

PAROLE ^{DE} SAGES-FEMMES

Numéro 22 • Automne 2017

LE MAGAZINE QUI VOUS DONNE LA PAROLE

IVG
EN LÉGÈRE
BAISSE

RENCONTRE

**PATRICIA
DUCHATEAU**
AUTEURE DE L'OUVRAGE
« NOURRIR LA VIE »

INTERNATIONAL

EN ROUTE VERS
L'ANGLETERRE !
AVEC **EMILIE LACQUEMENT**

POLLUANTS ET GROSSESSE

**LES PREMIERS
RÉSULTATS DE
L'ÉTUDE PELAGIE**

ENTRE PROS

ICTÈRE DU
NOUVEAU-NÉ :
VIGILANCE AVEC
LES SORTIES
PRÉCOCES

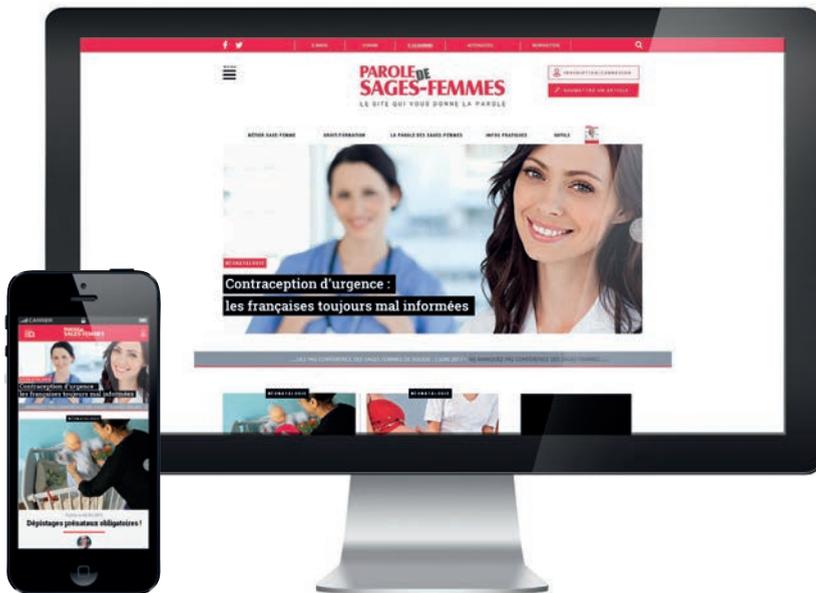
DOSSIER

MICROBIOTE ET PROBIOTIQUES

- LE CHARME DISCRET DU MICROBIOTE : CE QUE LES SAGES-FEMMES DOIVENT SAVOIR
- SOS MICROBIOTE : 8 PISTES POUR LE PRÉSERVER
- LES PROBIOTIQUES : UNE SOLUTION POUR OPTIMISER LE MICROBIOTE DES NOURRISSONS ?

PAROLE ^{DE} SAGES-FEMMES

LANCE LE 1^{ER} SITE D'INFORMATION ET D'ACCOMPAGNEMENT
PAR ET POUR LES SAGES-FEMMES



INSCRIVEZ VOUS POUR AVOIR ACCÈS GRATUITEMENT À :

- **des dossiers thématiques complets :** gynécologie, obstétrique, néonatalogie et pédiatrie,
- **des vidéos de formations, l'e-mags, les actualités de la profession** en France et à l'international, **les nouveautés médicales** et un **forum** dédié.

Ce site donne la parole aux sages-femmes. N'hésitez pas à nous rejoindre en tant que chroniqueuse pour échanger et partager vos expériences !

WWW.PAROLEDESAGESFEMMES.COM



ÉDITO

ET SI ON CHOUCOUTAIT LA FLORE INTESTINALE DES MÈRES ET DES BÉBÉS ?

Connaissez-vous le best-seller littéraire de Giulia Enders : « *Le charme discret de l'intestin* » ? Un ouvrage passionnant qui nous livre les secrets de cet organe colonisé par des milliards de bactéries. Ces micro-organismes constituent un monde fantastique : le microbiote.

Pour ce numéro, un dossier lui est consacré. Pourquoi le mettre sur un piédestal ? Tout simplement parce qu'il conditionne la santé des mères et des nourrissons. D'ailleurs, vous trouverez quelques pistes de prise en charge pour préserver leur microbiote, aussi prévenir certaines maladies inflammatoires et chroniques. Et les scientifiques n'ont pas fini d'en parler, des études florissent et montrent même des liens possibles entre ces bactéries et les troubles psychiques...

Si l'apport des probiotiques joue un rôle clé, un microbiote diversifié passe d'abord par une alimentation saine et variée. En ce sens, Patricia Duchateau, sage-femme acupunctrice, nous présente dans la rubrique « rencontre » son livre « Nourrir la vie » dans lequel elle explique les grands principes du « bien-manger » selon la diététique chinoise.

Une alimentation saine, c'est une nourriture exemptée de pesticides. D'ailleurs, l'étude PELAGIE (Perturbateurs Endocriniens : Etude Longitudinale sur les Anomalie de la grossesse, l'Infertilité et l'Enfance) démontre l'effet négatif de plusieurs polluants, pesticides, chez les enfants dont les mères ont été exposées pendant la grossesse. Dans ce numéro, vous trouverez les premiers résultats de l'étude.

« *Que l'alimentation soit ton médicament* », Hippocrate n'avait pas tort et cela ne date pas d'hier !

Bonne lecture à vous !

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

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 22

3 Édito

ACTUS

5 Actus France :

Polémiques autour des violences obstétricales ! • Promouvoir le peau à peau... Vaccination obligatoire pour les sages-femmes • Suspension du marquage CE de l'implant Essure • Dons d'ovocyte : éclairer le dialogue avec les patientes... • Le rôle primordial des sages-femmes... • Génotypage rhésus fœtal... désormais remboursé ! Panorama des maternités • PRADO : l'ONSSF dénonce le non-respect du protocole

10 Actus Monde :

Monde : IVG interdit dans une vingtaine de pays. 1 enfant sur 10 n'a reçu aucun vaccin en 2016. **USA** : accouchement à domicile et contre-indication. **Belgique** : des bars "amis des bébés" ! **Chine** : forte baisse de l'allaitement maternel.

12 À la loupe :

IVG en légère baisse pour la troisième année consécutive

14 Rencontre :

Nutrition et grossesse : L'accompagnement bienveillant d'une sage-femme... avec Patricia Duchateau

GROSSESSE & ACCOUCHEMENT

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

Episode-3 : Syndrome du canal carpien : des alternatives pour le soulager ?

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

20 Hémorragie du post-partum : Testez-vous !

DOSSIER : MICROBIOTE ET PROBIOTIQUES

24 Le charme discret du microbiote : ce que les sages-femmes doivent savoir

26 SOS microbiote 8 pistes pour le préserver

28 Les probiotiques : une solution pour optimiser le microbiote des nourrissons ?

ÉTUDE

32 Polluants et grossesse : quel impact sur la santé ?

ENTRE PROS

36 Ictère du nouveau-né : vigilance avec les sorties précoces !

PROFESSION SAGE-FEMME

38 Sage-femme internationale :

En route vers l'Angleterre ! avec Emilie Lacquement

40 Dans ma bibliothèque de pro

42 À noter dans vos agendas

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Rédaction

Directrice de la publication
Leslie Sawicka

Rédactrice en chef

Géraldine Dahan Tarrasona

Journalistes

Catherine Charles,
Clémence Guillossou,
Marie Vermeil,
Candice Satara-Bartko.

Réalisation

Direction artistique

Matthieu Boz

Maquettiste

Nilay Cosquer

Photographies

Fotolia, Shutterstock

DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS

Sonia Zibi

sonia.zibi@mayanegroup
06 60 50 73 77

Stagiaire

Pauline Sonde

Remerciements :

Patricia Duchateau
Tereza Dutriaux
Dr Thierry Harvey
Emilie Lacquement

Parole de sages-femmes est

édité par la SARL Mayane

Communication au capital

de 7 700 €

Siège social :

49 rue Marius AUFAN

92300 Levallois-Perret

RCS 75017 Paris B 479454829

Dépôt légal : 2017

ISBN : 978-2-9527526-2-6

Parole de sages-femmes

est un numéro spécial

de *Parole de Maman*

à la Commission paritaire n°0619K88929

Mayane|group

49 rue Marius AUFAN

92300 Levallois-Perret

Tel. : 01 55 65 05 50

contact@mayanegroup.com



POLÉMIQUES AUTOUR DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES !

Dans une lettre ouverte adressée en juillet dernier à Marlène Schiappa, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) conteste les données portant sur les violences obstétricales annoncées par la secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes. Dans le cadre d'une demande au Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) de produire un rapport permettant un état des lieux pour quantifier et identifier les problématiques liées aux violences obstétricales, la secrétaire d'État a ainsi déclaré que le taux d'épisiotomie en France était de 75 %. Un chiffre réfuté par le Collège qui, en se basant sur la dernière évaluation officielle et publique réalisée en 2010, précise que ce taux est de 27%. Marlène Schiappa, qui souhaite "largement" associer les gynécologues obstétriciens au rapport du HCE a déclaré que "les disparités de ressentis sont réelles entre les femmes et les obstétriciens, qui consacrent leur vie à la santé des femmes. Il n'appartient pas au gouvernement de dire quelle est la réalité des chiffres, mais d'apporter une réponse aux femmes qui font part de leur souffrance. La considération qui est évidemment due aux professionnels de santé, en première ligne, ne doit pas entraver la nécessité de lever

des sujets tabous comme les violences obstétricales". Selon la secrétaire d'État, de très nombreux témoignages de femmes handicapées victimes de violences obstétricales ont été rapportés par l'association Femmes pour le Dire, Femmes pour Agir.

Pour le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes, le rapport annoncé par Marlène Schiappa sur ce thème apparaît comme une "nécessité". L'Ordre espère ainsi que son élaboration "constituera une occasion de définir de façon plus précise le sujet des violences obstétricales, d'identifier les axes d'amélioration pour y remédier et de repenser de façon globale l'organisation des maternités, en leur allouant notamment les moyens humains nécessaires et en donnant aux femmes la place centrale qui leur est due lors de leur grossesse et de leur accouchement". Le Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France (SYNGOF) a pour sa part demandé au Premier ministre la démission de la secrétaire d'État en mettant en avant son "amateurisme" que le syndicat considère comme une "faute grave" ébranlant "la crédibilité du gouvernement". Enfin, le Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane) s'est dit prêt à être auditionné par le HCE et à faire des propositions pour lutter contre le phénomène des violences obstétricales.

Plus d'info. : www.cngof.fr



Promouvoir le peau à peau...

L'association Sparadrapp a réalisé un film pour former les professionnels et promouvoir le peau à peau (position kangourou) en maternité et dans les services de néonatalogie.

Ce film présente les bénéfices de cette méthode et la façon de la pratiquer en toute sécurité autour d'interviews de professionnels, de parents et de scènes de mises en peau à peau tournées dans des maternités. 500 DVD ont ainsi été envoyés gratuitement aux maternités. Pour l'association, ce film devrait "rassurer les parents et encourager les équipes à implanter et développer cette pratique".

Créée en 1993 par des parents et des professionnels de santé, l'association Sparadrapp a pour objectif d'améliorer le parcours de soin des enfants et des adultes notamment en favorisant une meilleure prise en charge de la douleur et en valorisant le rôle des proches.

DVD "Que du bonheur... Le peau à peau en néonatalogie" en vente sur www.sparadrapp.org (30,00 €)



VACCINATION OBLIGATOIRE POUR LES SAGES-FEMMES

Alors que la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, et de nombreuses sociétés médicales et scientifiques se sont récemment positionnées en faveur de l'extension de l'obligation vaccinale chez l'enfant, le Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes souhaite également y apporter son soutien. La ministre envisage que 11 vaccins pour nourrissons (coqueluche, hépatite B, rougeole, oreillons, rubéole, méningocoque C...) deviennent obligatoires, contre trois actuellement (diphtérie, tétanos et polio), et ce pour une durée limitée de 5 à 10 ans. Par ailleurs, l'Ordre estime que la vaccination, notamment contre la grippe et la coqueluche, devrait également être obligatoire pour les sages-femmes. *"En effet, ces professionnels sont en contact quasi quotidien avec des femmes enceintes et des nouveau-nés, des publics particulièrement sensibles à certaines infections. Ainsi, les sages-femmes peuvent être vecteurs d'infections qui peuvent s'avérer dramatiques : la grippe chez une femme enceinte peut entraîner l'arrêt de la grossesse tandis que la coqueluche provoque des décès chez les nouveau-nés"*. Alors que les sages-femmes viennent d'acquérir des compétences leur autorisant à vacciner l'entourage de la femme enceinte et du nouveau-né, l'Ordre estime qu'il est logique et cohérent que ces professionnels soient eux-mêmes vaccinés.

Notons que selon un récent sondage, 50% des Français sont opposés à l'idée de rendre 11 vaccins infantiles obligatoires. La première raison invoquée par 28% des réfractaires est que cette obligation servirait avant tout les intérêts de l'industrie pharmaceutique. Par ailleurs, 1 Français sur 4 estime que les risques encourus sont supérieurs aux bénéfiques.

