoires entraînant la destruction des tissus de soutien de la dent

« Les infections buccodentaires non traitées constituent un facteur de risque potentiel pour des complications telles qu'un accouchement prématuré, une naissance de bébé de faible poids… »

appelés *parodonte*. La perte d'attache est irréversible mais très rarement constatée au cours d'une grossesse.

L'épulis gravidique :

C'est un nodule de consistance molle, d'aspect rouge vif, situé sur le bord libre de la gencive ou de la papille interdentaire pouvant saigner au moindre contact et peu douloureux. Cela survient dans 5% des grossesses et disparaît spontanément après l'accouchement [5]. Son exérèse est possible s'il entraîne une gêne esthétique et/ou fonctionnelle mais celui-ci n'entraine pas de complications obstétricales.

L'érosion dentaire :

C'est une dissolution des tissus minéralisés sous l'action de substances chimiques. Concernant la femme enceinte, cette dissolution est provoquée par les vomissements, nausées, RGO et aussi la consommation d'aliments trop acides. Pour prévenir ce phénomène, il est conseillé d'éviter le brossage dentaire après un vomissement ou un RGO pendant au moins 15 minutes, le temps que la salive effectue son pouvoir tampon. Un bain de bouche fluoré sera préféré et l'éviction d'aliments trop acides (sodas, agrumes) fortement conseillée [6, 7]. L'absorption d'un verre d'eau peut également aider à rétablir plus rapidement le pouvoir tampon.

La carie :

Son origine est bactérienne, son étiologie est multifactorielle et, sans traitement, elle aboutit à la destruction totale de la dent [8, 9, 10]. C'est une maladie chronique qui se développe dans le temps. L'hôte a son rôle à jouer. Ainsi, la grossesse, avec la diminution du pH salivaire et les RGO, entraîne une fragilisation plus importante des dents [11]. La carie serait une maladie transmissible de façon « verticale », il est donc important de traiter la mère pour éviter la transmission à l'enfant [12, 13]. Enfin, les comportements inadaptés tels que le manque d'hygiène buccodentaire, l'observance insuffisante des recommandations du dentiste, le manquement aux visites de suivi et les mauvaises habitudes alimentaires sont autant de facteurs augmentant le risque carieux [11]. Son incidence est très élevée puisqu'une étude de l'INSERM de 2006 a montré que plus de la moitié des femmes sortant de maternité ont au moins une carie dentaire [14].

Depuis une quinzaine d'années, de nombreuses études ont prouvé que les infections buccodentaires non traitées constituaient un facteur de risque potentiel pour des complications telles qu'un accouchement prématuré, une naissance de bébé de faible poids ou encore une pré-éclampsie [15-20].

PDSF : Peux- t-on soigner tous types de pathologies pendant la grossesse ?

JJ : Il est important de prendre quelques précautions particulières lors des soins, à savoir la position demi-assise plutôt que le décubitus dorsal strict à cause du syndrome cave. Il faut également rassurer la patiente et réduire la durée des soins, dans la mesure du possible. En cas de radiographie, l'utilisation d'un tablier de plomb est impérative.

Quasiment tous les soins buccodentaires sont possibles pendant la grossesse et même recommandés par la HAS pour éviter toutes complications. Ils se réaliseront surtout entre le 4e et le 7e mois. Au 1er trimestre, période où le risque tératogène est maximal, les traitements se limiteront aux soins indispensables mais sans différer ce qui pourrait évoluer de façon péjorative (notamment les foyers infectieux). Au 3e trimestre, les soins urgents seront traités afin d'éviter l'inconfort de la patiente [21, 22, 23].

Le seul soin contre-indiqué est la pose et le retrait d'amalgame dentaire à cause de la toxicité du mercure pour le cerveau du fœtus [24]. Et les anesthésies peuvent se réaliser sans risque obstétrical.

PDSF : À la suite de votre travail, vous avez travaillé sur une plaquette informative à destination des professionnels. Quels conseils peuvent préconiser les sages-femmes aux femmes enceintes ?

JJ : La CPAM a mis en place depuis janvier 2014 le bilan buccodentaire (BBD) pour les femmes enceintes. Il permet une prise en charge à 100% entre le 4e mois et le 12e jour après l'accouchement. Nous devons inciter les femmes à le réaliser. En leur parlant de ce BBD, nous pouvons rebondir sur différents messages de prévention. En discutant de la sphère buccodentaire, nous pouvons aborder les questions d'alimentation, d'hygiène et d'addictions. N'oublions pas la symbolique de la cavité buccale dans l'imaginaire de nos patientes, l'importance des dents blanches et bien alignées comme le souhaite la société. Parler du sourire avec nos patientes peut nous aider à capter leur attention sur les messages de prévention.

PDSF : Dans votre mémoire de fin d'études *Un enfant, une dent ? Qu'en est-il de cet adage populaire ?*, vous avez cherché à en savoir plus sur la prise en charge des femmes enceintes par les dentistes. Finalement quelles sont les conclusions ?

JJ : Notre étude s'est réalisée en Haute-Normandie et ce sont 10% des chirurgiens-dentistes qui nous ont répondu. Les conclusions sont les suivantes :

Il existe une réelle prise en charge mais incomplète. Les précautions sont prises par 96% de nos répondants. Concernant les soins délivrés, les détartrages et les soins de caries se réalisent facilement à plus de 90% mais ils ne sont plus que 77% à réaliser l'extraction d'une dent avec anesthésie.

Les prescriptions sont très limitées, expliquées sans doute par le manque de formation à ce sujet et la méconnaissance du CRAT. Les antalgiques se limitent dans la majorité des cas au paracétamol seul, alors que l'on peut l'associer à des antalgiques de palier 2. Rappelons que les AINS sont autorisés jusqu'à 24 SA. Concernant les antibiotiques, l'amoxicilline ressort de façon majoritaire, hors il existe de plus en plus d'allergies à cette molécule.

Enfin, les messages de prévention recommandés par la HAS sont délivrés de manière incomplète, et ce d'autant plus lorsqu'il s'agit de la prévention auprès du futur enfant. Les chirurgiens-dentistes se sentent concernés par la prise en charge de cette patiente un peu particulière puisque 47% de notre échantillon souhaite une remise à niveau sur leurs connaissances de la patiente enceinte. Ils sont également nombreux à nous avoir expliqué aussi que la femme enceinte est réticente à recevoir des soins.

