

CONTRACEPTION

INFORMER ET
CONSEILLER POUR
UNE MEILLEURE
EFFICACITÉ

DOULEURS LOMBO-PELVIENNES

FRÉQUENTES
ET INVALIDANTES !

INTERNATIONAL

PORTRAIT D'UNE
SAGE-FEMME
AUSTRALIENNE
LOIS WATTIS

RENCONTRE

SUIVRE LES
TENDANCES
DE L'ALLAITEMENT
AVEC WBTi

BRITTA BOUTRY STADELMANN

ÉTUDE

MORTALITÉ
MATERNELLE
OÙ EN EST-ON
EN FRANCE ?

DOSSIER

SPÉCIAL VAGINISME

- DE L'INTERROGATOIRE À L'EXAMEN D'UNE FEMME VAGINIQUE
- QUAND LA PSYCHOLOGIE S'EN MÊLE
- CAS CLINIQUE : L'HYPNOSE DANS LA PRISE EN CHARGE DU VAGINISME
- QU'APPORTE LA CMP?

PAROLE ^{DE} SAGES-FEMMES

LE 1^{ER} MAGAZINE ÉCRIT PAR LES SAGES-FEMMES
POUR LES SAGES-FEMMES

PAROLE ^{DE} SAGES-FEMMES

LE MAG



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

PAROLE ^{DE} SAGES-FEMMES

LE SITE WEB

WWW.PAROLEDESAGESFEMMES.COM

- Lieu d'information pour les sages-femmes.



PAROLE ^{DE} SAGES-FEMMES

LE LAB

- Tables rondes
- Tests produits
- Formations

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

**Alors inscrivez-vous au LAB en contactant
Sonia par mail à sonia.zibi@mayanegroup.com**





ÉDITO

V COMME...

« Quand l'accouchement se vit dans la violence », « Abus dans la salle d'accouchement », etc, impossible d'échapper à ces titres et à la déferlante d'articles sur les violences obstétricales. Depuis les déclarations de Marlène Schiappa au sujet du taux d'épisiotomie, en passant par « *Le livre noir de la gynécologie* », presse, réseaux sociaux, etc, il n'y a pas un jour où on ne lit pas le mot « Violence ». Gênant, bouleversant avec les histoires qui s'y rapportent et glaçant, la malveillance se débite quotidiennement. Que s'est-il passé pour en arriver là ? On se lève « violence », on déjeune « violence » et on dîne « violence », la barbarie se raconte inexorablement. À croire, que des professionnels de santé bien traitants sont une espèce en voie de disparition ! D'un côté, il y a ces femmes, victimes de violences, victimes de la toute-puissance médicale.

D'un autre, les professionnels, ceux et celles qui profitent de leur statut pour entretenir un rapport patriarcal ou matriarcal, hautement dominant.

Ensuite, il y a ceux qui font du mieux qu'ils peuvent chaque jour. Ils expliquent les actes qu'ils pratiquent, informent, demandent le consentement, rassurent les patientes, exercent dans la bienveillance, en tout cas ils essaient... Ce temps invisible, non monnayé, capital, mais pourtant non valorisé en institution. Mais ceci est un autre débat... Ces violences existent bel et bien, nous ne pouvons le nier. Ces débats ont d'ailleurs contribué à éveiller les consciences des professionnels dans le déni. Il est impératif de dénoncer ces violences, les évaluer et surtout les faire cesser car elles sont indignes d'un système de soin et elles peuvent répercuter sur la vie de la femme et celle de son enfant.

Heureusement, la tendance depuis ces dernières années est d'améliorer le vécu psychologique de l'accouchement, d'accompagner dans le respect, la physiologie de la naissance et de favoriser l'empowerment.

Aujourd'hui, lorsque j'interroge des sages-femmes sur les violences obstétricales, ce qu'il en ressort pour certain-es-s, c'est une sorte d'agacement, cette peur de généralisation, de confusion et du raccourci : sages-femmes et gynécologues = bourreaux.

Le moral est en berne. Difficile d'exercer quand la confiance est défiée.

Ces femmes victimes de maltraitements médicaux méritent toute notre attention et tout l'accompagnement dont elles ont besoin. Tout l'enjeu réside maintenant à rétablir le contact, une collaboration, travailler main dans la main, dans une relation égalitaire, en passant inévitablement par la remise en question de certaines pratiques. Dans cette méfiance, il y a bien un risque, celui de voir des femmes fuir le système médical. Pour certaines, c'est l'arrêt du suivi gynécologique de prévention, du suivi de grossesse, et c'est accoucher dans des lieux inadaptés. Et un sacré retour en arrière, en matière d'augmentation de mortalité et de morbidité maternelle et infantile... Vite, il est urgent d'agir en toute bienveillance !