**Sondage réalisé par l'institut d'études Odoxa les 12 et 13 juillet 2017 via Internet auprès d'un échantillon de 1.011 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.*

SUSPENSION DU MARQUAGE CE DE L'IMPLANT ESSURE

Le dispositif médical implantable de stérilisation définitive Essure, commercialisé par la société Bayer Pharma AG et mis en cause par certaines femmes en raison d'effets indésirables, fait désormais l'objet d'une suspension temporaire de son marquage CE, dans le cadre de sa procédure de renouvellement, pour une période de 90 jours, soit du 3 août au 2 novembre 2017. Ainsi durant cette période, le dispositif Essure ne peut plus être commercialisé sur le marché français et européen. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a demandé à Bayer Pharma AG de procéder au rappel des produits en stock auprès de tous les établissements de santé.

Pour les femmes porteuses d'un implant Essure, l'Agence rappelle que la surveillance et les résultats de l'étude épidémiologique, portant sur plus de 100.000 femmes, ne remettaient pas en cause la balance bénéfique/risque de cet implant. Les femmes présentant des symptômes doivent consulter leur médecin pour un éventuel retrait du dispositif, en revanche pour celles n'ayant pas de symptômes, ce qui représente l'immense majorité, précise l'ANSM, il n'y a aucun argument à ce jour pour conseiller le retrait.

Plus d'info. : www.anism.sante.fr

Dons d'ovocyte : éclairer le dialogue avec les patientes...

Aujourd'hui en France, le nombre de donneuses d'ovocytes n'est pas suffisant pour répondre à la demande des nombreux couples concernés. Près de 900 nouveaux couples s'inscrivent chaque année sur les listes d'attente. De ce fait, les délais pour accéder au don d'ovocytes peuvent atteindre plusieurs années et certains couples sont alors tentés de partir à l'étranger pour bénéficier d'un don plus rapidement. Pour prendre en charge tous les couples en attente, il faudrait au moins 900 donneuses supplémentaires. Pour faire évoluer cette situation, l'Agence de Biomédecine a créé une brochure pour les professionnels de santé rappelant les grands principes et les différentes étapes liés au don d'ovocytes, des informations visant à "éclairer le dialogue avec des patientes potentiellement donneuses".

Brochure "Le don d'ovocytes - Parlons-en !" téléchargeable sur www.agence-biomedecine.fr (rubrique : commande de brochure en bas de la page d'accueil).



LE RÔLE PRIMORDIAL DES SAGES-FEMMES...

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a publié un nouveau dépliant mettant en avant les compétences de la profession, telles que la grossesse et l'accouchement, le suivi gynécologique, la prescription d'une contraception aux femmes en bonne santé, la prescription et la pratique des IVG médicamenteuses, la prescription des vaccins et des substituts nicotiniques à l'entourage de la femme enceinte et du nouveau-né ou encore l'implication de la profession dans l'expérimentation des maisons de naissance...

Dépliant "Il n'y a pas d'âge pour consulter votre sage-femme" téléchargeable sur www.ordre-sages-femmes.fr



Génotypage rhésus foetal... désormais remboursé !

La décision, attendue depuis 2011, du remboursement de cet examen biologique par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, a été publiée au Journal Officiel du 22 juin dernier. Prenant place dans la stratégie de la prévention de l'immunisation rhésus, elle permet ainsi à toutes les femmes enceintes rhésus négatif de bénéficier d'une prise en charge de cet examen prescrit par les gynécologues-obstétriciens et sages-femmes, depuis le 13 juillet 2017. La détermination du génotypage rhésus foetal nécessite un simple prélèvement de sang périphérique chez la patiente. Le prélèvement est réalisé à partir de 11 SA pour une première détermination. En cas de résultat négatif, un contrôle est recommandé. Il doit être réalisé au moins 15 jours après la première détermination (sauf en cas de terme avancé), et au-delà de 18 SA.

Plus d'info. : www.cngof.fr

Panorama des maternités

- Le nombre de maternités est passé de 1369 en 1975 à 814 en 1996, pour s'établir à 506 en 2015 en France métropolitaine (hors Service de Santé des Armées-SSA).
- Le taux d'utilisation des lits des maternités est passé de 22 à 47 accouchements annuels par lit en moyenne entre 1975 et 2015. Parallèlement, la durée moyenne de séjour a diminué en passant de 8 jours en 1975 à moins de 5 jours en 2015. Les accouchements représentent 63% des séjours en service obstétrique.
- En 2015, près de 40% des maternités de France métropolitaine (hors SSA) ont réalisé au moins 1500 accouchements dans l'année, contre 13% en 1996. Une maternité de type 1 effectue en moyenne 795 accouchements par an, une maternité de type 2 en réalise 1700 et 3145 par an pour celle de type 3.
- Le taux de césariennes, en augmentation constante jusqu'en 2007, s'est depuis stabilisé autour de 20%, dont 67% réalisées en urgence et 33% programmées.
- En 2015, la France comptait dans les établissements sanitaires 14839 sages-femmes, soit une progression de 0,2% par rapport à 2014.

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) - Rapport : Les établissements de santé - Edition 2017 publié en juin 2017.



PRADO : L'ONSSF DÉNONCE LE NON-RESPECT DU PROTOCOLE

L'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF) dénonce le non-respect du protocole, mettant en place l'expérimentation PRADO "sortie précoce", signé entre les syndicats professionnels et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM). "Le contact anténatal est absolument nécessaire pour une efficacité du suivi post natal. Or à ce jour, d'après les chiffres présentés par l'UNCAM le 1^{er} juin 2017, seulement 40 % des femmes ont un contact avec une sage-femme en ante natal. Ceci est inacceptable", estime l'Organisation. Le 6 juin dernier, l'ONSSF a ainsi demandé à l'UNCAM que les maternités ne mettant pas en place un contact anténatal avec une sage-femme libérale soient exclues de l'expérimentation. "Nos multiples demandes visant au respect par les caisses d'assurance maladie des critères d'inclusion au PRADO sortie précoce, ne sont pas prises en compte. L'élargissement de la liste des établissements participant à l'expérimentation, se poursuit en dehors de toute concertation avec les professionnels concernés (en libéral et en structure)".

L'ONSSF attire aussi l'attention sur le fait que la prise en charge des sorties précoces de patientes n'ayant pas accouché dans les établissements listés ne permet pas le versement des forfaits de 20,00 ou 25,60 €, des rémunérations qui sont d'ailleurs versées aux sages-femmes avec des délais très longs (3 à 6 mois). "Au regard de l'expérimentation, il apparaît nécessaire de négocier avec l'UNCAM, le versement d'un forfait pour la disponibilité sur le week-end dans le cadre des sorties précoces. En effet la sage-femme s'engage à voir la patiente dans les 24h après sa sortie, ce qui demande une grande disponibilité". Enfin, l'organisme rappelle également que, grâce aux sages-femmes, 148 000 PRADO maternité "sortie standard" ont été réalisés en 2016 ainsi que plus de 15.000 PRADO "sortie précoce", devançant de loin tous les autres PRADO (chirurgie, pneumologie...). "La CNAMTS doit prendre conscience des efforts consentis de tout temps par les sages-femmes, et de leur place dans le paysage de la santé en France".

Plus d'info. : www.onssf.org

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

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

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

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

SIGVARIS

Neuf mois
mes jambes
et moi

www.9moismesjambesetmoi.com

LE SOIN PAR LE TEXTILE ACTIF

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



L'IVG interdit dans une vingtaine de pays

De nombreux pays dans le monde, principalement en Afrique et en Amérique latine, restreignent fortement l'avortement, mais seule une vingtaine d'entre eux l'interdisent totalement. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ces pays sont le Chili, le Salvador, le Nicaragua, le Surinam, Haïti et la République dominicaine sur le continent américain, les Philippines et les îles Palaos en Asie, le Sénégal, la Guinée-Bissau, le Gabon, le Congo, Madagascar, Djibouti et la Mauritanie en Afrique. En Europe, seuls Malte, Andorre, le Vatican et Saint-Marin sont dans ce cas.

Ce sont les femmes d'Europe et d'Amérique du Nord qui bénéficient des législations les plus libérales à l'exception de l'Irlande qui a quitté en 2013 le cercle très restreint des pays européens où l'avortement est totalement interdit, mais ne l'autorise qu'en cas de danger pour la mère. Le viol, l'inceste ou la malformation du fœtus ne sont pas des raisons légales d'avorter, et une telle intervention constitue un crime passible de la prison à vie.

Font également partie des pays européens les plus restrictifs, Chypre et la Pologne, deux états où l'IVG n'est autorisée qu'en cas de problèmes médicaux, de viol ou de malformations du fœtus. À l'automne 2016, le gouvernement conservateur polonais a tenté de limiter encore plus le droit à l'avortement, en ne l'autorisant que si la vie de la mère était en danger, mais a dû y renoncer sous la pression de manifestations.

Source : www.unicef.org

1 enfant sur 10 n'a reçu aucun vaccin en 2016

Selon les dernières données de l'Unicef et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 12 millions de nourrissons à l'échelle mondiale, soit 1 sur 10, n'ont été vaccinés contre aucune maladie en 2016. Cela signifie surtout que ces nourrissons n'ont pas reçu la première dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC) et sont ainsi exposés à un risque sérieux de contracter ces maladies potentiellement mortelles. "Actuellement, la vaccination permet de prévenir de 2 à 3 millions de décès par an causés par la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la rougeole. C'est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces et les plus rentables".



USA Accouchement à domicile et contre-indications

Avec un nombre de naissances programmées à domicile de plus de 37 000, soit 0,94 % des naissances, le taux de mortalité périnatale reste élevé aux Etats-Unis. C'est pourquoi l'American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) a établi une liste de trois contre-indications à l'accouchement à domicile : une présentation non céphalique, les grossesses multiples et les antécédents de césarienne. L'ACOG souligne également que les femmes accouchant à domicile sont plus âgées, ont souvent des enfants de plus de 4 kg et que la naissance intervient plus fréquemment à au moins 41 semaines d'aménorrhée. La mortalité néonatale est significativement plus élevée en cas d'accouchement à domicile avec 12,1 décès/10 000 contre 3,08/10 000 avec l'aide d'une sage-femme hospitalière et 5,09/10 000 avec un obstétricien.

Sources : *American Journal of Obstetrics & Gynecology* et *Journal International de Médecine* (www.jim.fr)



Royaume-Uni Contraception et IVG

Une étude, réalisée par le British Pregnancy Advisory Service (BPAS-Panning familial britannique) auprès de plus de 60500 femmes britanniques, a montré que 51,2 % des femmes interrogées et ayant avorté en 2016 utilisaient un moyen de contraception lorsqu'elles sont tombées enceintes. Selon le BPAS, aucune méthode de contraception n'est efficace à 100%, mais le discours public et certaines initiatives de planification familiale impliquent souvent que l'avortement peut toujours être évité par l'utilisation de la contraception. Cependant, chaque année au Royaume-Uni, 9 femmes sur 100 utilisant la pilule contraceptive, méthode de contraception la plus populaire dans le pays, 6 sur 100 utilisant l'injection de contraceptifs et près de 1 sur 100 utilisant un stérilet, tombent enceintes.

Source : www.bpas.org



Chine Forte baisse de l'allaitement maternel

Les statistiques montrent qu'en Chine, la proportion de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de moins de 6 mois était de 20,8 % en 2013, contre 27,8 % en 2008, soit beaucoup moins que la moyenne mondiale (38%). Selon le Département de la santé maternelle et infantile à la Commission nationale de la santé et de la planification familiale de Chine, 76,8 % des mères chinoises qui reprennent le travail après leur congé de maternité choisissent d'allaiter leurs bébés, mais seulement 28 % d'entre elles sont en mesure de poursuivre cette pratique. Le choix de l'allaitement par les mères chinoises est influencé par de multiples raisons, comme la société, l'environnement, le travail et les facteurs personnels, mais aussi, selon plusieurs experts, par le fait du développement du lait infantile sur le marché chinois : *"Bien que la Chine ait fait un excellent travail pour populariser l'allaitement ces dernières années, la promotion des substituts au lait maternel n'a pas été freinée de manière efficace"*.

Source : *Le Quotidien du Peuple*



Belgique : Des bars "amis des bébés" !

Afin de soutenir les mères qui allaitent, le centre belge d'expertise en maternité Kraamzorg Volle Maan et Bianca Debaets, secrétaire d'Etat à la région bruxelloise et membre du Collège de la Commission communautaire flamande (VGC) lancent la campagne "Allaitement bienvenu". Cette campagne, qui vise à sensibiliser les responsables des cafés, bars et restaurants bruxellois, a pour objectif de faciliter la vie des jeunes mères qui parfois n'osent pas allaiter leur bébé dans un lieu public.

Ainsi, les établissements qui souhaitent signaler que les mères sont les bienvenues pour allaiter leur enfant et ainsi bénéficier du sticker (photo) à apposer sur leur vitrine sont invités à s'inscrire sur le site de Kraamzorg Volle Maan (Expertisecentrum-vollemaan.be). *"Selon certaines enquêtes, il n'y a que 50 % des mères qui osent allaiter dans des espaces publics. Pourtant, plus de 75 % des mères trouvent qu'allaiter dans un espace public devrait être quelque chose de normal"*, a déclaré à cette occasion Bianca Debaets.

Sources : www.ugc.be et www.expertisecentrum-vollemaan.be

IVG EN LÉGÈRE BAISSÉ POUR LA TROISIÈME ANNÉE CONSÉCUTIVE

SELON LE DERNIER RAPPORT DE LA DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), LE NOMBRE D'INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG) RÉALISÉES EN FRANCE EN 2016 S'ÉLEVAIT À 211 900 (VS. 218 100 EN 2015), DONT PLUS DE 13 000 POUR LES DÉPARTEMENTS ET RÉGIONS D'OUTRE-MER (DROM), Y COMPRIS MAYOTTE. EN 2016, LE TAUX DE RECOURS ÉTAIT DE 13,9 IVG POUR 1 000 FEMMES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS EN MÉTROPOLÉ ET DE 25,2 POUR 1 000 DANS LES DÉPARTEMENTS ET RÉGIONS D'OUTRE-MER.