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. lecrat.fr
Bibliographie
1. Laine M, Tenovuo J, Lehtonen OP. Pregnancy related changes in human whole saliva. Arch Oral Biol 1988;33:913-7.
2. Acharya Lieff S, Boggess KA, Murtha AP, Jared H, Madianos PN, Moss K, et al. The oral conditions and pregnancy study : peridontal status of a cohort of pregnant women. J Periodontol 2004;75(1):116-26.
3. Acharya S, Bhat PV. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. Int J Dent Hygiene 2009;7:102-7.
4. Bouchard P. Parodontologie et Dentisterie implantaire. In : Volume 1- Médecine parodontale. Paris : Lavoisier Médecine Sciences ; 2015.
5. Hunter L, Hunter B. Oral and dental problems associated with pregnancy. Oral healthcare in pregnancy and infancy. London : MacMilan Press Ltd:1997:27-34.
6. Lequart C. Une prise en charge attentive. Dentiste Mag, 2006;3:26-30.
7. El Merini H, Jabri M, Aggouri L. Les soins dentaires chez la femme enceinte. Le courrier du dentiste [En ligne]. 2013 Mai [Consulté le 20 juin 2015]. Consultable à l'URL: http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/les-soins-dentaires-chez-lafemme-enceinte
8. Dentraid, L'humanitaire à Garancière. La carie. Keske c ? Comment se soigner ? Conseil général du Val-de-Marne. M'T dents. Plaquette de prévention santé bucco-dentaire : comment bien prendre soin de ses dents ?
9. Newbrun E. Cariology. Baltimore : Williams and Wilkins 1978:289p.
10. Fejerskov O, Kidd EA. Dental caries : the disease and its clinical management. Copenhagen : Blackwell-Monksgaard 2003.
11. Lupi-Pégurier L, Bourgeois D, Muller-Bolla M. Épidémiologie de la carie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine buccale,28-260-D-10,2009.
12. Van Ruyven FO, Lingström P, Van Houte J, Kent R. Relationship among mutans streptococci, « low-pH » bacteria, and iodophilic polysaccharide-producting bacteria in dental plaque and early enamel caries in humans. J Dent Res 2000;79:778-84.
13. Seki M, Karakama F, Terajima T, Ichikawa Y, Ozaki T, Yoshida S, et al. Evaluation of mutans streptococci in plaque and saliva : correlation with caries deveLoppement in preschool children. J Dent 2003;31:283-90.
14. Vergnes JN, Kaminski M, Lelong N, Musset AM, Sixou M, Nabet C. Frequency and Risk Indicators of Tooth Decay among Pregnant Women in France: A Cross- Sectional Analysis. PLoS ONE 2012;7(5):e33296.
15. Heimonen A, Janket SJ, Kaaja R, et al. Oral inflammatory burden and preterm birth. J Periodontol 2009;80(6):884-91.
16. Wrosek T, Einarson A. Dental care during pregnancy. Can Fam Physician 2009;55(6):598-9.
17. Agueda A, Echeverria A, Manau C. Association between periodontitis in pregnancy and preterm or low birth weight : review of the literature. Med Oral Patol oral Cir Bucal 2008;13(9):E609-15.
18. Ruma M, Bogess K, Moss K, et al. Maternal periodontoal disease, systemic inflammation, and risk for preeclampsia. Am J Obstet Gynecol 2008;198(4):389. e1-e5.
19. Conde-Agudela A, Villar J, Lindheimer M. Maternal Infection and risk of preeclampsia : systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2008;198(1):7-22.
20. Siqueira FM, Cota LOM, Costa JE, et al. Maternal periodontitis as a potential risk variable for preeclampsia : a case-control study. J periodontol 2008;79(2):207-15.
21. Patcas R, Schmidlin PR, Zimmermann R, Gnoinski W. Le suivi dentaire des femmes enceintes. Dix questions et réponses. Rev Mens Suisse Odontostomatol 2012;122:735-9.
22. Bauser A. La femme enceinte au cabinet dentaire. Formation médico-dentaire continue. Inf Dent 2000;82:1-12.
23. Luc E, Coulibaly N, Demoersman J, Boutigny H, Soueidan A. Enquête sur la prise en charge de la femme enceinte au cabinet dentaire. Rev Mens Suisse Odonstomatol 2012;122:1047-55.
24. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Recommandations : rapport amalgames dentaires :2005 : 2p.

difrax®
care since 1967
HAPPY GROWTH · QUALITY · DESIGN

Sans risques et familier

Le Biberon S Difrax est la solution pour les coliques, qui est une maladie fréquente chez les nouveau-nés. Le biberon S peut être utilisé dès la naissance en alternant le sein et le biberon.
Grace à la forme du biberon S votre bébé est nourri dans une posture naturelle avec la tête légèrement relevée, tout comme lors de l'allaitement.
Le système anti-coliques dans le biberon assure une arrivée de nourriture constante, semblable à l'allaitement.

Anti-coliques

- ✓ la préservation optimale des vitamines
- ✓ sans vide et exempts de bulles
- ✓ hygiénique

difrax.com

ÉLU PRODUIT DE L'ANNÉE
Grand prix Marketing Innovation 2017*

* Étude réalisée en ligne sur une présélection de produits nouveaux de marques nationales vendus en France. Étude administrée par Nielsen en octobre 2016 avec 10 000 répondants effectifs, représentatifs de la population française âgée de 15 ans et plus. www.produitsdelannee.com

DOSSIER

ZOOM SUR LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

La pré-éclampsie (PE) reste aujourd'hui encore l'une des principales complications de la grossesse. Susceptible d'entraîner des conséquences graves pour la mère comme pour le fœtus, cette pathologie multifactorielle, liée à un dysfonctionnement placentaire, reste aujourd'hui la 4e cause de mortalité maternelle globale en France (après les maladies thromboemboliques veineuses et cardiaques) et la 3e cause de mortalité maternelle directe. Le point dans ce dossier sur les dernières nouveautés, le dépistage et la prévention.

par G.Dahan-Tarrasona

DIAGNOSTIC, PRISE EN CHARGE, THÉRAPEUTIQUES : NOUVEAUTÉS SUR LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

La pré-éclampsie est une pathologie maternelle du 2E et 3E trimestre de la grossesse. En France, la prévalence est estimée entre 1 et 3% pour les nullipares et représente 10% des morts maternelles et 25% des morts périnatales. Si les sages-femmes connaissent bien les signes d'une PE, des nouveautés peuvent être utiles pour optimiser la prise en charge des patientes.

On le sait, la PE c'est :

Une pathologie maternelle associant :

- HTA (≥ 140 mm Hg et/ou PAD ≥ 90 mm Hg, mesurée à 2 reprises, à 4 heures d'intervalle)
- Protéinuries (≥ 300 mg/24h)
- Rapport protéinurie/créatininémie sur miction > 30 mg/mmol

Mais aussi :

Les dernières recommandations (ACOG 2013, SOGC 2014) reconnaissent également le diagnostic de PE en cas d'HTA associée à des signes d'insuffisances organiques maternelles, même sans protéinurie significative : thrombopénie et/ou atteinte rénale ou hépatique et/ou -OAP (Œdème Aigu du Poumon) et/ou atteinte neurologique.

N'oublions pas de distinguer l'HTA chronique de l'HTA gravidique

En effet, une patiente présentant une HTA avant 20 SA et persistant plus de 12 semaines après l'accouchement présente une HTA chronique en l'absence d'une protéinurie négative et une HTA chronique avec néphropathie, en cas de protéinurie positive.

Une HTA survenant après 20 SA et disparaissant la 6e semaine du post-partum est une HTA gravidique si la protéinurie est négative. Lorsque celle-ci est positive, on parle alors de PE.

LES FACTEURS DE RISQUE À NE PAS NÉGLIGER

Si certains facteurs de risque demeurent anecdotiques, une étude de 2016 définit les facteurs de risque principaux d'une pré-éclampsie, important à prendre en compte pour améliorer la surveillance et mieux orienter les patientes:

- **SAPL (avec un risque relatif (RR) de 9,72)**
- **ATCD de PE (RR 7,19), une patiente avec un ATCD de PE présente un risque de récidive de 15%**
- **Diabète insulino-dépendant (RR 3,56)**
- **Grossesse multiple (RR 2,93)**
- **Nulliparité (RR 2,91)**
- **ATCD familial de PE (RR 2,9)**
- **Obésité (RR 2,47)**
- **Age > 40 ans (RR 1,96)**
- **HTA préexistante (RR 1,38)**

Source : F et al, Integr Blood Press Cont 2016

Le seul traitement est l'accouchement, néanmoins un des objectifs est de stabiliser la situation maternelle. Quel traitement médical privilégier ?

(Conférence de consensus 2016, grade B)

- Alpha Méthyldopa (Aldomet®)
- Labétalol (Trandate®)
- Nicardipine (Loxen®), Nifédipine (Adalate®)

Pour des objectifs : Pression artérielle diastolique entre 85 mmHg et 100 mmHg et pression artérielle systolique inférieure à 160 mmHg (Grade A). Attention, le « sur-traitement » est à éviter car il est à risque de RCIU en cas de chiffres tensionnels trop bas et d'une mauvaise tolérance hémodynamique fœtale en cas de chute brutale de la PA maternelle. (Magee LA, Less-Tight versus Tight Control of Hypertension in Pregnancy N Engl J Med 2015; 372:407-17)

Il n'y a pas d'indication systématique à une restriction hydro-sodée ni à un remplissage vasculaire (Grade A).

Le sulfate de magnesium (S04Mg) : quand faut-il le préconiser ?