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

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 23

3 Édito

ACTUS

5 Actus France : Syndrome du bébé secoué : L'HAS réactualise les recommandations • Anne-Marie Curat est la nouvelle présidente du CNOSF • Médicaments : Des pictogrammes pour les femmes enceintes • Pipipon : des ateliers d'initiation aux 1ers secours pour l'entourage de l'enfant • Déclenchement au Cytotec : c'est fini ! Grossesse et accouchement : La fondation des femmes publie un guide juridique • Une plateforme web pour les sages-femmes • Suivi de grossesse : De plus en plus de femmes consultent une sage-femme • Le yoga au service de la santé s'apprend à l'université ! Une maternité labélisée « Maternités en Musiques » • Remboursement du Gardasil 9 • Stop Aux Violences Sexuelles : une sage-femme anime groupe de parole dans le Var • IEC et ARA II : alerte sur les prescriptions en cardiologie pendant la grossesse.

10 Actus Monde : **Etats-Unis :** Fin du remboursement de la contraception par les employeurs • **Asie du sud et Afrique subsaharienne :** taux de décès néonataux alarmants • **Sénégal :** Une série TV pour le droit des femmes • **Canada :** L'accouchement physiologique par Orbie • **Irlande :** Un droit à l'IVG très restrictif • **San Francisco :** La réalité virtuelle pour apprendre des cours d'anatomie • **Royaume-Uni :** Une « personne enceinte » remplacera-t-elle une « femme enceinte » ?

12 À la loupe : Retour sur le Grand Prix evian 2017

14 Rencontre : Suivre les tendances de l'allaitement avec WBTI : Rencontre avec Britta Boutry-Stadelmann

GROSSESSE & ACCOUCHEMENT

16 Les maux qui gâchent la vie des femmes (et des sages-femmes)
Episode-4 : Douleurs lombo-pelviennes, fréquentes et invalidantes !

DOSSIER : SPÉCIAL VAGINISME

20 De l'interrogatoire à l'examen d'une femme vaginique

22 Vaginisme : quand la psychologie s'en mêle

23 Cas clinique : l'apport de l'hypnose dans la prise en charge du vaginisme

26 Qu'apporte la CMP dans la prise en charge d'une femme vaginique ?

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

29 Contraception : Informer et conseiller pour une meilleure efficacité

ÉTUDE

32 Mortalité maternelle : où en est-on en France ?

ENTRE PROS

34 Terrain allergique ou allergie avérée, quelles sont les alternatives en l'absence d'allaitement maternel ?

PROFESSION SAGE-FEMME

36 Détente Extraits de poèmes de Catherine Coq

38 Portrait d'une sage-femme australienne

40 Dans ma bibliothèque de pro

42 Agenda

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Rédaction

Directrice de la publication
Leslie Sawicka

Rédactrice en chef
Géraldine Dahan Tarrasona

Journalistes
Marie Vermeil,
Candice Satara-Bartko

Réalisation

Direction artistique
Mathieu Boz

Design graphique
Nilay Cosquer

Photographies
Fotolia, Shutterstock,
G. Dahan Tarrasona

DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS

Sonia Zibi
sonia.zibi@mayanegroup.com
06 60 50 73 77

Assistante
Grace Mwendo

Remerciements :

Britta Boutry-Stadelmann
Anne Macquet
Sophie Rocher
Carole Leprunier
Valérie Anguilla
Dr Alain Bocquet
Catherine Coq
Lois Wattis

Parole de sages-femmes est
édité par la SARL

Mayane Communicaton
au capital de 7 700 €
Siège social :
49 rue Marius AUFAN
92300 Levallois-Perret
RCS 75017 Paris B 479454829
Dépôt légal : 2018
ISBN : 978-2-9527526-2-6

Mayane|group



SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ : L'HAS RÉACTUALISE LES RECOMMANDATIONS

Chaque année, en France des centaines d'enfants sont victimes du syndrome du bébé secoué (SBS). Avec le risque de répétition de ces épisodes de maltraitance et des séquelles potentiellement sévères, la méconnaissance du diagnostic reste fréquente. Pour sensibiliser au traumatisme crânien non accidentel par secouement (TCNA), et fournir des informations pratiques aux professionnels, l'HAS réactualise ses recommandations de 2011.

Le SBS se définit par des secousses violentes souvent par une saisie manuelle du thorax de l'enfant sous les aisselles. Le secouement entraîne le ballonnement du cerveau dans la boîte crânienne jusqu'à même arracher les veines ponts, cheminant l'espace subdural. Touchant le plus souvent (dans 2/3 des cas), les nourrissons de moins de 6 mois, certaines situations appellent à la vigilance des professionnels : détresse neurologique aiguë inaugurale, des signes d'atteinte neurologique (vomissements sans fièvre ni diarrhée, troubles respiratoires, pâleur, bébé douloureux), des signes non spécifiques orientant vers une maltraitance (ecchymose, fracture, etc). En cas de suspicion de TCNA, l'HAS recommande alors d'hospitaliser systématiquement l'enfant.

Pour lire l'intégralité du rapport : www.has-sante.fr

Anne-Marie Curat est la nouvelle présidente du CNOSF

Le 5 octobre 2017, Anne-Marie Curat a été élue présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Elle succède à Marie-Josée Keller, qui a démissionné de ce poste en juin 2017.