CHAQUE ANNÉE EN FRANCE, ON COMPTE ENVIRON UNE IVG POUR UN PEU MOINS DE QUATRE NAISSANCES.

Par Catherine Charles

UNE BAISSÉ ÉGALEMENT OBSERVÉE CHEZ LES MOINS DE 20 ANS

C'est parmi les 20 à 24 ans que les IVG restent les plus fréquentes (26 femmes sur 1000 en métropole). Chez les moins de 20 ans, 20000 femmes ont eu recours à une IVG en métropole et 1910 dans les DROM, soit 10 femmes sur 1000 en métropole et 23 pour 1.000 dans les DROM. Un taux qui depuis le début des années 2000 reste stable, mais qui évolue selon les âges et baisse en particulier parmi les moins de 20 ans depuis 2010, après avoir fortement augmenté entre 1990 et 2010.

LES ÉCARTS RÉGIONAUX PERDURENT

Au niveau régional, les taux de recours varient du simple au double d'une région métropolitaine à l'autre : de 10,3 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans dans les Pays de la Loire à 20,1 pour 1000 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. En France métropolitaine, les taux de recours à l'IVG sont particulièrement élevés en Île-de-France et dans le Sud (Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse), où ils dépassent 15 IVG pour 1000 femmes. Dans les DROM, les taux de recours sont beaucoup plus élevés qu'en métropole, avec une moyenne supérieure à 25 IVG pour 1000 femmes.

LE NOMBRE D'IVG MÉDICAMENTEUSES PROGRESSE

16,4 % des IVG (26,8 % dans les DROM) ont été réalisées en cabinet libéral en 2016 (y compris les IVG remboursées par les régimes particuliers), et 1,2 % (0,1 % dans les DROM) dans les centres de santé ou les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF), soit 34700 IVG médicamenteuses en métropole et 3.400 dans les DROM. Par ailleurs, 56 % des IVG réalisées en établissement hospitalier sont des IVG médicamenteuses, contre 10% en 1992. L'augmentation progressive du nombre des IVG médicamenteuses en ville ainsi que dans les centres de santé et les CPEF depuis 2009 s'accompagne de la baisse continue du nombre des IVG instrumentales réalisées en établissement hospitalier. Cette baisse a été amorcée en 2001, alors que le nombre des IVG médicamenteuses en établissement de santé a continué d'augmenter jusqu'en 2005 avant de se stabiliser. Globalement, 64 % des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse en métropole (71 % dans les DROM).

« Un taux qui depuis le début des années 2000 reste stable, mais qui évolue selon les âges et baisse en particulier parmi les moins de 20 ans depuis 2010... »

L'indice conjoncturel d'IVG, qui s'élève à 0,52 en 2016, est stable depuis 2006. Cet indice représente le nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie, il ne signifie pas qu'une femme sur deux aura une IVG au cours de sa vie, car un certain nombre de femmes seront concernées plusieurs fois au cours de leur vie féconde. Ainsi, 33 % des femmes ayant recouru à une IVG l'avaient déjà fait au moins une fois auparavant.

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) - Juin 2017 - www.drees.solidarites-sante.gouv.fr

L'ACCOMPAGNEMENT BIENVEILLANT D'UNE SAGE-FEMME...

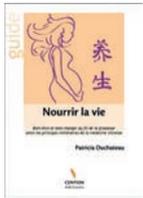
DANS SON LIVRE NOURRIR LA VIE*, PATRICIA DUCHATEAU PRÉSENTE LES GRANDS PRINCIPES DE L'ALIMENTATION SELON LA DIÉTÉTIQUE CHINOISE DE LA FEMME ENCEINTE. EN PROPOSANT DES RECETTES FACILES À RÉALISER, CET OUVRAGE PERMET DE COMPRENDRE COMMENT LA MÉDECINE CHINOISE A PENSÉ L'IMPORTANCE D'UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ POUR LE BON DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE.

Propos recueillis par Catherine Charles

"Il ne s'agit pas uniquement de manger correctement, mais de nourrir subtilement la vie en soi".



Patricia Duchateau, Sage-femme depuis 1990, exerce au Centre hospitalier Intercommunal Elbeuf-Louviers-Val de Reuil. Après vingt années d'exercice en salle de naissance, elle se consacre actuellement à la consultation de suivi des grossesses. Patricia Duchateau pratique également l'acupuncture depuis 2006 et fait partie de l'Association des Sages-Femmes Acupuncteurs du Nord-Ouest (ASFANO).



*Editions Centon,
10,00 €

Pourquoi avez-vous écrit ce livre ?

Patricia Duchateau :

J'ai écrit ce livre pour répondre à l'inquiétude des patientes qui se demandent toujours ce qu'elles peuvent manger pendant la grossesse. J'ai voulu aussi les rassurer par rapport au fait qu'elles croient qu'il y a beaucoup d'interdits dans l'alimentation des futures mamans. Lors de mes consultations, j'ai également découvert qu'il y avait de nombreux déséquilibres alimentaires responsables de prises de poids excessives et de différentes pathologies comme le diabète, la macrosomie fœtale ou encore l'hypertension. L'alimentation reste un excellent outil pour pouvoir maintenir la physiologie de la grossesse. De plus, la pratique de cette diététique maternelle permet de résoudre de nombreux petits maux de la grossesse, comme le reflux, la constipation, les nausées... Ce qui amène également à moins médicaliser les grossesses.

Les recettes que vous proposez sont inspirées des principes millénaires de la médecine chinoise, sur quoi reposent ces principes ?

La pensée chinoise est globalement axée sur le fait que l'Homme est au centre des échanges entre le ciel et la terre, que sa vitalité et son équilibre énergétique sont dus à l'air qu'il respire et à l'alimentation qu'il consomme. Cela est donc la base, c'est-à-dire le Chi, une impulsion de cette énergie qui va nous animer et nous donner vie. En fait, l'équilibre énergétique est la recherche de la santé et être en bonne santé, c'est être en bon équilibre entre le Yin et le Yang. Nous allons donc avoir des aliments Yin et d'autres plutôt Yang et cette recherche consiste à équilibrer les plats, les activités pour avoir à la fois dans la journée des périodes Yin ou Yang. Cela permet aussi un bon équilibre intérieur. Ce qui me paraît très intéressant dans ce que propose la diététique chinoise est le Jing, c'est-à-dire la vitalité que nous donne l'aliment, ce que l'on pourrait appeler les vitamines. L'aliment va ainsi nous transmettre sa vitalité pour soutenir notre propre vitalité. La première recommandation de cette pratique millénaire est de manger des produits de saison qui reçoivent moins de produits phytosanitaires, cultiver dans nos régions et fraîchement récoltés ce qui est un discours complètement actuel et qui répond également à des inquiétudes écologiques.

" L'équilibre énergétique est la recherche de la santé et être en bonne santé, c'est être en bon équilibre entre le Yin et le Yang... "

Je reçois en consultation des patientes jeunes totalement épuisées et je me rends compte que dans leur alimentation elles consomment beaucoup d'aliments conservés depuis longtemps (yaourts aux fruits, conserves...) et peu de produits frais. L'autre élément intéressant dans les principes de la diététique chinoise, c'est l'équilibre des saveurs afin de retrouver le goût des différents aliments. Ainsi, consommer des produits frais permet de redécouvrir toute cette sensorialité et l'on sait aujourd'hui que l'on obtient davantage de satiété en prenant son temps pour manger, pour mastiquer, pour goûter les aliments. Les saveurs vont ainsi venir nous nourrir de manière subtile, mais dès qu'elles sont en excès ou répétitives, elles deviennent toxiques, selon cette diététique, ce que nous observons aujourd'hui avec le sucre par exemple et une forte hausse du diabète chez les femmes enceintes.

En quoi vos recettes sont-elles différentes et quels sont leurs principaux bénéfices ?

Les recettes que je propose apportent un bon équilibre énergétique. Elles favorisent le développement harmonieux du fœtus et maintiennent la mère en bonne santé pendant la grossesse en évitant les carences en fer, en vitamines... La diététique chinoise a déterminé cinq périodes en fonction des besoins fœtaux. J'ai été très étonnée de découvrir qu'au 6ème mois de grossesse, période où nous supplémentons en vitamine D et où le fœtus fixe le calcium sur ses os, la diététique chinoise a dit (il y a 2000 ans !) que les aliments consommés à cette période doivent venir soutenir le développement osseux de l'enfant à naître. La diététique chinoise est ainsi totalement en lien avec les découvertes actuelles et il n'y a aucune incompatibilité. Nos découvertes actuelles ne viennent que soutenir ce qui a été découvert par les chinois il y a 2000 ans. Ces derniers avaient l'obsession de vivre très longtemps et en bonne santé, ils ont approfondi leur connaissance en diététique au point de connaître chaque aliment et leur impact sur les organes (estomac, intestins,

"Je ne privilégie pas certains aliments puisque nous sommes toujours dans une recherche d'équilibre, en revanche je privilégie les sucres lents par rapport aux sucres rapides..."

poumons...). Enfin, pour les recettes proposées dans mon livre, je me suis concentrée sur des produits simples à trouver, peu coûteux, faciles et rapides à préparer.

Les recettes sont-elles destinées à toutes les femmes enceintes ?

PD : Les recettes sont destinées à toutes les femmes enceintes qui ont une grossesse physiologique. Elles sont simples, rapides et très pauvres en sucres rapides. Il est important d'insister sur le fait que ce n'est pas un régime, ce sont des recettes équilibrées valables pour toute la famille et qui amènent à cuisiner des choses simples. Par ailleurs, la grossesse est une bonne période pour les couples de s'investir dans la préparation des repas et de se faire plaisir.

Privilégiez-vous certains aliments ?

PD : Je ne privilégie pas certains aliments puisque nous sommes toujours dans une recherche d'équilibre, en revanche je privilégie les sucres lents par rapport aux sucres rapides. Les sucres lents ont été beaucoup incriminés, notamment concernant la prise de poids, beaucoup de femmes ont ainsi supprimé les céréales, le pain, les féculents... Dans mon livre, je leur propose de réintroduire ces aliments, de favoriser les légumineuses (fèves, haricots blancs ou rouges, lentilles, pois chiches...). Dans une assiette, il faut la moitié de céréales ou légumineuses, un quart de légumes et un quart de viande ou de poisson.

Quelles conseils souhaitez-vous donner aux sages-femmes qui souhaiteraient proposer ce type d'alimentation à leurs patientes ?

PD : La pratique de l'entretien diététique m'a amenée à écouter les patientes avant de leur donner des conseils alimentaires. On découvre ainsi la façon dont elles consomment, car quand on les interroge elles nous disent ce que nous avons envie d'entendre ! Il faut également combattre les idées reçues, comme les bienfaits du jus d'orange au petit déjeuner ou encore que les femmes enceintes ont besoin de calcium. L'assimilation du calcium est



augmentée pendant la grossesse et nous avons en France une alimentation qui n'est pas carencée en calcium. Il est important de dire aussi qu'il ne faut pas se mettre au régime pendant la grossesse, mais proposer une régulation en fonction de ce que la patiente nous a dit sur sa façon de manger et ne pas vouloir changer trop de choses car c'est compliqué de changer notre alimentation qui est imprégnée en nous depuis notre vie foetale. Dans mes recommandations, je propose à mes patientes et en accord avec elles de changer une seule chose, comme de boire de l'eau au lieu des sodas, de consommer des féculents ou des fruits et légumes à volonté et de cuisiner des recettes simples. Il ne faut pas proposer de restrictions, ni s'éloigner de leurs habitudes alimentaires, car manger doit rester un plaisir. Le dernier point sur lequel j'insiste également est de proposer dès le début de la grossesse quelques recommandations alimentaires pour éviter les nausées et vomissements en supprimant les produits crus et les produits froids, car quand elles s'aperçoivent que cela fonctionne, elles adoptent. En qualité de sages-femmes, le cœur de notre métier reste la prévention, la physiologie de la grossesse et j'estime que 80 % de la pathologie en obstétrique pourrait être évitée avec la prévention et un accompagnement nutritionnel dès le début de la grossesse.

CONSTIPATION D'EXONÉRATION



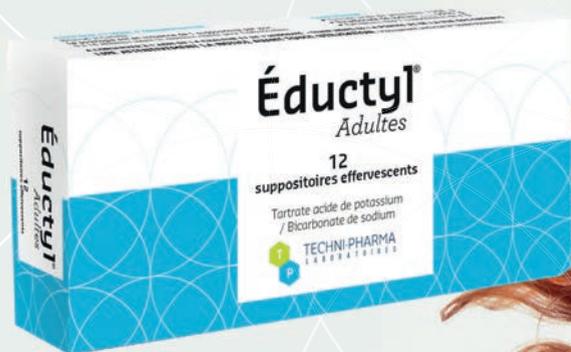
TECHNI-PHARMA
LABORATOIRES

Éductyl[®]

Adultes

SUPPOSITOIRES EFFERVESCENTS

Tartrate acide de potassium
/ Bicarbonate de sodium



DURANT LA GROSSESSE*
À L'ACCOUCHEMENT
EN POST-PARTUM*

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



Les mentions légales de EDUCTYL[®] sont disponibles sur : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

LES MAUX QUI GACHENT LA VIE DES FEMMES

ET DES SAGES-FEMMES

#Episode 3

Syndrome du canal carpien : des alternatives pour le soulager ?