L'administration en IV du S04Mg est recommandée pour la mère en cas d'éclampsie (traitement et prévention secondaire de l'éclampsie) ainsi qu'en cas de signes neurologiques faisant craindre la survenue d'une crise d'éclampsie (prévention primaire). Aussi, pour le fœtus, lorsque l'indication de naissance est posée avant 32-33 SA et pour la neuroprotection du prématuré (Grade A).

Protocole d'administration IV (sous surveillance maternelle avec protocole de service). Bolus IV (4g sur 20 min) puis une perfusion IV continue de 1 g/h. Surveillance répétée de la conscience, des ROT, de la fréquence respiratoire (> 12 c/mn) et de la diurèse (>30 mL/h). Prudence si association avec Inhibiteurs Calciques (potentialise l'effet hypotensif), connaître les antagonistes en cas de surdosage (Gluconate de Ca).

Céphalées, troubles visuels, etc, ces symptômes maternels permettent-il de prédire des complications imminentes chez les femmes atteintes de PE ?

Les symptômes maternels (céphalées, douleurs, épigastriques, troubles visuels ou vomissements) seraient peu intéressants pour prédire la survenue d'une complication maternelle. En revanche, des signes cliniques et/ou biologiques sont prédicteurs de complications maternelle :

- → Douleur thoracique / dyspnée,
- → Thrombopénie,
- → Transaminases élevées
- → HELLP
- → Créatinine > 110 µm

Ou bien de complications fœtales en cas de :

- → PAD > 110 mmHg,
- → Suspicion d'HRP

Source :
English FA, Kenny LC, McCarthy FP. Risk factors and effective management of preeclampsia. Integr Blood Press Control2015; 8 : 7-12.pmid : 25767405, Von Dadelszen P. Semin Perinatol 2009; 33: 152-7

Attitude conservatrice : les points clés de la surveillance mère/fœtus

S'il est possible de poursuivre la grossesse, la surveillance, dont les modalités et la fréquence sont à adapter en fonction de la clinique, doit être rigoureuse.

Côté maternel

Paramètres cliniques maternels : signes fonctionnels liés à l'HTA vitalité, croissance (HU), pression artérielle, ROT, diurèse, poids, œdèmes, état respiratoire

Paramètres biologiques maternels : protéinurie (24h, ratio protéinurie/créatininurie), fonction rénale, hémolyse, cytolyse hépatique, numération plaquettaire, uricémie.

Côté fœtal

RCF, doppler ombilical, cérébral, +/- veineux selon contexte, (fréquence à adapter à la sévérité du RCIU et aux paramètres de vitalité fœtale).

Surveillance des biométries fœtales avec un intervalle d'au moins 15 jours.

Quelle prise en charge selon l'âge gestationnel et la sévérité de la PE ?

(Conférence de consensus 2016)

	PE < 24 SA	PE 24-34 SA	PE 34-37 SA	PE > 37 SA
PE MODÉRÉE	Expectative	Expectative	Expectative	Accouchement
PE SÉVÈRE	IMG à discuter*	Expectative à discuter	Accouchement (grade A)	Accouchement

* Elle peut être proposée pour motif maternel, dans les formes sévères et précoces, avant la viabilité fœtale, lorsque « la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme » (article L2213 du Code de la santé publique). La PE sévère constitue le 1er motif d'IMG pour cause obstétricale en France.

Ou proposée pour motif fœtal, en cas de RCIU sévère et précoce (< 24 SA en général), compromettant le pronostic fœtal. La décision tient compte de l'âge gestationnel, des critères de vitalité fœtale, du poids fœtal estimé et du potentiel de croissance. Elle passe obligatoirement par un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

Sources :
Ahmed A., Williams D. Statins to Ameliorate early onset Pre-eclampsia: a proof of principle, double-blind, randomised placebo-controlled, multicentre trial of pravastatin to ameliorate early onset pre-eclampsia. 2009
D'après la publication de Maki, M et al, « Antithrombin therapy for severe preeclampsia: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. BI151.017 Study Group. », Thromb Haemost. 2000 Oct;84(4):583-90.
Pharmacokinetics, Safety and Efficacy Study of Recombinant Antithrombin Versus Placebo in Preterm Preeclampsia (PRESERVE-1) - https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02059135
Mooc Pre-eclampsie : www.fun-mooc.fr

PRÉ-ÉCLAMPSIE : LA DÉPISTER PRÉCOCEMENT ET LA PRÉVENIR

Un enjeu important est celui de dépister précocement les patientes à risque de PE afin de mettre en place des mesures préventives ainsi qu'une prise en charge rapprochée. Les patientes avec un antécédent de PE sont une cible d'autant plus sensible, puisqu'il existe un risque de récidive global de la maladie d'environ 15 à 20 % (augmenté en cas de PE sévère et précoce).

DÉPISTER AU 1ER TRIMESTRE

Le dépistage au 1er trimestre (11 à 13 sa+6j) vise à dépister les femmes à risque de PE. Il peut être intéressant pour instaurer une surveillance obstétricale étroite et débuter l'aspirine avant 16 SA. Un argument en faveur d'une méta-analyse de 2012 qui a montré que 89 % des cas de PE précoces pourraient être évités ou retardés (sous une forme moins sévère) si le traitement par aspirine est débuté précocement (Roberge et al. 2012).

Le calcul du risque prend en compte l'existence de facteurs de risque maternels (IMC –origine géographique, parité, antécédent personnel ou familial de PE, hypertension chronique traitée ou non, tabac) de la mesure de l'index de pulsatilité des artères utérines au Doppler, de la pression artérielle moyenne aux deux bras ainsi que du dosage des biomarqueurs sériques PAPP-A et PlGF. Ce risque ne peut être calculé que dans le cas d'une grossesse mono-fœtale.

Le PlGF (Placental Growth Factor), produit par le placenta, est un facteur angiogénique appartenant à la famille des facteurs de croissance de l'endothélium vasculaire VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor). C'est un marqueur de la fonction endothéliale. La concentration circulante de PlGF diminue avant l'apparition des signes cliniques de PE. La PAPP-A (Pregnancy-Associated Plasma Protein-A) est un marqueur vasculaire dosé en « routine » comme marqueur sérique de la trisomie 21 au 1er trimestre de la grossesse. Le risque de PE, notamment de PE sévère, augmente entre autres lorsque la concentration de PAPP-A diminue. Les valeurs de PlGF et de PAPP-A sont exprimées en multiples de la médiane (MoM) en fonction de l'âge gestationnel à la date du prélèvement.

Le dosage de la PAPP-A est commun au calcul de risque de T21 au 1er trimestre et au calcul de risque de pré-éclampsie. Le dosage de la PAPP-A doit être réalisé conjointement à celui du PlGF et les réactifs utilisés doivent être adaptés au logiciel de calcul de risque de PE (son coût est actuellement de l'ordre de 49 € non remboursable – prescriptible par les sages-femmes).

PRÉDIRE LE RISQUE DE PE AU 2E ET 3E TRIMESTRE

Quant au 2e et 3e trimestre (entre 20 et 37 SA), le ratio sFlt1/PlGF peut être utile pour prédire la survenue d'une PE précoce ou tardive. Un ratio <38 prédit l'absence de PE et de complication à une semaine (avec une valeur prédictive positive à 99,1%). Dans ce cas, en complément de la clinique et de la biophysique, il permet d'adapter la prise en charge, d'éviter les hospitalisations inutiles, de mieux orienter la patiente, d'aider au diagnostic et à la prise de décision.

Le biomarqueur sFlt1 (tyrosine kinase FMS-like 1 soluble) est un facteur angiogénique, produit de manière excessive au cours d'une PE. Sa concentration est anormalement élevée environ 5 semaines avant la survenue d'une PE alors qu'un taux abaissé de PlGF est associé à un taux 4 fois plus important de PE. Ainsi un rapport sFlt1/PlGF prédit la survenue d'une PE, une éclampsie, un HELLP syndrome à 4 semaines en moyenne. (Le coût de ce test sanguin est de l'ordre de 100€, non remboursable – prescriptible par les sages-femmes).