LE SYNDROME DU CANAL CARPIEN EST UNE MANIFESTATION FRÉQUENTE DE LA GROSSESSE, SURTOUT AU 3^E TRIMESTRE. QUAND IL EST DIAGNOSTIQUÉ CLINIQUEMENT, SON INCIDENCE VARIE DE 31% À 62%.

Par G.Dahan-Tarrasona

SYNDROME DU CANAL CARPIEN : ON NE BANALISERA PAS

Rétention d'eau, augmentation de la volémie, modification de la laxité : la grossesse n'épargne pas l'appareil locomoteur des femmes enceintes. Nombreuses se plaignent du syndrome du canal carpien (SCC) généralement au 2^e trimestre et plus majoritairement au 3^e trimestre. Ce syndrome s'explique par la présence d'une infiltration tissulaire réduisant le diamètre du canal carpien et comprimant ainsi le nerf médian du poignet. Cette compression occasionne des douleurs, des paresthésies, des fourmillements au niveau du pouce et des deux premiers doigts de la main. Ces fourmillements peuvent même irradier jusqu'à l'avant-bras, entraînant une perte de force, de préhension, de dextérité, voire même un déficit sensitif. Dans 70 à 80% des cas, l'atteinte est bilatérale et plus marquée du côté dominant. Les symptômes s'aggravent le plus souvent la nuit. Plutôt handicapant, le SCC peut donc

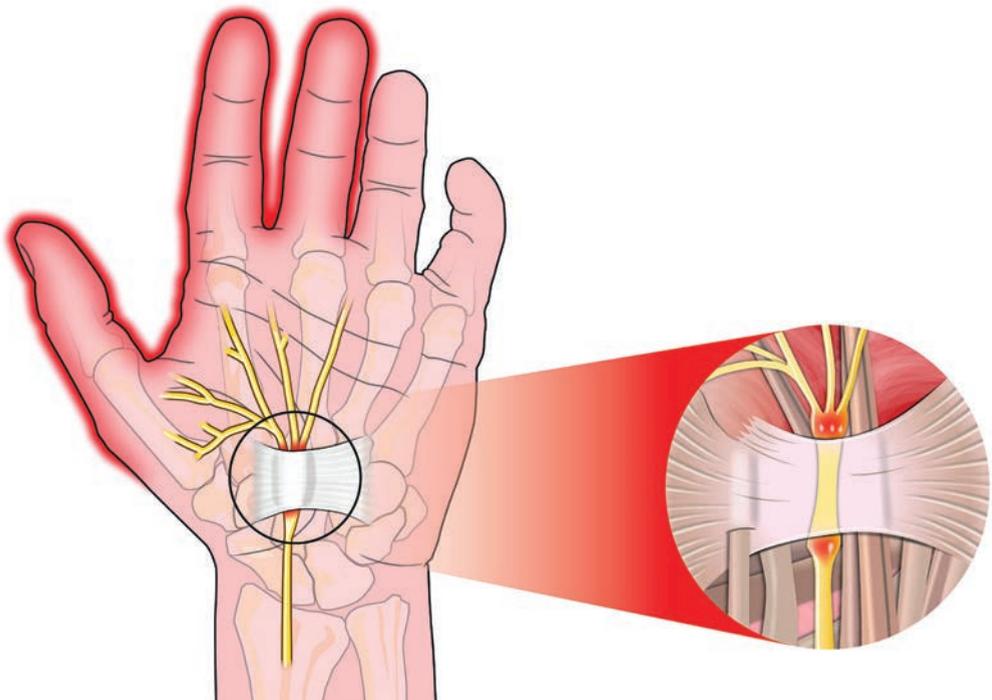
compliquer les gestes du quotidien surtout avec un bébé. Même si dans la plupart des cas, le SCC s'améliore spontanément après l'accouchement, il arrive que les symptômes persistent encore à 1 an dans 50% des cas voire à 3 ans (30 % des cas). De plus, les probabilités de souffrir du SCC et le degré de sévérité peuvent augmenter aussi avec une grossesse ultérieure.

Les alternatives : on y pensera

Les traitements proposés aux patientes souffrant du SCC sont souvent basés sur la modification d'activité physique, avec une mise en repos par le port d'une orthèse, empêchant de plier le poignet et de comprimer le nerf médian. La prescription d'antalgiques et des infiltrations de corticoïdes peuvent être envisageables selon la sévérité des symptômes. Quant à la chirurgie, elle est réservée en cas d'échec du traitement médical.

Mais d'autres options restent aussi possibles comme l'acupuncture et l'homéopathie.

Source : Drs Padua L, DiPasquale A, Pazzaglia C, Liotta GA, Librante A, Mondelli M « Systematic review of pregnancy-related carpal tunnel syndrome » Muscle and Nerve novembre 2010, N°42, vol5, p697-702



Tereza Dutriaux, sage-femme libérale, homéopathe, acupunctrice à Herblay, nous en dit plus sur l'apport de l'homéopathie dans l'indication du SCC.

L'homéopathie est une approche globale du patient : il est traité dans sa globalité physique, psychique et sociale. Le praticien prend en compte le terrain spécifique du patient et les symptômes. Ainsi il met tout en œuvre pour comprendre le fonctionnement du patient qu'il traite et pour définir le ou les médicaments qui lui correspondent le plus précisément, selon son terrain et ses modalités réactionnelles. C'est pourquoi le traitement homéopathique sera toujours composé de spécialités traitant le terrain, puis de médicaments traitant les symptômes.

Les principaux remèdes homéopathiques pour le traitement des symptômes du SCC sont :

- *Ruta graveolens* 5 CH utilisée dans les cas de tendinite du poignet ou de fracture du poignet.
- *Causticum* 5 CH : on retrouve l'association : raideur et paresthésies.
- *Tuberculinum residuum* 4 CH : mêmes indications
- *Rhus toxicodendron* 5 CH : raideur articulaire. Douleurs de dérouillage. Parésies et paresthésies des parties du corps sur lesquelles on est couché.
- *Bryonia* 5 CH : douleur au moindre mouvement. Instauration progressive évolution continue. Désire le calme, l'isolement ; irritabilité.

→ *Viola odorata* 5 CH : douleurs du poignet et des métacarpiens qui irradient vers le bras. Aggravation le matin avant le lever, amélioration après le lever.

→ *Aranea diadema* 5 CH : névralgie survenue après une exposition au froid humide. Aggravée la nuit. Sensation d'engourdissement et d'augmentation de volume du membre supérieur. Prescription au coucher.

On prescrit généralement un ou deux médicaments selon la spécificité des symptômes à raison de trois à cinq granules trois fois par jour jusqu'à amélioration. Le traitement est la plupart du temps prescrit sur un mois, ensuite la patiente est revue pour le réajuster, si besoin.

L'homéopathie a démontré son efficacité seule, elle est souvent plus efficace que le traitement allopathique dont les résultats sont en général décevants. Les patientes sont facilement orientées vers la chirurgie alors que les médecines complémentaires donnent de vrais résultats. L'association homéopathie et acupuncture est notamment très efficace. J'utilise beaucoup l'homéopathie dans ce type de symptôme mais rarement de manière isolée. Je l'associe à l'acupuncture et le retour des patientes est positif avec une amélioration très rapide.

HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM

TESTEZ-VOUS !

L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM (HPP) RESTE ENCORE AUJOURD'HUI LA PREMIÈRE CAUSE DE MORTALITÉ MATERNELLE EN FRANCE. ELLE SURVIENT ESSENTIELLEMENT PAR ATONIE UTÉRINE (54% DES CAS). MALHEUREUSEMENT, ELLE EST AUSSI ÉVITABLE DANS PRÈS DE 80 % DES SITUATIONS, FAUTE DE SOINS OPTIMAUX. RAPPEL DES DERNIÈRES RECOMMANDATIONS À TRAVERS DES CAS CLINIQUES. (DONNÉES ENCMM 2007-2009).

Par G. Dahan-Tarrasona

1 Cette patiente présente-t-elle des facteurs de risque d'HPP ?

Oui Non

2 Administrez-vous de l'oxytocine en prophylaxie quel que soit le niveau de risque ?

Oui Non

3 Vous n'avez pas eu le temps d'injecter de l'oxytocine à cause de la difficulté aux épaules. Administrez-vous immédiatement de l'oxytocine juste après la naissance pour prévenir le risque d'HPP ?

Oui Non

4 La patiente ne s'est pas délivrée 30 minutes après l'accouchement. Elle ne saigne pas :

Vous appelez sans délai l'anesthésiste pour réaliser rapidement une délivrance artificielle sous anesthésie générale.

Vous injectez 5 UI d'oxytocine en intra-funriculaire.

Vous patientez, tout en informant l'équipe anesthésique, afin de réaliser la délivrance artificielle dans l'heure suivant l'accouchement.

CAS CLINIQUE N°1

Prévention de l'HPP lors de la 3^e phase du travail d'un accouchement voie basse (AVB)

Madame F, 41 ans, 1m68, 90 Kg
1^{er} AVB instrumentale en 2009 à 40 SA, garçon de 3900g
2^{ème} AVB en 2012 à 40 SA +3j, fille de 4080g,
HPP sévère (transfusion 2 culots globulaires)
Grossesse actuelle, AVB à 42 SA sans anesthésie péridurale, 11h de travail, poids 4400g appa 7/9/10, difficulté aux épaules résolue par Mac Roberts.



5 La patiente se délivre 45 min après son accouchement. Le placenta paraît complet. Elle ne saigne pas, l'utérus est tonique. Sa tension est 12/7. Son pouls à 82bpm. Comme elle s'est délivrée après 30 min :

- Vous réalisez une Révision Utérine sans délai.
- Vous prélevez un bilan de coagulation et numération plaquettes.
- Vous placez un sac de sable sur le ventre.
- Vous ne faites rien de plus et vous surveillez cette patiente 2 heures en salle de naissances.
- Vous surveillez votre patiente avec un monitoring 4 heures en salle de naissances.

RÉPONSES

- 1** Oui, âge maternel > 40 ans, ATCD d'HPP, travail prolongé, macrosomie
- 2** oui
- 3** oui
- 4** Vous patientez, tout en informant l'équipe anesthésique, afin de réaliser la délivrance artificielle dans l'heure suivant l'accouchement (En l'absence de délivrance spontanée et de saignement, il est recommandé de pratiquer une délivrance artificielle entre 30 et 60 minutes après l'accouchement. Accord professionnel.)
- 5** Vous ne faites rien de plus et vous surveillez cette patiente 2 heures en salle de naissances

Les facteurs de risque (FDR) de l'HPP :

- ➔ *Essentiellement FDR d'atonie utérine*
- ➔ *Les classiques : Antécédent d'HPP, grossesse multiple, Travail long, chorioamniotite, macrosomie, primiparité*
- ➔ *Les potentiellement « modifiables » : oxytocine pendant le travail, extraction instrumentale, épisiotomie, césarienne*

Comme les FDR sont globalement peu prédictifs individuellement, la stratégie de prévention doit s'adresser à toutes les femmes. Elle

réduite de 50% le risque d'HPP et HPP sévère. Cette prévention passe par l'administration d'oxytocine au dégagement des épaules. Si elle n'a pas pu être effectuée à ce moment, il est possible d'administrer l'utérotonique après la naissance voire après la délivrance (5 ou 10 ui en IV ou en IM. Si IV en 1 min s'il n'y a pas de FDR cardiovasculaire et en 5 min en présence de FDR pour limiter les effets hémodynamiques). Par la suite, en l'absence d'HPP, la perfusion d'entretien systématique par oxytocine n'est pas recommandée (accord professionnel).

- 1 Que faites-vous ?
20h16 : après plusieurs expressions utérines les pertes sanguines sont quantifiées à 500ml
- 2 Que faites-vous ?
- 3 À la phase initiale de la prise en charge de l'HPP quelles actions doivent entreprendre l'équipe obstétricale ?
- 4 Que doit faire l'équipe d'anesthésie ?
- 5 La prise en charge initiale devrait être réalisée en combien de temps ?
- 6 Quels sont les éléments indispensables à cette prise en charge ?

CAS CLINIQUE N°2

Prise en charge de l'HPP

Madame M, 28 ans, G1P0, sans FDR d'HPP, AVB à 20H d'un garçon de 3300g

20h04 : Délivrance naturelle et complète

L'expression utérine après la délivrance montre un saignement en jet.

Les points essentiels

- L'HPP est une perte sanguine ≥ 500 ml dans les 24h suivant l'accouchement
- L'HPP sévère est une perte sanguine ≥ 1000 ml dans les 24h suivant l'accouchement
- Urgence thérapeutique
- Multidisciplinarité
- Prise en charge initiale < 30 minutes. Au-delà et dans un contexte d'HPP sévère, il faut opter

pour un traitement de 2^e intention avec la sulprostone (Nalador®), l'utilisation d'acide tranexamique (Exacyl®) pourrait avoir un intérêt même si son intérêt clinique n'a pas été démontré.

- L'HPP entraîne des complications thromboembolique du postpartum (risque $\times 2$ à 5 en cas d'HPP sévère), on pense donc à la prévention avec injection d'anticoagulant et le port de bas de contention.

RÉPONSES

- 1 Mise en place d'un sac de recueil pour établir le diagnostic
- 2 Appel du gynécologue-obstétricien et anesthésiste pour prise en charge de l'HPP
- 3 Sondage évacuateur, RU, examen et suture de la filière génitale (pas d'examen sous valve systématique à ce stade mais certaines situations à risque : accouchement très rapide, extraction instrumentale, macrosomie fœtale, suture difficile). Massage utérin

- 4 **Monitoring, évaluation et maintien de l'hémodynamique** (Objectif: PA moyenne = 60-70 mmHg / PA systolique > 90 mmHg), lutte contre l'hypothermie, anesthésie pour la RU, ocytocine (5 à 10 UI renouvelables, IVL ou IM, puis perfusion d'entretien de 5 à 10 UI/h pendant 2 heures), Antibioprophylaxie pour les gestes endo-utérins recommandée au cours de la prise en charge initiale des hémorragies du post-partum, vérifier validité des AIR

- 5 Moins de 30 minutes

Sources : Recommandations CNGOF 2014

Avec mydpc Matières grises

Retrouvez l'algorithme de la prise d'une HPP après un accouchement voie basse : http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP_VB.pdf

Les échographes de la gamme Xario vous offrent des performances cliniques remarquables dans une plateforme compacte.

Ses performances en imagerie font de notre plateforme **Xario** l'appareil idéal pour l'imagerie de la Femme. Chez Toshiba Medical, nous sommes convaincus qu'une qualité d'image optimale est primordiale pour établir un diagnostic rapide et fiable à chaque trimestre de la grossesse.

La nouvelle série **Xario Platinum** propose une large gamme d'outils pour les applications *Gynéco-Obstétrique*. Les technologies au coeur de ce système ont été conçues pour offrir un haut niveau de précision clinique et une grande facilité d'utilisation pour plus de fiabilité de diagnostic.



Xario

Platinum Series



Precision Imaging et ApliPure+ pour une image plus précise

Les outils d'imagerie Precision+ et ApliPure+ améliorent la résolution de contraste et la définition d'image pour offrir un rendu au plus proche de l'anatomie foetale.



Luminance Imagerie 4D avancée

Le mode Luminance offre des rendus 3D naturels d'une qualité et d'une définition remarquables ; explorez cette nouvelle expérience de profondeur et de détails, et ce dès le premier trimestre.



SMI : L'invisible devient visible

La technologie SMI repousse les limites de l'analyse des flux sanguins en affichant les flux micro-vasculaires de basses vitesses.

« LE CHARME DISCRET » DU MICROBIOTE

LE MICROBIOTE FAIT PARLER DE LUI CES DERNIERS TEMPS. ET POUR CAUSE, DE NOMBREUSES ÉTUDES METTENT EN ÉVIDENCE SON INFLUENCE SUR LA SANTÉ. EN EFFET, UNE FEMME ENCEINTE AVEC UN MICROBIOTE APPAUVRI POURRA LE TRANSMETTRE À SON BÉBÉ CE QUI L'EXPOSERA DAVANTAGE À CERTAINES PATHOLOGIES (ECZÉMA, ASTHME, RHINITE, DIABÈTE DE TYPE 1...).

Par G.Dahan-Tarrasona



Avec **Dr Thierry Harvey**, chef de service de la maternité des Diaconesses, Paris

Qu'est ce qu'un microbiote ?

Le microbiote est un ensemble de micro-organismes vivants, il existe au niveau de la peau, de la bouche, du vagin... Le microbiote intestinal est le plus important d'entre eux avec ces 10^{12} à 10^{14} de micro-organismes, soit 2 à 10 fois plus que le nombre de cellules qui constituent notre corps et pour un poids de presque 2 kilos !

Les principaux micro-organismes présents dans l'intestin sont : *Escherichia coli*, *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Lactobacillus*, *Enterococcus*, *Bifidobacterium*, *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Candida*, *Streptococcus groupe D*. Ce sont des organismes qui dans leur milieu normal ne sont pas nuisibles mais peuvent le devenir lorsqu'ils colonisent d'autres organes. Ils deviennent pathogènes soit parce que les conditions de vie sont très différentes, soit parce que leur hôte est affaibli. C'est le cas de l'*Escherichia coli* qui, hors du gros intestin peut causer des infections telles qu'une

« Depuis quelques années, on soupçonne que le microbiote humain n'est pas étranger à l'apparition ou à l'aggravation de certaines pathologies chroniques comme les maladies auto-immunes »

infection urinaire en cas de migration dans la vessie. De même, lorsque le microbiote normal est réduit, le *Clostridium difficile* peut être responsable d'infections intestinales multiples. En effet, cette bactérie est souvent en cause dans les diarrhées, notamment après traitement antibiotique. Depuis quelques années, on soupçonne que le microbiote humain n'est pas étranger à l'apparition ou à l'aggravation de certaines pathologies chroniques comme les maladies auto-immunes (par exemple les maladies inflammatoires de

l'intestin comme la maladie de Crohn, l'arthrite inflammatoire et le psoriasis) ou les allergies et les intolérances alimentaires, le diabète, voire l'obésité et certains types de cancer. Des données récentes indiqueraient une association possible entre les perturbations du microbiote humain et certaines modifications neurologiques et comportementales.

Jusqu'il n'y a pas si longtemps, on pensait que le microbiote intestinal se constituait exclusivement à la naissance avec une transmission verticale de la mère au bébé lors du passage dans les voies vaginales. Mais une découverte récente va plus loin et met aussi en évidence une possible transmission lors de la grossesse via le placenta par l'existence d'un microbiote placentaire et post-natale, via le lait maternel, avec le microbiote mammaire. Tous deux seraient formés à partir du microbiote intestinal maternel par les cycles entero-placentaires et mammaires.

Pourquoi un microbiote peut-il être altéré ?

La cause la plus fréquente d'un microbiote altéré est la prise d'antibiotique. Il réduit la qualité et la quantité du microbiote sur plusieurs jours à plusieurs semaines. Les espèces initiales sont capables de se rétablir en grande partie, mais des antibiothérapies répétées au cours de la vie pourraient ainsi induire une évolution potentiellement délétère progressive et définitive du microbiote. Aux États-Unis, il a même été observé une corrélation entre les consommations élevées

« La cause la plus fréquente d'un microbiote altéré est la prise d'antibiotique. Il réduit la qualité et la quantité du microbiote sur plusieurs jours à plusieurs semaines. »

d'antibiotiques et l'obésité. Par conséquent, il est important de revoir les indications d'antibiothérapie et d'éliminer les indications dites de « confort ». Aussi, concernant les traitements, il existe des données reliant l'utilisation des inhibiteurs de la pompe à proton dans l'enfance avec une susceptibilité accrue aux gastroentérites aiguës et aux pneumonies communautaires.

Un microbiote appauvri peut également tirer son origine d'un accouchement par césarienne où l'enfant n'a pas été exposé aux bactéries de la flore vaginale maternelle. De même, lorsque le bébé n'a pas été exposé au microbiote du lait maternel.

Néanmoins, il semblerait que l'allaitement maternel, de par son impact sur la diversité du microbiote, pourrait permettre de pallier dans une certaine mesure aux effets de l'antibioprophylaxie et d'améliorer aussi le microbiote des enfants nés par césarienne.

D'autres paramètres interviennent sur la modulation du microbiote intestinal, à savoir la durée de la grossesse, l'environnement familial et le régime alimentaire.

Sources : www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/microbiote-intestinal-et-sante

Underwood MA, German JB, Lebrilla CB, et al. *Bifidobacterium longum subspecies infantis*: champion colonizer of the infant gut. *Pediatr Res* 2015;77:229-35.)

Fanaro, S., Chierici, R., Guerrini, P., & Vigi, V. (2003). Intestinal microflora in early infancy: composition and development. *Acta Paediatrica Supplement*, 92(s441), 48-55.

Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic reviews*, 5, CD003519. doi:10.1002/14651858.CD003519.pub3

Tortora, G. J., Funke, B. R., & Case, C. L. (2012). *Introduction à la microbiologie (2ème éd.)*. Traduction française par L. Martin, Saint-Laurent, Québec : ERPI.

Nauciel, C. (2000). *Bactériologie médicale*. Paris, France : Masson.

Canani RB, Cirillo P, Roggero P, et al. Therapy with gastric acidity inhibitors increases the risk of acute gastroenteritis and community-acquired pneumonia in children. *Pediatrics* 2006;117:e817-20.

SOS MICROBIOTE

8 PISTES POUR LE PRÉSERVER

SI LA GROSSESSE EST UNE PÉRIODE CHARNIÈRE, IL Y A AUSSI L'ACCOUCHEMENT OÙ DES PRATIQUES PEUVENT AMÉLIORER LA PRÉSERVATION DU MICROBIOTE. LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, À TRAVERS LEURS PRATIQUES, PEUVENT INFLUENCER LE MICROBIOTE DE L'ENFANT À VENIR ET DONC SA SANTÉ ULTÉRIEURE. RÉFLÉCHIR SUR DES PERSPECTIVES D'OPTIMISATION DE CELUI-CI S'AVÈRE DONC TOUT À FAIT JUDICIEUX.

Par G.Dahan-Tarrasona

1 Éviter les césariennes de convenance :

La césarienne entraîne un risque plus élevé pour le nouveau-né d'être colonisé par du *Clostridium difficile*. Or, certains auteurs ont également identifié cette bactérie comme pathogène et pouvant être associée à la survenue d'asthme ou d'allergie chez l'enfant.

2 Privilégier l'accouchement voie basse tant qu'il n'y a pas de risque pour la mère et/ou l'enfant :

L'étude de Makino et al. a permis de mettre en évidence cinq espèces de *Bifidobacterium* présentes chez les mères et leurs enfants lors d'un accouchement par voie basse: *Bifidobacterium adolescentis*, *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium catenulatum*, *Bifidobacterium longum subsp. longum* et *Bifidobacterium pseudocatenulatum*. En ce qui concerne les césariennes, une seule espèce est retrouvée chez la mère et l'enfant: *Bifidobacterium longum subsp.* Les enfants nés par voie basse ont tendance à avoir un microbiote intestinal plus riche en *Bifidobacterium*. *Bifidobacterium longum* qui joue un rôle particulièrement important dans la dégradation des oligosaccharides du lait humain.

3 Encourager les sorties précoces dans la mesure du possible :

Une plus longue durée de séjour à l'hôpital augmenterait potentiellement la contamination par des germes pathogènes et la perturbation du microbiote normal.

4 Promouvoir l'allaitement maternel :

Le lait de la mère impacte le microbiote intestinal du bébé et module sa composition intestinal en augmentant la présence des bifidobactéries. Des bactéries clés pour la mise en place d'une flore saine.

De plus si dans certains cas l'utilisation des antibiotiques est incontournable, il est intéressant de garder à l'esprit les résultats de l'étude d'Azad et al. (2016) mettant en avant l'allaitement maternel comme un moyen de pallier, dans une certaine mesure, aux effets de l'antibioprophylaxie.

5 Éviter les désinfections répétées et l'hygiène excessive lors de l'accouchement voie basse :

Ces pratiques peuvent altérer le microbiote. La désinfection vulvaire n'est d'ailleurs pas recommandée lors de l'accouchement (WHO, 2015). Peut-être,

pouvons-nous, nous contenter d'utiliser du savon ou de l'eau pour le maintien de la flore maternelle ? Dans la même optique, l'utilisation de linge personnel pour sécher et emmailloter le nouveau-né à la naissance pourrait être privilégiée. D'autre part, les pratiques systématiques d'aspiration des voies aériennes supérieures et de l'estomac à la naissance pour tous les nouveau-nés sont encore actuelles dans de nombreux hôpitaux. Ses indications méritent d'être repensées afin de préserver l'établissement du microbiote du nouveau-né à la naissance par des germes maternels et de limiter la colonisation par des micro-organismes environnementaux hospitaliers. Enfin, le peau-à-peau dès la naissance doit être encouragé et notamment lors de césarienne.



Quand la césarienne est incontournable : le "Vaginal Seeding"

Ce procédé consiste à placer une compresse dans le vagin maternel, puis à ensemençer l'enfant né par césarienne grâce à cette compresse imbibée de fluide vaginal. Certains établissements le pratiquent déjà, notamment en Autriche (Werzin, 2016). Une récente étude a montré que les bébés nés par césarienne mais exposés aux fluides vaginaux maternels présentaient des bactéries plus riches que les autres. L'étude des échantillons cutanés et oraux permettait même de les classer dans la catégorie « nés par voie basse ». Il s'agit certes d'une toute petite étude dont les résultats méritent d'être confirmés, néanmoins ces

Sources : Van Nimwegen, F. A., Penders, J., Stobberingh, E. E., Postma, D. S., Koppelman, G. H., Kerkhof, M., ...Thijs, C. (2011). Mode and place of delivery, gastrointestinal microbiota, and their influence on asthma and atopy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 128(5), 948-955. doi: 10.1016/j.jaci.2011.07.27

Makino, H., Kushiro, A., Ishikawa, E., Kubota, H., Gawad, A., Sakai, T., ...Tanaka, R. (2013). Mother-to-infant transmission of intestinal bifidobacterial strains has an impact on the early development of vaginally delivered infant's microbiota. *PLoS ONE*, 8(11), 1-10. doi:10.1371/journal.pone.0078331

Azad, M. B., Konya, T., Persaud, R. R., Guttman, D. S., Chari, R. S., Field, C. J., ...Kozyrskyj, A. L. (2016). Impact of maternal intrapartum antibiotics, method of birth and breastfeeding on gut microbiota during the first year of life: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(6), 983-993. doi:10.1111/1471-0528.13601

Werzin, L.-M. (2016, Mai). Comment obtenir une flore intestinale optimale chez l'enfant ? Le microbiome du nouveau-né. Communication présentée au Congrès Suisse des Sages-Femmes, Rorschach, Suisse. *Partial restoration of the microbiota of cesarean-born*

données scientifiques ont tout de même apporté la preuve de principe que les bactéries des enfants nés par césarienne pouvaient être partiellement restaurées. Alors pourquoi ne pourrait-on pas l'envisager en cas de césarienne à froid à membranes intactes et lorsque la mère s'oriente vers allaitement artificiel ?