Sources : Bujold E et al. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 2010 Aug;116(2 Pt 1):402-14.

Hofmeyr GJ et al. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jun 24;(6):CD001059. doi: 10.1002/14651858.CD001059.

DU DIAGNOSTIC AU DÉPISTAGE DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE,

de la recherche à la pratique clinique...

Les biomarqueurs prédisant la pré-éclampsie semblent détenir un fort potentiel, doit-on s'attendre à un bouleversement de nos attitudes cliniques ? Que penser de ces dernières innovations ?

Avec **Edwin Quarello,** gynécologue-obstétricien à Marseille

(1): Institut de Médecine de la Reproduction, 6 rue Rocca, 13008, Marseille, France.
(2): Unité d'échographie et de diagnostic prénatal, Hôpital Saint Joseph, 26 boulevard de Louvain, 13285 Marseille Cedex 08, France.

Alors que le nombre de publications relatives à la pré-éclampsie (PE), et en particulier ses méthodes de dépistage, sa physiopathologie, et sa prévention, ne cessent de se multiplier ces dernières années, nous attendons tous avec impatience les résultats de l'étude randomisée multicentrique ASPRE (1). Cette étude vise à étudier le rôle éventuellement préventif de l'administration quotidienne d'aspirine à 150 mg avant 16 semaines d'aménorrhées (SA) dans le risque de survenue de la PE, après avoir caractérisé les patientes comme étant à haut risque au 1er trimestre, via la combinaison des antécédents personnels et des marqueurs biophysiques - Pression artérielle moyenne (PAM) aux deux bras - et biochimiques - PAPP-A et PlGF. L'utilisation de ces nouveaux marqueurs devra répondre bien évidemment aux mêmes exigences que celles qui subordonnent le contrôle de qualité et l'audit des marqueurs échographiques et biochimiques utilisés pour le dépistage de la trisomie 21. Une étude publiée en 2013 intéressant 58 000 patientes avec des singletons examinés entre 11-13 SA a permis d'établir tout d'abord un algorithme selon lequel le taux de dépistage estimé de PE serait de 75% pour un taux de 10% de faux positifs (2). Cet algorithme a ensuite été testé de façon prospective multicentrique et non interventionnelle. Les résultats ont été publiés très récemment (3). Ainsi, la combinaison de facteurs maternels, de la PAM, et des marqueurs biochimiques sont associés à un taux de dépistage de survenue de PE < à 32 SA, de PE < à 37 SA, et de PE ≥ 37 SA de 100% (95% CI, 80-100%), 75% (95% CI, 62-85%), et 43% (95% CI, 35-50%) respectivement pour un taux de 10% de faux positifs (3). Le dépistage précoce semble peu efficient dans l'identification de survenue tardive (≥ 37 SA). Cela est particulièrement important car l'administration d'aspirine à faible dose serait beaucoup plus effective dans la prévention des formes précoces que tardives de PE (5).

Nous pensons, au quotidien, dépister la PE via l'interrogatoire, la prise de tension, et l'analyse de la protéinurie. Cependant, en présence d'au moins l'un de ces signes, nous ne sommes plus dans le dépistage mais dans le diagnostic de la PE. L'introduction par Kypros Nicolaides, sous l'égide de la Fetal Medicine Foundation, d'une nouvelle pyramide des soins inversés (4) a pour fondement d'identifier au 1er trimestre de la grossesse, entre autres, les patientes à haut risque de PE et de proposer via une médication, une réduction de la prévalence des complications associées.

Les résultats de l'étude ASPRE vont sans doute, nous l'espérons, changer le paradigme de la gestion de la PE, et en particulier celle apparaissant précocement, avant 37 SA. Nous allons peut-être enfin passer d'une approche purement expectative à une approche plus préventive.

Références : 1. Neil O'Gorman, David Wright, Daniel L Rolnik, Kypros H Nicolaides, and Liona C Poon. Study protocol for the randomised controlled trial: combined multimarker screening and randomised patient treatment with ASpirin for evidence-based PREeclampsia prevention (ASPRE). BMJ Open. 2016; 6(6): e011801.
2. Akolekar R, Syngelaki A, Poon L, et al. Competing risks model in early screening for preeclampsia by biophysical and biochemical markers. Fetal Diagn Ther 2013;33:8–15.
3. O'Gorman N, Wright D, Poon LC, Rolnik DL, Syngelaki A, Wright A, Akolekar R, Cicero S, Janga D, Jani J, Molina FS, de Paco Matallana C, Papantoniou N, Persico N, Plasencia W, Singh M, Nicolaides KH. Accuracy of competing-risks model in screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 11-13 weeks' gestation.
Ultrasound Obstet Gynecol. 2017 Jan 9. doi: 10.1002/uog.17399. [Epub ahead of print]
4. Nicolaides KH. Turning the pyramid of prenatal care. Fetal Diagn Ther 2011; 29: 183 – 196.
5. Roberge S, Villa P, Nicolaides K, Gigue`re Y, Vainio M, Bakthi A, Ebrashy A, Bujold E. Early administration of low dose aspirin for the prevention of preterm and term pre-eclampsia: a systematic review and meta-analysis. Fetal Diagn Ther 2012; 31: 141 – 146.

LES DERNIERS RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ELFE

La première journée scientifique de l'étude Elfe (Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance) à destination des chercheurs et partenaires institutionnels, qui s'est déroulée le 13 mars dernier à Paris, a été l'occasion pour l'unité mixte Elfe (Ined, Inserm, Etablissement Français du Sang) de présenter certains résultats de projets de recherche basés sur les données de la cohorte Elfe, comme l'exposition des femmes enceintes aux polluants de l'environnement, les pratiques d'allaitement maternel et la diversification alimentaire.

Par Catherine Charles

POLLUANTS ET FEMMES ENCEINTES : EXPOSITION EN BAISSE

L'étude Elfe montre que l'exposition des femmes enceintes à des polluants de l'environnement (plomb, mercure et bisphénol A ou BPA) est en baisse. Concernant l'exposition au plomb (dosage dans le sang du cordon ombilical), la concentration moyenne était de 8,30µg (microgrammes) par litre de sang, soit un taux inférieur à ceux constatés en France et en Europe depuis les années 1990. Une baisse notamment due à l'interdiction de l'essence plombée. Concernant l'exposition au mercure (dosage dans les cheveux), le taux était en moyenne de 0,40µg/g de cheveux pour près de 98% des mères : Un taux inférieur ou équivalent à celui mesuré dans de précédentes études réalisées en France et en Europe, mais supérieur à ceux mesurés aux Etats-Unis. Enfin, en ce qui concerne l'exposition au BPA (dosage dans les urines lors de l'admission à la maternité), plus de 90% des futures mères présentaient des concentrations détectables, avec une moyenne de 0,70µg/L. Des résultats inférieurs à ceux mesurés dans les précédentes études, notamment dus à la substitution progressive du BPA dans les matières plastiques en contact avec les denrées alimentaires.

ALLAITEMENT MATERNEL : UNE DURÉE ÉLOIGNÉE DES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

Les analyses de l'étude Elfe dévoilent que la durée d'allaitement maternel en France reste très éloignée des 6 mois recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et suggère que les limites à l'allaitement prolongé sont associées à la situation familiale, à la situation vis-à-vis de l'emploi et à des facteurs liés à l'éducation et à la culture.

Les résultats apportent de précieux éléments pour mieux cibler les mères qui cessent d'allaiter précocement et permettent d'orienter les actions de promotion de l'allaitement maternel. Ainsi, parmi les 70% de mères ayant initié un allaitement à la maternité, la médiane de la durée totale d'allaitement est de 17 semaines (lait maternel et autres laits infantiles) et de 7 semaines pour l'allaitement maternel exclusif. Seuls 19,2 % des enfants reçoivent encore du lait maternel à l'âge de 6 mois, dont 9,9% de manière exclusive.