Penser aux probiotiques pendant la grossesse :

Une étude parue dans le journal of human lactation apporte l'intérêt des probiotiques (*Lactobacilles* et des *Bifidobactéries*) pendant la grossesse. Ils augmenteraient des éléments immunitaires (Ig A, cytokines, TGF bêta-2) dans le cordon ombilical et dans le lait maternel. Ces éléments transmis à l'enfant lors de l'allaitement, vont renforcer son immunité.



Des probiotiques pour les nourrissons ?

Ils peuvent être utilisés pour optimiser leur microbiote et améliorer leur confort digestif, notamment les coliques. Des études ont montré des effets bénéfiques chez les bébés allaités recevant des probiotiques (souche *lactobacillus Reuteri*). Il existe aussi des prébiotiques, en général des oligosaccharides non absorbables favorisant l'émergence de probiotiques qui, présents dans certaines préparations pour nourrissons, améliorent le confort digestif.

infants via vaginal microbial transfer Maria G Dominguez-Bello, Kassandra M De Jesus-Laboy, Jose C Clemente *Nature Medicine* 22, 250-253

Fanaro, S., Chierici, R., Guerrini, P., & Vigi, V. (2003). Intestinal microflora in early infancy: composition and development. *Acta Paediatrica Supplement*, 92(s441), 48-55.

Collado, Maria Carmen, Samuli Rautava, Juhani Aakko, Erika Isolauri, et Seppo Salminen. « Human gut colonisation may be initiated in utero by distinct microbial communities in the placenta and amniotic fluid ». *Scientific Reports* 6 (22 mars 2016): 23129. doi:10.1038/srep23129.

Effects of Synbiotic Supplementation on Breast Milk Levels of IgA, TGF-1, and TGF-2

Leila Nikniaz, PhD, Alireza Ostadrahimi, MD, PhD, Reza Mahdavi, PhD, Mohammad amin Hejazi, PhD, Ghasem Hosseini Salekdeh, PhD, First Published June 20, 2013

Savino et al. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 in Infantile Colic: A randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Pediatric* 2010. 5. Indrio

Savino F, Cresi F, Maccario S, Cavallo F, Dalmasso P, Fanaro S et al. « Minor feeding problems during the first months of life : effect of partially, hydrolysed milk formula containing fructo and galacto-oligosaccharides. *Acta Paediatr* 2003 ; suppl 441 : 86-90.

LES PROBIOTIQUES

UNE SOLUTION POUR OPTIMISER LE MICROBIOTE DES NOURRISSONS ?

QUEL/QUELLE SAGE-FEMME N'A PAS ÉTÉ CONFRONTÉ(E) AUX INQUIÉTUDES DES PARENTS CONCERNANT L'INCONFORT DIGESTIF DE LEUR NOURRISSON ? COLIQUE, CONSTIPATION, RÉGURGITATION, DIARRHÉES ETC, AUTANT DE MAUX QUI LEUR POSENT QUESTION. POUR RÉPONDRE À LEURS INTERROGATIONS, DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : MARC BELLAÏCHE GASTRO-PÉDIATRE, GÉRALDINE DAHAN-TARRASONA, SAGE-FEMME ET NATHALIE SAMAMA, PHARMACIENNE SE SONT RÉUNIS AUTOUR D'UNE TABLE RONDE LE 20 JUIN DERNIER POUR PROPOSER DES SOLUTIONS ET INFORMER LES MAMANS DES ATOUTS DES PROBIOTIQUES EN PRÉVENTIF COMME EN CURATIF.

Par la rédaction

PETIT RAPPEL SUR LES PROBIOTIQUES

Le mot « probiotique » signifie favorable à la vie, il est l'opposé de « antibiotique » conçu pour éradiquer les microbes de notre corps. L'OMS définit les probiotiques comme étant des micro-organismes vivants qui lorsqu'ils sont administrés en quantité suffisante, exercent des effets positifs sur la santé de l'hôte. Ces bactéries ont aujourd'hui démontré leur intérêt dans le développement d'un microbiote bénéfique chez les nourrissons, les enfants et les adultes.

Le rôle des probiotiques est d'aider la flore intestinale à fonctionner correctement et de stimuler les défenses naturelles. Afin d'être efficaces, ils doivent franchir la barrière gastrique et survivre suffisamment longtemps dans l'intestin pour agir.

UNE SOUCHE INTÉRESSANTE

Parmi les probiotiques, une des souches les plus documentées est une bactérie Gram positif du groupe des bactéries lactiques,

« Le rôle des probiotiques est d'aider la flore intestinale à fonctionner correctement et de stimuler les défenses naturelles. »

appelée *Lactobacillus reuteri Protectis*[®] (DSM 17938) (brevetée par le laboratoire BioGaïa AB, commercialisé sous le nom de BioGaïa et disponible sous forme de gouttes ou de comprimés à croquer). Sa spécificité tient du fait que ce *Lactobacillus reuteri Protectis*[®] soit isolé du lait maternel. Il est indigène à l'appareil digestif humain et co-évolue avec l'homme depuis le début des temps. Le *Lactobacillus reuteri Protectis*[®] survit et se développe dans la totalité du tractus digestif pour le coloniser. Il influence ainsi la motilité digestive et permet de réduire les douleurs viscérales par la libération de molécules neuromodulatrices. Il influence aussi le microbiote intestinal par ▶



EN PRATIQUE, DANS QUELLES SITUATIONS CONSEILLER CES PROBIOTIQUES AUX PARENTS ?

- ✓ **Les coliques du nourrisson :** Cet inconfort touche environ 30% des bébés de moins de 4 mois. Des études ont montré une réduction du temps des pleurs (69% dans le groupe *L reuteri Protectis* comparé à 47% placebo après 21 jours de traitement) et une amélioration de la qualité de vie.
- ✓ **Les régurgitations :** Elles sont fréquentes chez le nourrisson en bonne santé, elles relèvent plus d'un souci de développement que d'une pathologie. En améliorant la motilité digestive, ils facilitent la vidange gastrique et diminuent les régurgitations aussi bien chez les bébés à terme que chez les prématurés.
- ✓ **La constipation fonctionnelle :** Près de 40% des enfants souffrant de constipation fonctionnelle développent des symptômes dans leur 1ère année de vie. Les causes possibles sont un problème de motilité digestive et des perturbations du microbiote.
- ✓ **Les diarrhées (d'origine virale, bactérienne, ou liée à la prise d'antibiotique) :** Des études mettent en évidence une réduction de l'épisode de la diarrhée et une amélioration de l'équilibre de la flore intestinale.
- ✓ **En cas de prématurité :** ils réduisent le risque d'entérococolite ulcéro-nécrosante, d'intolérance alimentaire. Des unités de néonatalogie utilisent d'ailleurs dès la naissance le *Lactobacillus reuteri Protectis*®.
- ✓ **En cas de prise d'antibiotique :** ils préviennent du déséquilibre du microbiote et limitent les troubles digestifs.
- ✓ Et une fois de plus, la **prévention** est de mise ! N'oublions pas que la mère transmet son microbiote à son enfant alors la modulation de celui-ci s'anticipe en anténatale notamment dans les situations à risque.

la libération de reuterin, d'acide lactique et d'acide acétique, qui aident à promouvoir la croissance des bactéries bénéfiques et à inhiber les agents pathogènes. Enfin, il permet de renforcer la muqueuse intestinale en renforçant son épithélium et en améliorant la

réponse immunitaire. De nombreuses études cliniques ont démontré les effets significatifs du *Lactobacillus reuteri* *Protectis*® sur la prise en charge des troubles fonctionnels gastro-intestinaux chez les nourrissons et les enfants, y compris chez les prématurés.



Rencontre avec trois experts : Marc Bellaïche gastro-pédiatre, Géraldine Tarrasona Dahan, sage-femme, Nathalie Samama, pharmacienne et des mamans blogueuses pour mieux comprendre les mécanismes des coliques et les solutions pour en venir à bout.

Sources : Casas IA, Dobrogosz WJ. *Lactobacillus reuteri*: Overview of a new probiotic for humans and animals. *Microecology and Therapy*, 1997;26:221-231.
Sinkiewicz Get al. Occurrence of *Lactobacillus reuteri* in human breast milk. *Microb Ecol Health Dis*. 2008;20:122-126.
Reuter G. The *Lactobacillus* and *Bifi dobacterium* microfl ora of the human intestine: composition and succession. *Curr Issues Intest Microbiol* 2001;2:43-53
Walter Jet al. Microbes and Health Sackler Colloquium: Host-microbial symbiosis in the vertebrate gastrointestinal tract and the *L. reuteri* paradigm. *Proc Natl Acad Sci USA*. (PNAS) 2011;108 (Suppl. 1):4645-52.
Szajewska H et al. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 for the management of infantile colic in breastfed infants: A randomized, double-blind, placebocontrolled trial. *J Pediatr*.

2013;162:257-262.
Indrio F, et al. Prophyllactic use of a probiotic in the prevention of colic, regurgitation, and functional constipation. A randomised clinical trial. *JAMA Pediatr*. 2014;168:228-233.
Indrio Fet al. *Lactobacillus reuteri* accelerates gastric emptying and improves regurgitation in infants. *Eur J Clin Invest*. 2011;41:417-422
Indrio F et al. The effects of probiotics on feeding tolerance, bowel habits, and GI motility in preterm newborns. *J Pediatr*. 2008;152:801-806.
Shornikova AV et al. *L reuteri* as a therapeutic agent in acute diarrhoea in young children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1997;24:399-404
Indrio and al. (2009). Effects of probiotic and prebiotic on gastrointestinal motility in newborns. *Physiol Pharmacol*. 2009;60(suppl 6):27-31

BioGaia®

le meilleur ami de leur tranquillité intérieure



Exclusivité du *Lactobacillus reuteri* Protectis®
(*Lactobacillus reuteri* DSM 17938)



130

études cliniques
réalisées sur le **produit fini**
et menées
sur 12300 individus



LA FORCE D'UN FERMENT LACTIQUE BREVETÉ

www.pediact.com

POLLUANTS

ET GROSSESSE

QUEL IMPACT SUR LA SANTÉ ?

L'ÉTUDE INTITULÉE "PERTURBATEURS ENDOCRINIENS : ÉTUDE LONGITUDINALE SUR LES ANOMALIES DE LA GROSSESSE, L'INFERTILITÉ ET L'ENFANCE" (PÉLAGIE)

A ÉTÉ MISE EN PLACE POUR RÉPONDRE AUX PRÉOCCUPATIONS DE SANTÉ, EN PARTICULIER CELLE DES ENFANTS, DUES À LA PRÉSENCE DE COMPOSÉS TOXIQUES DANS NOS ENVIRONNEMENTS QUOTIDIENS. IL S'AGIT D'UN SUIVI D'ENVIRON 3.500 MÈRES-ENFANTS RÉALISÉ EN BRETAGNE DEPUIS 2002.

LES DERNIERS RÉSULTATS, ISSUS DE CETTE ÉTUDE, PORTENT SUR L'EXPOSITION DES FEMMES ENCEINTES AUX POLLUANTS NEUROTOXIQUES, SUR L'IMPACT DE CETTE EXPOSITION SUR LA SANTÉ DES ENFANTS ET SUR LE FAIT QUE LES POLLUANTS ORGANIQUES PERSISTANTS SERAIENT POTENTIELLEMENT RESPONSABLES D'UN ALLONGEMENT DU DÉLAI NÉCESSAIRE À CONCEVOIR UNE GROSSESSE.

Par Catherine Charles

POLLUANTS NEUROTOXIQUES : UNE EXPOSITION RÉGULIÈRE

Les solvants sont des substances ayant la propriété de dissoudre, de diluer ou d'extraire d'autres substances. Ils sont donc présents dans de nombreux produits, comme les peintures, les vernis, les produits d'entretien mais aussi les cosmétiques. Environ 30 % des femmes de l'étude PÉLAGIE ont déclaré avoir une exposition régulière pendant la grossesse sur leur lieu de travail à des produits contenant des solvants. Il s'agit principalement des métiers du secteur de la santé (infirmières, aides-soignantes, sages-femmes), de l'entretien (femmes de ménage), des employées de laboratoire ou encore les métiers de la coiffure/esthétique.

Les insecticides organophosphorés (ou leurs formes dégradées), majoritairement utilisés en agriculture, ont pour leur part été retrouvés dans plus de 90 % des échantillons urinaires des femmes enceintes de l'étude.

POLLUANTS NEUROTOXIQUES : IMPACT SUR LA SANTÉ DES ENFANTS

Les résultats de l'étude indiquent que l'exposition professionnelle aux solvants des mères pendant la grossesse était associée à un comportement non optimal de l'enfant à l'âge de 2 ans, avec plus de troubles de l'attention et d'agressivité.

INSECTICIDE ET FERTILITÉ

Malgré l'interdiction de leur utilisation depuis plusieurs décennies en Europe, les insecticides organochlorés (le DDT par exemple) et les polychlorobiphényles (PCB) sont encore présents dans notre environnement. Ces polluants, appelés POP, sont dits persistants, se dégradent lentement dans l'environnement et peuvent s'accumuler dans les organismes vivants. La population générale est majoritairement exposée à ces polluants par l'alimentation, en particulier par la consommation de produit de la mer,

« Environ 30 % des femmes de l'étude PÉLAGIE ont déclaré avoir une exposition régulière pendant la grossesse sur leur lieu de travail à des produits contenant des solvants. »





Pourquoi privilégier l'alimentation bio ?

Une étude conclut que les produits bio contiennent 4 fois moins de pesticides, moitié moins de cadmium (métal que l'on trouve notamment dans les engrais, les peintures...), plus de 6% de vitamine C et jusqu'à 69 % d'antioxydants en plus par rapport aux produits conventionnels. Il a été démontré que les cas d'hypospadias (malformation du pénis) étaient 2 fois moins nombreux chez les garçons dont les mères consommaient bio.

Source : Baranski M, et al. - "Higher antioxidant and lower cadmium concentrations and lower incidence of pesticide residues in organically grown crops" - B J Nutrition - 2014.

« Compte-tenu de la toxicité de certains POP sur la fonction de reproduction chez l'animal, des préoccupations sur les conséquences possibles sur la fertilité humaine ont été émises. »

de viande, d'œufs et de produits laitiers. Compte-tenu de la toxicité de certains POP sur la fonction de reproduction chez l'animal, des préoccupations sur les conséquences possibles sur la fertilité humaine ont été émises.

Ainsi, près de 400 prélèvements de sang de cordon ombilical ont été analysés dans l'étude PÉLAGIE. 81 % d'entre eux ont révélé la présence de pp'DDE (produit de dégradation du DDT) et la présence de PCB a été observée pour 100 % de ces échantillons.

Par ailleurs, le délai nécessaire à concevoir une grossesse a été calculé pour toutes les femmes de l'étude qui avaient volontairement arrêté

leur contraception pour être enceinte. Pour la moitié d'entre elles, ce délai a été de plus de 3 mois. Les principaux facteurs associés à l'allongement de ce délai étant le fait qu'il s'agissait du premier enfant, le surpoids de la femme et le fait que le couple fumait.

Cependant, les résultats de l'étude PÉLAGIE ont également montré qu'une augmentation des concentrations sanguines de POP, notamment de PCB, était associée à un allongement du délai nécessaire pour concevoir une grossesse. Les chercheurs ont ainsi observé deux fois moins de chances de concevoir (lors d'un cycle menstruel donné) lorsque les concentrations du PCB étaient supérieures à 0,14 µg/L que lorsque qu'elles étaient inférieures à 0,09 µg/L. Selon les chercheurs, le rôle possible des PCB à ces niveaux de contamination environnementale résiduelle sur le délai pour concevoir une grossesse est encore controversé. D'autres études sont donc nécessaires pour confirmer ou non les résultats de l'étude PÉLAGIE.

Plus d'infos. : www.pelagie-inserm.fr



UNE DOUBLE EXIGENCE POUR UNE DOUBLE QUALITÉ

Respect rigoureux des exigences réglementaires

infantile  biologique



LAIT DE VACHE

FORMULE CLASSIQUE



1 2

FORMULE AU BIFIDUS



1 2

FORMULE ÉPAISSIE



1 2

FORMULE CROISSANCE



3

LAIT DE CHÈVRE

FORMULE CLASSIQUE



1 2 3

Lancement du
1^{ER} LAIT INFANTILE FRANÇAIS BIO
il y a plus de 20 ans

Avis important – le lait maternel est l'aliment idéal du nourrisson, répondant au mieux à ses besoins spécifiques. En cas d'utilisation d'une formule infantile, il importe de respecter scrupuleusement les indications de préparation et d'utilisation, et de suivre l'avis du corps médical. Une utilisation abusive ou erronée pourrait présenter un risque pour la santé de l'enfant. Une préparation de suite ne convient qu'à l'alimentation particulière du nourrisson ayant atteint l'âge d'au moins six mois, et doit faire partie d'une alimentation diversifiée. L'introduction des aliments complémentaires ne doit être prise que sur avis du corps médical en fonction des besoins spécifiques du nourrisson.

*La formule Optima est légèrement acidifiée par du bifidus

Document strictement réservé aux professionnels de santé

ICTÈRE DU NOUVEAU-NÉ

VIGILANCE AVEC LES SORTIES PRÉCOCES!

AU COURS DE CES DERNIÈRES ANNÉES NOUS AVONS ASSISTÉ À UN RACCOURCISSEMENT DE LA DURÉE D'HOSPITALISATION EN MATERNITÉ. CELUI-CI A ENTRAÎNÉ UNE AUGMENTATION DE RÉ-HOSPITALISATIONS NÉONATALES, JUSQU'À 10 VOIRE 15 ‰ DES NAISSANCES. PARMIS LES ÉTIOLOGIES, ON NOTE L'ICTÈRE SÉVÈRE. AUTORISER UNE SORTIE PRÉCOCE (AU COURS DES 72 PREMIÈRES HEURES POUR UN ACCOUCHEMENT VOIE BASSE ET 96 PREMIÈRES HEURES POUR UNE CÉSARIENNE) DEVIENT PARFOIS PROBLÉMATIQUE POUR LES PROFESSIONNELS, D'OÙ L'INTÉRÊT DE SAVOIR DÉTECTER LA POPULATION À RISQUE D'ICTÈRE AFIN D'OPTIMISER LA SURVEILLANCE ET LE SUIVI DU NOUVEAU-NÉ.

Par G.Dahan-Tarrasona

« L'ICTÈRE : PREMIÈRE CAUSE D'ENCÉPHALOPATHIE ÉVITABLE »

L'ictère néonatal est un symptôme de l'adaptation post-natale du métabolisme de la bilirubine. Une augmentation de la production de bilirubine par les globules rouges doit faire face à une élimination réduite, en raison de l'immaturité hépatique du nouveau-né. Ce phénomène physiologique et transitoire peut être évolutif sur les 10 à 15 jours qui suivent la naissance. Si cette pathologie concerne 60 à 80% des nouveau-nés, elle doit faire l'objet d'une attention particulière car un ictère mal géré peut donner lieu à une complication dramatique : l'ictère nucléaire, 1ère cause d'encéphalopathie évitable.

UN DÉPISTAGE RIGoureux

Pour prévenir les hyperbilirubinémies sévères, il convient de coordonner un dépistage organisé afin d'identifier les nouveau-nés à risque d'ictère précoce. L'efficacité du dépistage passe par 3 points essentiels :

► D'abord une surveillance quotidienne de l'ictère à l'aide d'un bilirubinomètre Trans-Cutané. Deux mesures doivent être effectuées, en frontal et/ou sternal, avec la valeur la plus élevée retenue. Généralement, la valeur indiquée estime à +/- 35-50 µmoles/L la bilirubinémie sanguines. La bilirubinémie transcutanée (BTC) obtenue est ensuite reportée sur un

nomogramme de référence (Buthani) qui permettra de suivre l'évolution de l'ictère. Si la valeur est supérieure au 75e - 95e percentile et/ou > 250 µmoles/L alors l'indication d'un prélèvement sanguin est envisagée pour déterminer la bilirubine totale, lui seul posera l'indication de photothérapie. En cas de traitement, le bilan est complété par une numération, groupe rhésus, coombs direct, CRP et bilirubinémie conjuguée. Tout professionnel intervenant auprès de l'enfant peut rechercher un « reflet ictérique » mais attention, car il n'estime pas la sévérité de l'ictère et ne relève pas d'une grande fiabilité pour les nouveau-nés à peau foncée.

► Le dépistage passe aussi par l'identification des enfants vulnérables :

- Âge gestationnel < 38 SA
- Situation d'incompatibilité ABO
- ATCD ictère dans la fratrie
- Bosse séro-sanguine, ecchymose, céphalématome
- Origine des grands-parents : Asie, Afrique, Antilles
- Allaitement maternel difficile
- Ictère précoce (≤ 24 h)
- RAI maternelles positives
- ATCD hémolyse familiale
- Perte pondérale > 8%

► Tous les éléments de surveillance doivent être synthétisés pour adapter la prise en charge à la

sortie de la maternité et les parents informés de la surveillance et des éventuels signes d'aggravation (Il existe une brochure, réalisée par la Société Française de Néonatalogie, auxquels les professionnels peuvent recourir pour informer les parents).

SORTIE PRÉCOCE : OUI MAIS...

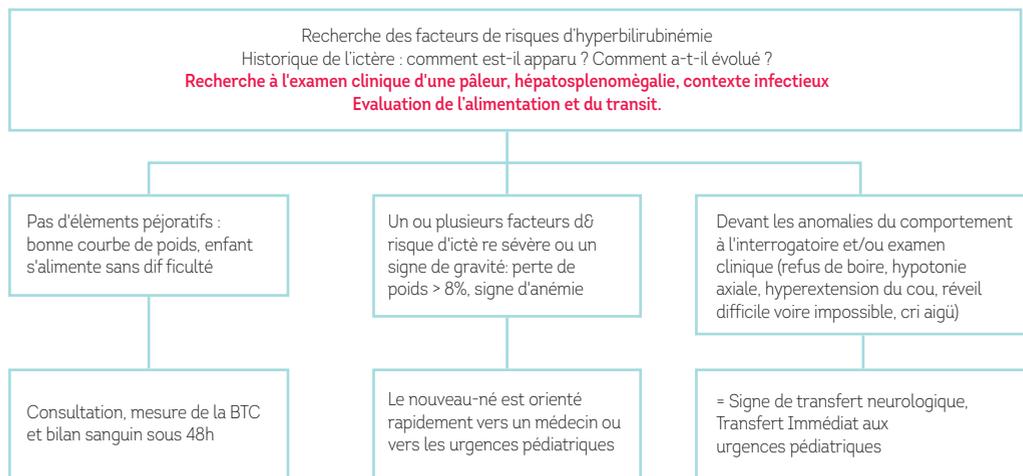
Les conditions optimales de sortie précoce de maternité, recommandées par l'HAS, donnent lieu à des critères précis de nouveau-né à bas risque :

- Nouveau-né à terme ≥ 38 SA, singleton, eutrophe
- Un apgar $>$ à 7 à 5 min
- un examen clinique normal le jour de la sortie
- une alimentation établie
- Vitamine K1 donnée et dépistage néonatale organisé et tracé
- L'absence d'ictère ou BTC < 40 e percentile
- La 1^{ère} visite suivant la sortie dans les 24h, une 2^e visite systématique planifiée selon l'appréciation du professionnel.

En cas d'ictère, il est possible d'envisager une sortie précoce à condition d'assurer des mesures de sécurité

optimales. Ceci repose sur la connaissance des facteurs de risque ainsi que sur le suivi de la courbe évolutive de l'ictère de l'enfant. En effet la cinétique du taux de bilirubine ne doit pas progresser plus rapidement que la courbe de référence. De plus, le taux doit être inférieur au 75^e percentile pour un nouveau-né > 35 SA, sans facteur de risque et pour un nouveau-né ≥ 38 SA, la valeur de la bilirubine totale doit se situer entre le 75^e et 95e percentile. Le pédiatre et la sage-femme devront informer les parents de l'évolution de l'ictère et les sensibiliser sur les signes d'alerte (hypotonie, tétées inefficaces...) pour lesquels ils prendront avis auprès de personnes ressources indiquées par la maternité. Quoiqu'il en soit, une consultation 24h après la sortie est recommandée avec un professionnel de santé qualifié disposant d'un matériel adapté et pouvant demander rapidement un avis spécialisé. On n'oubliera pas de consigner l'évolution de l'ictère et pondérale, les examens réalisés, dans le carnet de santé et/ou la fiche de liaison pour une meilleure continuité du suivi entre le professionnel référent maternité et le professionnel référent suivi.

Fiche mémo : si le nouveau-né est « jaune »



Pour aller plus loin

La Société Française de Néonatalogie a publié les 1ères recommandations pour la pratique clinique dans ce domaine : Ictère à bilirubine non conjuguée du nouveau-né de 35 SA et plus.

Retrouvez les documents relatifs aux recommandations sur : www.societe-francaise-neonatalogie.fr

Sources : Danielsen 2010; Edmonsson MB 2007; Young PC 2013; Madden JM 2004
AAP, Pediatrics 2004 Maisels MJ et al. Pediatrics 2009 Maisels MJ, 2010
Ictère du nouveau-né. Stratégie dans le cadre des sorties précoces. P. Tourneux, A.Bedu, J.Renesme, J.Raignoux, P.Truffert, A.Cortey, pour la Société Française de Néonatalogie.
HAS- Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Méthode recommandation pour la pratique clinique. Mars 2014.

EN ROUTE VERS L'ANGLETERRE !

POUR CELLES ET CEUX QUI RÊVENT D'OFFICIER DE L'AUTRE CÔTÉ DE LA MANCHE, PEUT-ÊTRE OSERONT-ILS SAUTER LE PAS ? RENCONTRE AVEC EMILIE LACQUEMENT, UNE SAGE-FEMME FRANÇAISE RESPONSABLE DE LA SALLE DE NAISSANCE, DU SERVICE DE SUITES DE NAISSANCES ET DE GROSSESSES PATHOLOGIQUES À EPSOM AND ST HELIER NHS TRUS, AU ROYAUME-UNI.