Par ailleurs, la durée totale d'allaitement est plus courte chez les mères âgées de moins de 30 ans, vivant seules, ayant un faible niveau d'études ou ayant repris le travail moins de 10 semaines après l'accouchement. La durée de l'allaitement est également plus courte pour les jumeaux, les prématurés ou les bébés de petit poids à la naissance (mois 2.5 kg). Il en est de même pour les nourrissons nés par césarienne ou pour ceux ayant été transférés en raison d'un état de santé précaire. En revanche, l'allaitement est plus long chez les mères cadres (par rapport aux mères employées), en congé parental ainsi que chez celles ayant suivi des séances de préparation à la naissance. Il est également plus long lorsque les pères ont assisté à l'accouchement.

DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE : ÂGE MOYEN 5,2 MOIS

Selon l'étude Elfe, l'âge moyen des bébés au moment de la diversification alimentaire est de 5,2 mois en France. 88% des parents commencent la diversification alimentaire de leur bébé avant l'âge de 6 mois et 26% avant 4 mois, alors que l'Organisation Mondiale de la Santé recommande un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois, puis l'introduction d'aliments "de complément" et la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans.

Les critères déterminants d'une diversification avant 4 mois sont notamment un allaitement plus court, des mères plus jeunes, un niveau d'étude plus faible, des mères n'ayant pas fait de séances de préparation à l'accouchement ou encore le tabagisme maternel.

À propos de l'étude Elfe

Elfe est la première étude longitudinale française d'envergure nationale lancée en 2007 et consacrée au suivi des enfants de la naissance à l'âge adulte. Plus de 18.000 enfants nés en France métropolitaine en 2011 ont été inclus dans l'étude, ce qui représente 1 enfant sur 50 parmi les naissances de 2011.

Plus d'info : www.elfe-france.fr

RENCONTRE AVEC UNE **SAGE-FEMME IRANIENNE**

Echanger, partager, PDSF a décidé de rencontrer des consœurs et confrères à travers le monde. De belles rencontres en perspective ! Pour ce numéro, Narjes Shiraghaei, sage-femme , consultante en gynécologie-obstétrique, formatrice et présidente de l'association des sages-femmes de Mazandaran, en Iran, prend la parole...

Propos recueillis et traduits par G. Dahan-Tarrasona

PDSF: **Pourriez-vous, vous présenter, décrire votre parcours professionnel ?**

Narjes Shiraghaei : Je travaille en tant que formatrice et consultante sage-femme en gynécologie-obstétrique en Iran depuis 2007. Mon travail est basé sur l'*Evidence Based Midwifery*.

Les sages-femmes me connaissent en tant qu'auteure du livre *Is it safe in pregnancy?* traduit en langue persane et il est le premier du genre ayant reçu des éloges de mamans et collègues. J'ai écrit quelques articles pour des revues médicales, participé en tant que conférencière à des événements médicaux. J'ai mon propre site web: www.shianeh.com, en persan, traitant de la santé des femmes et des soins prénataux, de ce qu'une femme devrait savoir sur elle-même, sur les faits scientifiques et médicaux.

Ma passion pour l'amélioration de la santé des femmes en Iran m'a poussée à exercer sur le terrain pendant 10 ans.

J'ai eu l'occasion d'aider de nombreuses femmes et familles en organisant des ateliers de prévention pour la santé et d'éducation sexuelle. J'en ai fait un véritable défi, je suis déterminée à poursuivre ces actions pour aider encore les femmes iraniennes et sensibiliser toute la population.

PDSF : **Quelle est la formation pour devenir sage-femme en Iran?**

NS : L'enseignement universitaire de sage-femme en Iran remonte à 96 ans. Actuellement les femmes souhaitant devenir sage-femme doivent passer l'examen d'entrée à l'université et seules les femmes peuvent se présenter. Il faut 4 ans pour obtenir un diplôme de sage-femme (135 unités en 8 semestres). Les universités iraniennes acceptent de 1150 à 1250 étudiants par année pour obtenir la licence et plus de 110 pour entreprendre une maîtrise. Des améliorations futures permettront de suivre des cours pour obtenir un doctorat.

« La plupart des maternités iraniennes, publiques ou privées, sont incapables de gérer le travail physiologique comme elles le devraient. »

PDSF : **Quelles sont les conditions de travail à l'hôpital?**

NS : Dans les hôpitaux publics, la durée de travail est de 44 heures par semaine. À l'heure actuelle, une problématique persiste, la plupart des maternités iraniennes, publiques ou privées, sont incapables de gérer le travail physiologique comme elles le devraient. Ceci entraîne des interventions inutiles de la part des médecins, qui au moindre signe de complication sont prêts à stopper le processus d'accouchement, de peur de poursuites en cas d'incident. Mais les choses sont en train de changer, grâce à une prise de conscience des femmes iraniennes qui jusque-là demandaient une césarienne tant elles redoutaient la douleur et les séquelles physiques d'un accouchement voie basse. Les sages-femmes doivent d'ailleurs travailler en ce sens pour réduire le taux de césarienne. Malheureusement, nous avons beaucoup de sages-femmes au chômage en Iran. Par contre, nous n'avons pas la possibilité d'exporter nos talents à l'étranger, à cause des problèmes politiques. En effet, malgré nos études approfondies qui nous permettraient d'occuper des postes qualifiés, les tensions politiques nous interdisent de disposer de visa pour exercer dans des pays de l'Union Européenne, mais également dans les pays du golfe persique. Dans ces pays frontaliers, ils emploient des sages-femmes étrangères ayant une formation très courte, parfois de pays assez lointains mais surtout pas d'iranienne, nous n'avons donc pas d'autre choix que de subir ! Je pense

que le soutien d'associations, comme l'ICM (International Confederation of Midwives), nous serait bénéfique pour nous aider à améliorer les conditions de travail des sages-femmes en Iran.

PDSF : Quels sont les différents modes d'exercice en Iran?

NS : Les sages-femmes ont une connaissance approfondie des maladies des femmes et des diagnostics différentiels, elles sont aptes à gérer les situations d'urgence.
Différentes possibilités permettent d'exercer ; les sages-femmes peuvent travailler dans les centres médicaux gérés par le ministère de la Santé où elles s'occupent des femmes enceintes, des soins postnataux et des soins aux jeunes enfants. Elles exerçaient aussi autrefois en planning familial, aboli avec la nouvelle politique gouvernementale (NDLR : suite à la baisse de la natalité dans les années 90 - période durant laquelle les hommes et les femmes devaient suivre des cours leur enseignant la contraception avant de pouvoir obtenir un certificat de mariage, où les préservatifs étaient gratuits dans les cliniques et hôpitaux de tout le pays et les pilules contraceptives largement disponibles dans toutes les pharmacies d'Iran. En 2010 le président de la république, pour relancer la natalité, décide de supprimer le financement par l'Etat du programme de planning familial qui avait permis jusque-là à des millions de femmes d'accéder aux contraceptions modernes et à coût réduit. Il interdit aussi en 2014 les formes de contraception permanente).
Elles ont aussi la possibilité d'enseigner à l'université, dans des hôpitaux universitaires ou dans les centres de formation. Elles peuvent être employées en tant que sage-femme ou expertes médicales en milieu hospitalier, en tant qu'infirmière dans une maternité ou dans un bloc opératoire spécifique aux femmes. Des sages-femmes exercent aussi dans les centres d'infertilité et les centres de recherche.

« Je pense que le soutien d'associations, comme l'ICM (International Confederation of Midwives), nous serait bénéfique pour nous aider à améliorer les conditions de travail des sages-femmes en Iran. »

PDSF : Existe-t-il des sages-femmes indépendantes en Iran? Pouvez-vous en dire plus sur cette activité ?

NS : Les sages-femmes iraniennes ont la possibilité d'exercer en libéral mais les conditions de travail ne sont pas idéales.
De nombreuses sages-femmes louent des bureaux privés pour proposer des consultations aux femmes enceintes, des conseils sur la santé, la sexualité... Mais les loyers de ces locaux privés sont coûteux, générant de faibles revenus pour les sages-femmes.
Il y a des contradictions dans la définition des droits et devoirs associés à la profession. Les sages-femmes doivent également se former tout au long de leur carrière, ce qui est aussi onéreux. Malheureusement, le gouvernement n'a pas été en mesure de leur offrir des opportunités conformes à leurs capacités.