Propos recueillis par G. Dahan-Tarrasona



Emilie Lacquement

Parole de sages-femmes : **Pouvez-vous, vous présenter, décrire votre parcours professionnel? Quelles sont vos particularités ?**

Emilie Laquement : Je suis sage-femme depuis 2004, j'ai tout d'abord exercé dans l'ancienne maternité de Rothschild (Paris 12^e). Ensuite, en 2007, j'ai vécu le déménagement de la maternité de l'hôpital d'Armand-Trousseau (Paris^e), passant d'une maternité de niveau 1 à 3.

En 2008, je décide de me confronter à d'autres pratiques et d'améliorer mon anglais. Je pars alors travailler à Dublin dans une maternité de 7000 accouchements.

Je suis rentrée en France pour des raisons personnelles en 2009 et décide de devenir sage-

femme cadre. Pour cela je rejoins en 2012 la maternité Delafontaine (Saint-Denis, 93) où je suis en charge des consultations obstétriques et gynécologiques ainsi que du centre de PMA. En parallèle, je commence le Master European en Sciences sages-femmes (Université de Glasgow). Ma passion pour la langue anglaise et les pratiques de la sage-femme au Royaume-Uni m'amènent finalement à repartir en 2015. J'ai d'abord commencé comme cadre des suites de couches à Epsom and St Helier NHS Trust (South London) et ai été récemment nommée « lead Midwife for Inpatient services ». Je suis en charge de la salle de naissance, du service des grossesses pathologiques et des suites de naissances.

PDSF : Pourquoi avez-vous choisi d'exercer ce métier ?

EL : C'est la fascination de la magie de la naissance qui m'a poussée à devenir sage-femme. Mais aujourd'hui, je suis cadre car j'ai développé une véritable passion pour le management. J'aime le contact et la communication. C'est un métier qui présente de multiples facettes, un poste clé pour permettre l'amélioration des pratiques.

Mon rôle est également d'être un support et guide pour les professionnels, les aider à travailler efficacement, en sécurité et à se développer professionnellement.

Être cadre c'est aussi être visionnaire et stratégique. En tant que manager, je tiens cependant à garder un rôle clinique pour renforcer mes connaissances et permettre une meilleure visibilité au sein de mon équipe.

Pourquoi l'Angleterre ? Pour la langue et la culture principalement. Professionnellement, pour l'ouverture d'esprit des professionnels et la place de la sage-femme au sein des maternités.

PDSF : Sage-femme en France ou en Angleterre, y-a-t-il des différences ? Une meilleure reconnaissance ? De meilleures conditions de travail ?

EL : Le cœur de métier est le même mais il existe de nombreuses différences. La sage-femme anglaise a des compétences limitées. Après trois ans d'études, elle pourra s'occuper de la femme enceinte au cours de la grossesse et en suites de naissances. Par contre son rôle est moins « technique ». Par exemple, les sages-femmes n'ont pas de droit de prescription (ou très limité) ou elles ne sont pas habilitées à réaliser une délivrance manuelle du placenta.

Par contre il est nationalement établi que la sage-femme est le professionnel de référence de la femme enceinte. Toutes les femmes enceintes verront une sage-femme pendant leur grossesse et la politique de santé incite à mettre l'accent sur la naissance physiologique. De ce fait, les

« Toutes les femmes enceintes verront une sage-femme pendant leur grossesse et la politique de santé incite à mettre l'accent sur la naissance physiologique. »

sages-femmes sont très engagées dans les maisons de naissances, accouchements dans l'eau et accouchements à domicile.

Les conditions de travail sont satisfaisantes malgré un système de santé en difficulté financière marquée.

PDSF : Quelles sont les modalités lorsque qu'une sage-femme diplômée en France souhaite exercer en Angleterre ? Des conseils à donner pour faciliter l'adaptation ?

EL : Toute sage-femme française doit tout d'abord s'inscrire au Nursing and Midwifery Council (équivalent du conseil de l'ordre des sages-femmes français). C'est un process long et assez coûteux (environ 200 euros). Cependant, les modalités sont simples à suivre.

Une fois que la sage-femme obtient son numéro d'inscription, il est alors très facile de trouver un travail. La majorité des sages-femmes travaille à l'hôpital. La particularité de l'Angleterre est que les services à domicile (postnatal, accouchements à domicile) sont prodigués par les sages-femmes hospitalières. Les sages-femmes tournent dans les services.

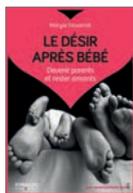
PDSF : Pour finir, pouvez-vous nous raconter un accouchement qui vous a marqué ?

EL : Le plus marquant est toujours pour moi de voir des accouchements dans l'eau. C'est une pratique à laquelle je n'étais pas habituée, n'ayant jamais vu cela en France. En Angleterre c'est une culture bien établie et les sages-femmes sont très confiantes. Le plus étonnant est aussi les patientes très demandeuses de cet environnement !

DANS MA BIBLIOTHÈQUE DE PRO...

APPROFONDIR SES CONNAISSANCES, SE DÉTENDRE AUTOUR DE QUELQUES PAGES OU DÉCOUVRIR DES LIVRES À CONSEILLER AUX FUTURS ET JEUNES PARENTS... NOUS VOUS PROPOSONS ICI UNE SÉLECTION D'OUVRAGES RÉCEMMENT PUBLIÉS ABORDANT DE NOMBREUX THÈMES LIÉS À LA GROSSESSE, À L'ACCOUCHEMENT, À LA PARENTALITÉ.

Ouvrages sélectionnés par Catherine Charles



DEVENIR PARENTS ET RESTER AMANTS

Un accouchement traumatisant, une baisse de la libido, une perte de confiance en soi physique ou des peurs liées à la perspective de refaire l'amour empêchent la reprise de la sexualité d'avant bébé. D'autant plus que bébé, objet de toutes les attentions, impose un nouveau quotidien au couple. Maryse Dewarrat apporte dans cet ouvrage son éclairage de sage-femme sur la sexualité après la naissance d'un enfant. À travers de nombreux portraits et situations, elle met au jour les origines des blocages

et désaccords sexuels et propose aux femmes nouvellement mères des pistes accessibles, psychologiques et pratiques pour reprendre une vie de couple épanouie.

Le désir après bébé de Maryse Dewarrat - Ed. Eyrolles - 14,90 €



FAVORISER L'ÉPANOUISSEMENT DES BÉBÉS

Sous la forme d'un guide à destination des parents et des professionnels de la petite enfance, ce livre rend compte, d'une manière claire et accessible, des dernières recherches menées sur le développement psychologique du bébé de 0 à 2 ans. Une histoire illustrée de la psychologie des bébés et de leurs relations avec leurs parents, leurs frères et sœurs et tous ceux qui prennent soin d'eux. À travers quatre grands chapitres, illustrés par des séquences photos tirées de l'observation attentive de plusieurs bébés dans des moments de la vie quotidienne, l'auteur Lynne Murray, professeur de psychologie réputée, explique les comportements sociaux, émotionnels, cognitifs et psychologiques des bébés. Elle montre comment les relations avec les parents et autres proches de l'enfant peuvent favoriser son épanouissement.

La psychologie des bébés de Lynne Murray - Ed. Erès - 25,00 €



AUGMENTER LES CHANCES DE GROSSESSE... OU ÉVITER DE L'ÊTRE !

Dès sa naissance, une femme porte en elle les germes de nouvelles vies. Chaque cycle lui offre l'opportunité, si elle le désire, de donner naissance à un nouvel être. Mais le cycle féminin est aussi un mécanisme complexe, à tel point qu'il est parfois difficile de comprendre vraiment la façon dont il fonctionne. Dans cet ouvrage pratique, les auteurs Géraldine Dahan-Tarrasona, sage-femme et rédactrice en chef du magazine Parole de Sages-Femmes, et Solange Fleurus, journaliste santé, expliquent de

manière simple ce qu'est la courbe de température et proposent une cinquantaine de graphiques à compléter afin d'aider les femmes à repérer les différentes phases de leur cycle et ainsi augmenter ou réduire les chances de grossesse.

Mon carnet des courbes de température - Ed. Contre-Dires - 12,90 €



HYMNE À LA VIE

Dans cet ouvrage, l'auteur raconte près de quarante ans d'exercice passionné du métier de sage-femme, un récit personnel qui souligne une certaine évolution de ce métier. En effet, le dogme du "tu accoucheras dans la douleur" a été battu par la méthode du docteur Lamaze (Accouchement Sans Douleur-ASD) et surtout par la reconnaissance de la sensorialité du bébé scientifiquement prouvée. Malgré les résistances de certains, l'auteur a pris part à cette évolution qui correspondait à ses intuitions de débutante, renforcées par son expérience.

Mémoires d'une sage-femme de Françoise Arqué-Mathon - Ed. Harmattan - 19,00 €



PLUS DE 550 QUESTIONS AUTOUR DE LA GROSSESSE...

Conçu par une équipe d'experts (gynécologues, obstétriciens, endocrinologues, sages-femmes, pédiatres) sous la direction du Dr Chandrima Biswas, cet ouvrage couvre la totalité des thématiques liées à la grossesse et à l'accouchement autour de plus de 550 questions/réponses pour suivre l'évolution du fœtus, comprendre les termes médicaux, se préparer au mieux à l'accouchement et aux premiers jour avec un nouveau-né. Les textes sont complétés d'une iconographie "remarquable", avec plus de 1.000 photos et schémas, montrant le développement du bébé in utero et les transformations du corps de la future mère pour l'accueillir.
L'Encyclopédie Larousse de la Grossesse du Dr Chandrima Biswas - Ed. Larousse - 35,00 €



LA COLLECTION LAURENCE PERNOUD

Inspirée des valeurs clés des célèbres best-sellers de Laurence Pernoud, décédée en 2009, que sont l'expertise, la facilité d'appropriation et l'empathie, la première collection baptisée Laurence Pernoud a pour objectif à accompagner les parents autour des thèmes phares de la parentalité (grossesse, santé, psychologie, éducation, vie pratique...). Pour le lancement, la collection est composée de trois livres dédiés notamment à la santé du bébé autour de 100 fiches indiquant comment réagir à toutes les situations, même les plus critiques, et au sommeil des enfants dont les troubles et toutes ses causes, y compris physiologiques, sont abordés dans l'ensemble de la "système familiale".

Nourrir la vie Mon enfant et sa santé du Dr Audrey Bénézit, Dr Marie-Claude de Guerny et du Dr Sylvie Roy - Ed. Horay - 14,90 €
Le sommeil de mon enfant du Dr Céline Martinot et du Dr Vanessa Slimani - Ed. Horay - 14,90 €



DANS MON SMARTPHONE DE PRO



LE RÉÉDUCATEUR PÉRINÉAL CONNECTÉ

Baptisé Elvie, ce rééducateur périnéal se connecte à l'application gratuite du même nom afin de suivre en temps réel l'évolution de la force des contractions pelviennes effectuées avec le rééducateur. Elle détecte également les exercices effectués de manière incorrecte. Selon la marque, ce dispositif médical permet d'accélérer la rééducation après l'accouchement, d'optimiser le contrôle de la vessie et d'améliorer les rapports intimes.

Rééducateur Elvie en vente sur www.elvie.com (199 €).

À noter dans vos agendas

5 octobre 2017 - Paris

Les entretiens des sages-femmes

→ Inscription & informations :
www.lesentretiensdebichat.com

5 & 6 octobre 2017 - Montpellier

Soins de développement individualisés

→ Inscription & informations :
gen-montpellier.fr

7 octobre 2017 - Aix-Pertuis

Journée Pôle femme enfant

→ Inscription & informations :
www.comnyou.net

13 & 14 octobre Marseille

Congrès de l'Association Française des sages-femmes acupuncteurs

→ Inscription & informations :
afsfa.gestasso.com

20 & 21 octobre- Marseille

4^{es} Journées AIUS SEXOGYN

→ Inscription & informations : aius-sexogyn.fr

9 & 10 novembre 2017 - Monaco

Congres International des sages-femmes

→ Inscription et informations :
www.cisaf.international

10 et 11 novembre 2017 - Paris

Ive Congrès « Je suis la sage-femme » 2017 - La sage-femme et le corps

→ Inscription & informations : congres.eska.fr

18 novembre - Paris

Journées de Port Royal

→ Inscription & informations :
www.infocongres.com/port-royal2017

23 & 24 novembre 2017 - Auxerre

Congrès de la sage-femme libérale

→ Inscription & informations :
profession-sage-femme.com/congres

23 et 24 novembre 2017 - La Baule

21^{es} Journées Scientifiques

→ Inscription & informations :
www.reseau-naissance.fr

Connaître les bases en matière de violences sexuelles

L'association Stop aux Violences Sexuelles proposent des formations gratuites, tout public, dans toute la France, traitant des connaissances juridiques, épidémiologiques, sociologiques et scientifiques.

Formation sur 2 jours, prochaines sessions à Saint-Arnoult les 17 et 18 novembre 2017, Auxerre les 25 et 26 novembre 2017.

Plus d'info : www.stopauxviolencessexuelles.com

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

ÉRYTHÈME FESSIER

Pour des fesses toutes douces !



OXYPLASTINE[®]

POMMADE

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

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

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

 ALLIANCE



Une belle cicatrice
est une cicatrice
qui s'oublie

EXISTE EN GEL, GEL UV ET SPRAY



Appliquer en couche mince 2 fois par jour.
Plus d'informations sur : www.kelocote.fr

 ALLIANCE

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.