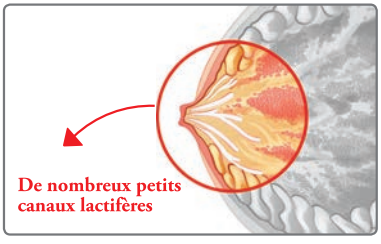
PDSF : Une remarque, réflexion concernant les sages-femmes ?

NS: Je crois fermement qu'une plus grande communication avec les sages-femmes dans le monde est absolument essentielle à la profession. À mon avis, si mes collègues peuvent entendre les expériences d'autres sages-femmes, demander leurs opinions, elles pourraient se servir de ces échanges pour améliorer leurs pratiques. Et puis cela permettrait de créer un lien, de se sentir moins seules ! Le métier de sage-femme est basé sur la science, mais c'est aussi un art : Il faut de la passion ! Les sages-femmes sont mères de toutes les races humaines !

Le nouveau biberon qui offre des sensations plus naturelles

L'allaitement est et demeure la meilleure manière de nourrir un bébé. Depuis plus de 60 ans, NUK apporte son soutien à l'allaitement en proposant des produits de haute qualité. Toutefois, dans certaines situations, il arrive que les mères ne puissent pas allaiter au sein. C'est dans ces cas-là qu'un biberon de qualité est indispensable pour offrir une solution d'allaitement mixte optimale, c'est à dire qui permet de donner à son enfant à la fois du lait maternel et d'autres aliments. Mais la conception de ce biberon doit reproduire le plus possible les sensations naturelles de l'allaitement, pour que la tétée se déroule de manière la plus naturelle possible et que le bébé digère mieux.

Le biberon NUK Nature Sense a été conçu sur la base de la recherche scientifique selon laquelle le nombre de micro-canaux lactifères dans les seins en lactation est spécifique à chaque mère. Ainsi, selon la récente étude de l'Université de Munster, les mères qui allaitent au sein ont, en moyenne, 7,6 canaux lactifères actifs, voire dans certains cas 16 canaux actifs. De plus, le nombre de canaux lactifères actifs augmente à chaque nouvelle naissance. Ces conclusions scientifiques constituent la base de la nouvelle tétine NUK Nature Sense, doté de plusieurs micro-perçages. Ceux-ci répliquent les canaux lactifères du sein de la mère et reproduisent des sensations naturelles qui assurent un débit de tétée régulier et naturel.



La tétine idéale quels que soient l'âge et la nourriture de bébé. Les tétines NUK Nature Sense sont munies d'un nombre variable de micro-perçages qui permettent au lait, mais aussi à d'autres liquides plus épais, de s'écouler normalement. Et au fur et à mesure de la croissance du bébé, la tétine peut être remplacée par une tétine dont la taille est adaptée à la cavité buccale des bébés de 0-6 mois et de 6-18 mois. Flexibles, les tétines en silicone sont particulièrement résistantes à la chaleur et à l'usure, et elle ne dégage aucune odeur et n'ont aucun goût. Le biberon en polypropylène (PP) de haute qualité ne contient pas de bisphénol A et il est inaltérable.

Naturellement convaincant – et donc naturellement recommandé. Le nouveau biberon NUK Nature Sense a été conçu en étroite collaboration avec des sages-femmes et des pédiatres et, avant sa commercialisation, il a été testé par des mères et leurs bébés. Consultés sur le nouveau biberon NUK Nature Sense, les experts ont confirmé en particulier qu'il présente les propriétés fondamentales d'un biberon de qualité. De plus, ils ont déclaré qu'ils recommanderaient ce biberon aux mères qui ne veulent pas ou ne peuvent pas allaiter au sein, ainsi qu'aux mères qui optent pour un allaitement mixte. Faites-vous une opinion en testant le nouveau biberon.

Principales caractéristiques du biberon NUK Nature Sense :

- **Les nombreux micro-perçages** reproduisent les canaux lactifères du sein d'une mère et garantissent un débit naturel et régulier..
- **La zone extra douce** est particulièrement souple et s'adapte à la bouche du bébé de la même manière qu'au sein maternel.
- **La base élargie et souple de la tétine** offre une sensation de succion naturelle dès que bébé y pose ses lèvres.
- **Le système de ventilation anti-colique innovant de NUK** permet au liquide de s'écouler de manière constante et de réduire la quantité d'air avalée par le bébé et d'améliorer ainsi sa digestion.

Testé par les mamans :

99% recommandent le nouveau biberon NUK Nature Sense.

98% estiment que les micro-perçages créent une expérience de tétée plus naturelle.

92% des bébés acceptent la nouvelle tétine NUK Nature Sense.

Recommandé par les pédiatres et les sages-femmes :

96% confirment que le flux du liquide est similaire au flux des seins.

98% confirment la souplesse de la tétine et une sensation au toucher presque identique à celle du sein de la mère.

*Etude indépendante en Allemagne, 2016

« SAGE-FEMME » : QUAND LA PROFESSION EST EN TÊTE D'AFFICHE

PDSF a assisté à l'avant-première du film de Martin Provost « Sage-femme », au cinéma Le Chambord, à Marseille. Pour une fois que la profession s'invite à l'affiche, impossible de rater l'évènement. Questions-réponses de Catherine Frot et Martin Provost lors du débat post-projection.

Un film, c'est comme une grossesse et un accouchement. Comment s'est-il passé ?

Catherine Frot (CF) : Oui c'est vrai, à chaque fois, c'est de la création. Un enfant aussi, c'est de la création. Effectivement, je m'attache beaucoup à mes personnages, je suis souvent investie par eux et j'adore la notion de me transformer légèrement pour aller vers quelqu'un que je ne connais pas, mais qui va faire vivre un film. Pour rentrer dans la peau de Claire, la sage-femme, Il a fallu faire un travail d'humilité, de simplicité, de sincérité et d'intériorité. C'est cela qui m'a attiré. Surtout face à Catherine Deneuve où Béatrice, son personnage, est extraverti, un peu débridé, voire un peu inconscient. C'est cette opposition-là qui m'a intéressée et plu dans ce film.

Comment se sent-on lorsqu'on est dans la peau d'une sage-femme ?

CF : On a tourné en Belgique parce qu'en France nous n'avons pas le droit de filmer des bébés avant l'âge de 3 mois. On était à Liège et on a vu plusieurs accouchements. Ce qui m'a marqué, ce sont les deux sages-femmes, qui regardaient sur l'écran les prises que l'on réalisait. Elles pleuraient parce qu'elles me voyaient dans leur rôle. J'ai trouvé cela étonnant ! À part ça, c'est étrange, j'ai dû être froide à l'intérieur pour pouvoir le vivre. C'est comme si je n'avais rien ressenti pour être capable de le faire, de réaliser les gestes, c'est très bizarre. Il fallait que je sois absolument insensible. C'est une expérience unique. Quand on est acteur, on se retrouve dans des métiers improbables. J'ai eu peur au début. J'aime bien que dans ce film, il y ait au départ quelque chose de brute, presque documentaire. Ce n'était pas du jeu, je faisais les choses comme une sage-femme. Il ne s'agissait pas d'être actrice, c'était autre chose.
Puis petit à petit, on rentre dans le romanesque du film, dans la vraie fiction, j'aime bien ce passage-là.

« On a assisté à 6 accouchements, Catherine ne les a pas effectués complètement mais elle a accueilli tous les bébés. »

Martin Provost (MP) : On était tous derrière, c'était un moment intense, très fort, elle a été très courageuse. On a assisté à six accouchements, Catherine ne les a pas effectués complètement mais elle a accueilli tous les bébés.

La vie puis la mort. Pourquoi un des personnages meurt à la fin ?

MP : J'ai le sang d'une sage-femme dans les veines - une sage-femme m'a sauvé à la naissance en me donnant son sang et m'a permis de vivre- et évoquer la mort ne me pose pas de problème.
Une sage-femme m'a raconté il n'y a pas si longtemps, qu'autrefois les sages-femmes ouvraient

© Michaël Crotto

la porte de la vie mais la fermaient aussi. Elles accompagnaient les mourants. Je pense que c'est un petit peu la même chose, entre l'ouverture vers la vie et la fermeture vers la mort. Ce qui se passe entre les deux nous permet de nous préparer à quelque chose qui est dans l'ordre des choses et à quelque chose qu'on ne connaît pas. C'est la vie et ce qu'il peut y avoir après...

Sortie en DVD le : 26/07/2017

DES SAGES-FEMMES ONT VU LE FILM

Louise :

Claire est sage-femme, dans une petite maternité de banlieue parisienne qui projette de fermer prochainement. Son dévouement dans son métier se reflète aussi dans sa vie personnelle... Ressurgit alors dans sa vie Béatrice, une femme qui a vécu avec son père, mais qui l'a quitté, changeant irrémédiablement le destin de Claire. L'intrusion de ce personnage fantasque, frivole et égoïste, va perturber Claire, déjà en plein remaniement personnel et professionnel... La sage-femme donne la vie, c'est un passage autant pour l'enfant à naître que pour les parents... Le personnage de Béatrice, tout aussi agaçant pour Claire qu'attachant, va la chambouler en la ramenant dans un passé tant bien que mal oublié.
Ici, la sage-femme va renaître et se libérer au contact de son opposée, qui, de son côté, se rend compte qu'en brûlant la vie par les deux bouts est passée à côté de choses importantes... un échange intense entre deux femmes, une rencontre cinématographique entre deux monstres du cinéma français... Un film d'une profonde sincérité sur les qualités humaines des personnes qui donnent leur vie pour les autres parfois de manière bien différente...

Géraldine :

Dans ce film où la transmission est le fil rouge, la vie, la mort s'entremêlent. Pourtant c'est l'épanouissement de Claire qui triomphera dans un petit jardin où il fait bon vivre... Ce film est une ode à la vie, à la liberté.

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

PERTURBATEURS ENDOCRINIENS, COMMENT S'EN PRÉMUNIR ?

Bisphénol A, phtalates, parabens, triclosan, pesticides... la liste des perturbateurs endocriniens est longue et leurs effets sur la santé aussi ! Dans cet ouvrage préfacé par Michèle Rivasi, Députée européenne, l'auteure Isabelle Doumenc, naturopathe, fait le point sur les perturbateurs endocriniens les plus dangereux de notre environnement et les dérèglements qu'ils peuvent occasionner. Ces substances sont en effet capables d'interférer avec le système hormonal, d'où leur nom, ce qui explique la recrudescence des maladies chroniques (obésité, diabète...), des cancers et des troubles de la reproduction et ont des répercutions sur le fœtus et la santé de l'enfant à naître et même sur sa descendance. L'auteure propose ainsi des solutions faciles et accessibles à tous pour agir au quotidien, remplacer et éviter au maximum ces substances, particulièrement pour les personnes à risque que sont les femmes enceintes et les bébés.

Perturbateurs endocriniens, une bombe à retardement pour nos enfants de Isabelle Doumenc – Ed. Larousse – 15,95 €

QUAND IVG FORCÉE RIMAIT AVEC COULEUR DE PEAU

Dans les années 1960-1970, l'État français encourage l'avortement et la contraception dans les départements d'outre-mer alors même qu'il les interdit et les criminalise en France métropolitaine. Comment expliquer de telles disparités ? Partant du cas emblématique de La Réunion où, en juin 1970, des milliers d'avortements et de stérilisations sans consentement pratiqués par des médecins blancs sont rendus publics, l'auteure Françoise Vergès, Historienne et Politologue, retrace la politique de gestion du ventre des femmes, stigmatisées en raison de la couleur de leur peau. En s'appuyant sur les notions de genre, de race, de classe dans une ère postcoloniale, l'auteure entend faire la lumière sur l'histoire mutilée de ces femmes, héritée d'un système esclavagiste, colonialiste et capitaliste encore largement ignoré aujourd'hui.

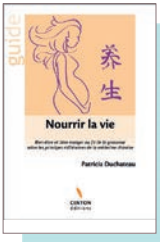
Le Ventre des femmes de Françoise Vergès – Ed. Albin Michel – 20,00 €

BIEN ACCUEILLIR LES FUTURS PÈRES

Un regard scientifique sur les compétences du nouveau-né. Alors qu'à la naissance, le bien-être physique de l'enfant constitue la préoccupation première des parents, sa perception et sa compréhension de l'environnement sont déconsidérées.

Après plus de soixante ans de recherches sur les compétences du nouveau-né âgé de quelques heures, certains préjugés demeurent malgré les études qui attestent la continuité transnatale entre la période fœtale sensorielle et motrice et les performances à la naissance. Néanmoins, le nouveau-né ne découvre et partage notre monde que grâce à la vision, qui entre en jeu au début de la vie postnatale. Son environnement devient alors complexe car constitué de stimulations diverses (auditives, tactiles, visuelles...). Comment le nouveau-né intègre-t-il ces informations? De quels moyens dispose-t-il pour commencer sa nouvelle vie ? Dans cet ouvrage, Arlette Stréri, Professeur de psychologie du développement de l'enfant, expose les diverses façons dont le nouveau-né a été observé scientifiquement appuyées par les résultats de différentes études.

Ce nouveau-né qui est en nous de Arlette Stréri – Ed. Hermann – 22,00 €



L'ACCOMPAGNEMENT BIENVEILLANT D'UNE SAGE-FEMME

L'auteure Patricia Duchateau, Sage-femme diplômée en acupuncture, rencontre des femmes enceintes dans le cadre de consultations prénatales. Elle connaît leurs préoccupations et a pleinement conscience de l'importance du "bien manger". C'est cette expérience qui lui a permis de faire un ouvrage accessible et pratique, qui s'adresse directement aux femmes enceintes dans leur quotidien. Formée à l'acupuncture appliquée à l'obstétrique, passionnée de diététique, elle s'est inspirée des fondements théoriques millénaires de la médecine chinoise pour élaborer des petits plats. Autour de recettes faciles à réaliser, ce livre permet de comprendre comment la médecine chinoise a pensé l'importance d'une alimentation de qualité pour le bon déroulement de la grossesse, "*car en diététique chinoise, il ne s'agit pas uniquement de manger correctement, mais de nourrir subtilement la vie en soi*".

Nourrir la vie de Patricia Duchateau – Ed. Centon – 10,00 €
Avec le code PDSF, frais de port offert, pour commande sur le site centon.net

UN ACCOMPAGNEMENT MAIN DANS LA MAIN !

Dans cet ouvrage, Anna Roy, Sage-femme titulaire à la maternité des Bluets à Paris, apporte de nombreuses réponses (plus de 300) aux questions les plus fréquemment posées par les femmes enceintes autour de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat. Les questions sont très variées autour de la santé, mais aussi administratives en passant par celles que les futures mamans n'osent pas poser.

Sage-femme : dis-moi tout ! de Anna Roy – Ed. Leduc – 16,00 €

DANS MON SMARTPHONE DE PRO

L'ÉCHOGRAPHIE À PORTÉE DE MAIN !

La société Philips a conçu une application, baptisée Lumify et dédiée aux professionnels de santé, permettant de réaliser des échographies via un Smartphone. Pour bien interpréter l'imagerie, Philips souhaite former les professionnels de santé afin qu'ils puissent comprendre la signification des multiples nuances de gris et de couleurs qui s'affichent sur l'écran. L'appli sera disponible en juin et uniquement sur Android, car la sonde qui l'accompagne nécessite une quantité d'énergie électrique que les terminaux iOS ne peuvent pas fournir.
www.lumify.philips.com

À noter dans vos agendas

Du 7 au 10 juin 2017 – Paris

2es journées d'imagerie de la femme & du fœtus

→ *Inscription & informations : www.jiff.fr*

9 juin 2017 – Marseille

Journée Marseillaise de la Reproduction - Actualités en IVG et Contraception

→ *Inscription & informations : www.jmr-marseille.com*

Du 15 au 17 juin 2017 Marseille

Société d'imagerie de la femme Marseille

→ *Inscription & informations : sifem2017.com*

Du 28 au 30 juin 2017 Antibes- Juan-Les-Pins

15e Congrès international de gynécologie-obstétrique et reproduction de la Côte d'Azur

→ *Inscription & informations : www.gynazur.eu*

Du 7 au 9 juillet 2017 – Lyon

The 3rd International Neonatology Association Conference

→ *Inscription & informations : 2017.worldneonatology.com*

Du 7 au 9 septembre 2017 Marseille

7es Rencontres à 2 mains

→ *Inscription et informations : ra2m.fr*

30 septembre 2017 – Paris

Journées d'actualités en néonatologie

→ *Inscription & informations : www.infocongres.com*

LA RÉTROSPECTIVE : 22E JOURNÉES DE MÉDECINE FŒTALE

• 22-25 mars 2017

Après 21 années passées à Morzine, c'est dans la ville de la bouillabaisse, à Marseille, que ce sont déroulées les 22e journées de Médecine fœtale du 22 au 25 mars 2017. Le changement de lieu n'a en aucun cas entravé la qualité et la pluridisciplinarité des présentations. Entre le quiz sur le cœur fœtal, l'analyse du cerveau, les dopplers obstétricaux, etc, PDSF est ravi d'avoir été convié à cet évènement prestigieux réunissant les férus d'échographie.

topaze télévitale

ON S'OCCUPE DE VOUS COMME VOUS PRENEZ SOIN D'EUX !

100% adapté & développé pour les sages-femmes !

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

www.topaze.com

N° Vert 0 800 629 926

éductyl®

Tartrate acide de potassium, bicarbonate de sodium
SUPPOSITOIRE EFFERVESCENT

ADULTES

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

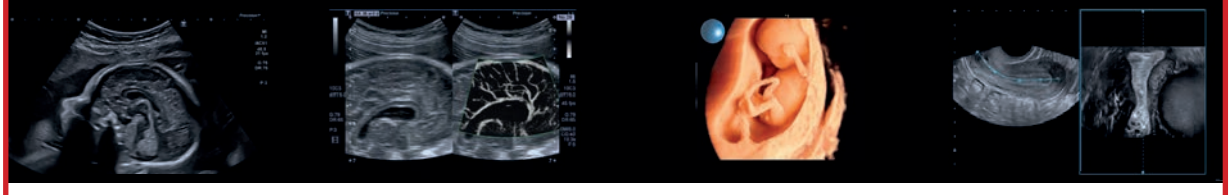
DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT : EDUCTYL® ADULTES, suppositoire effervescent. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE : Tartrate acide de potassium : 1,150 g, bicarbonate de sodium : 0,700 g pour un suppositoire. Voir la liste complète des excipients. **FORME PHARMACEUTIQUE :** Suppositoire effervescent. **DONNÉES CLINIQUES : Indications thérapeutiques :** EDUCTYL® ADULTES est indiqué chez les adultes dans : - le traitement symptomatique de la constipation notamment en cas de dyschésie rectale. - la préparation aux examens endoscopiques du rectum. **Posologie et mode d'administration :** Adulte : un suppositoire quelques minutes avant le moment choisi pour l'exonération. **Contre indications :** - Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des constituants. - Syndrome douloureux abdominal de cause indéterminée et inflammatoire (rectocolite ulcéreuse, maladie de Crohn…). **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi : Mises en garde spéciales :** Une utilisation prolongée doit être déconseillée. Le traitement médicamenteux de la constipation n'est qu'un adjuvant au traitement hygiéno-diététique : - Enrichissement de l'alimentation en fibres végétales et en boissons ; - Conseils d'activité physique et de rééducation de l'exonération. **Précautions d'emploi :** Il est préférable de ne pas utiliser EDUCTYL® dans le cas de poussées hémorroïdaires, de fissures anales, de rectocolite hémorragique. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions :** Les données disponibles à ce jour ne laissent pas supposer l'existence d'interactions cliniquement significatives. **Grossesse et allaitement :** Compte tenu des données disponibles, l'utilisation chez la femme enceinte ou qui allaite est possible ponctuellement. **Effets indésirables :** Un usage prolongé peut donner lieu à des sensations de brûlures anales et exceptionnellement des rectites congestives. Déclaration des effets indésirables suspectés : La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance - Site internet : www.ansm.sante.fr. **Surdosage :** Aucun cas de surdosage n'a été rapporté. Cependant un usage prolongé risque d'entraîner des brûlures anales et des rectites congestives (voir rubrique «Effets indésirables»). **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES : Propriétés pharmacodynamiques :** Classe pharmacothérapeutique : AUTRES LAXATIFS, code ATC : A06AX02. Les principes actifs en milieu humide libèrent environ 100 ml de gaz carbonique au niveau du rectum. Le volume de gaz carbonique dégagé augmente la pression intrarectale sur les muqueuses sensibles et reproduit ainsi le mécanisme de déclenchement du réflexe exonérateur. **DONNÉES PHARMACEUTIQUES : Liste des excipients :** Lécithine de soja, talc, glycérides hémisynthétiques solides. **Durée de conservation :** 2 ans. **Précautions particulières de conservation :** À conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité. **Nature et contenu de l'emballage extérieur :** Plaquette thermoformée (polyéthylène / chlorure de polyvinyle / polyvinyl acétate)de 12 suppositoires effervescents. **Précautions particulières d'élimination et de manipulation :** Pas d'exigences particulières. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ : LABORATOIRES TECHNI-PHARMA** - 7, rue de l'Industrie - BP 717 - 98014 MONACO CEDEX - Tél. : 00 377 92 05 75 10. **NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** 3400930348444 : 12 suppositoires sous plaquettes thermoformées (polyéthylène / chlorure de polyvinyle / polyvinyl acétate). **DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/ DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION :** 1991 / 2011. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE :** Mars 2015. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE :** Médicament non soumis à prescription médicale, remboursé Séc. Soc. à 30% dans le traitement symptomatique de la constipation notamment en cas de dyschésie rectale collect., 1,50 € (CTJ : 0,125 €).

Nukléus 02/2017 - Visa N° 15/04/68550890/PM/001 - PUB-03-01-0415-1

TOSHIBA MEDICAL

Made For life

Toshiba accompagne les sages femmes et leurs patientes dans le suivi de grossesse.
Gagnez en confiance, étendez vos possibilités.



L'imagerie composée Precision+ et Aplipure+ améliore la résolution de contraste et spaciale pour offrir un rendu au plus proche de l'anatomie fœtale.

- La technologie SMI repousse les limites de l'analyse des flux sanguins en accédant à la micro vascularisation de basse vitesse jusqu'à présent indétectable en échographie de diagnostic.
- Le mode Luminance offre des rendus 3D naturels de qualité et haute définition.
- Explorez la vie intra-uterine dès le premier trimestre en profitant de détails et de profondeur.
- Naviguez avec aisance dans l'anatomie utérine grâce aux différents mode de reconstruction 3D.

APLIO I series sont des dispositifs médicaux d'imagerie diagnostique ultrasonore de classe IIa destinés à être utilisés par un professionnel de santé qualifié.
APLIO I series son adaptés au diagnostic ultrasonore adulte, pédiatrique et néonatal, et dispose de nombreux modes de visualisation qui leurs permettent de répondre à tout type d'applications, en particulier : Imagerie générale (abdomen, parties molles, endocavitaire…), Gynécologie, obstétrique, Cardiologie, Vasculaire. Evaluation de la conformité CE par l'organisme de certification TUV Rheinland (0197).
Fabriqué par TOSHIBA MEDICAL Systems. Pour un usage correct du dispositif médical, nous vous invitons à lire attentivement les instructions fournies dans les manuels d'utilisation.
Pour la situation au regard du remboursement par les organismes d'assurance maladie, consultez les modalités sur www.ameli.fr - Date d'édition 02/06/2017