Anne-Marie Curat est sage-femme depuis 1970, elle a exercé au centre hospitalier du Val d'Ariège dès 1971 et elle a terminé sa carrière en tant que sage-femme cadre supérieure, dans ce même centre. Elle a participé à de nombreux travaux sur la vaccination, le dépistage néonatal et l'échographie. Convaincue du rôle décisif que peuvent jouer les sages-femmes auprès des femmes, elle a à cœur de promouvoir la physiologie et un accompagnement respectueux.

Source : www.ordre-sages-femmes.fr



**XXX + GROSSESSE
=
DANGER**

**Ne pas utiliser chez (mentionner
les personnes concernées), sauf en
l'absence d'alternative thérapeutique**



**XXX + GROSSESSE
=
INTERDIT**

**Ne pas utiliser chez (mentionner
les personnes concernées)**

Médicaments : Des pictogrammes pour les femmes enceintes

De nouveaux pictogrammes sont apposés sur les médicaments, depuis le 17 octobre 2017, pour renseigner d'un simple coup d'œil les femmes enceintes. Près de 60% des médicaments comportent un pictogramme représentant une femme enceinte. Un tiers d'entre eux présente le pictogramme « interdit », signifiant que le médicament ne doit pas être utilisé et pour deux tiers, celui de « danger », c'est-à-dire que le médicament ne doit être utilisé que s'il n'y a pas d'autres médicaments disponibles. Une meilleure visibilité pour rappeler aux femmes enceintes que la prise d'un médicament n'est pas anodine. Pour autant les femmes traitées par ces médicaments ne doivent en aucun cas arrêter la prescription ou modifier les doses prescrites sans avis médical.

Certains de ces avertissements pourront aussi concerner les adolescentes ou les femmes en âge de procréer et sans contraception efficace.

Sources : AFP -
solidarites-sante.gouv.fr



Pipinpon : Des ateliers d'initiation aux premiers secours pour l'entourage de l'enfant

Anticiper les gestes de premiers secours, prévenir, ne pas paniquer, voilà des clés que chaque parent ou entourage de l'enfant devrait connaître car le « danger, c'est de ne rien faire » ! Pour s'initier aux gestes simples, Pipinpon, composé de professionnels de secourisme et d'un comité scientifique, propose des ateliers pour toute personne s'occupant de l'enfant. Ces gestes pourtant simples peuvent améliorer les chances de survie ou éviter de lourdes séquelles. Aujourd'hui les accidents domestiques sont plus mortels que les accidents de la route, les premières victimes sont les enfants et c'est d'ailleurs la première cause de mortalité pour les 1 à 4 ans.

En savoir plus : www.pipinpon.fr

DÉCLENCHEMENT AU CYTOTEC : C'EST FINI !

Pourtant alertés sur les dangers de l'utilisation hors AMM du Cytotec, par l'ANSM en 2013, les professionnels ont continué à le prescrire. Et pour cause, son prix ! Trente fois moins cher que les alternatives thérapeutiques existantes. Puisque les pratiques de prescription n'ont pas changé, c'est le laboratoire Pfizer qui met fin à la commercialisation du Cytotec en France. Le retrait de l'anti-ulcéreux sera effectif à partir du 1er mars 2018.

Source : www.lemonde.fr

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT : LA FONDATION DES FEMMES PUBLIE UN GUIDE JURIDIQUE

Au cœur des débats sur les violences obstétricales, la fondation des femmes a publié un guide juridique. En collaboration avec des sages-femmes et des gynécologues, il informe les patientes sur leurs droits et sur les devoirs des professionnels de santé à leur égard.

Source : fondationdesfemmes.org

PAROLE DE SAGES-FEMMES.com



LA PLATEFORME WEB POUR TOUTES LES SAGES-FEMMES

EN ACCÈS GRATUIT ET EN UN **CLIC!**

- Des dossiers thématiques complets : gynécologie, obstétrique, néonatalogie et pédiatrie,
- Des vidéos de formation, l'e-mag, les actualités de la profession en France et à l'international, les nouveautés médicales, des chroniqueuses qui partagent leurs expériences et anecdotes...

— WWW.PAROLEDESAGESFEMMES.COM —

LE YOGA AU SERVICE DE LA SANTÉ S'APPREND À L'UNIVERSITÉ !

L'UFR STAPS de Nancy proposera dès janvier 2018 le diplôme universitaire « Yoga et Santé ». Destiné aux professions médicales, paramédicales, professeurs de yoga, etc, il vise à étudier le Yoga comme outil éducatif au sens large (citoyen, physique, postural, émotionnel...) à travers une éducation pour la santé transférable tout au long de la vie. L'enseignement dispense des outils pour une meilleure connaissance de soi, confiance en soi, estime de soi, pour mieux communiquer avec soi et les autres, pour mieux gérer son capital ostéo-articulaire, pour mieux gérer stress et émotions, bref, pour optimiser ses ressources... De plus, l'enseignement explore les rapports des pratiques yogiques avec quelques techniques occidentales : techniques de relaxation, sophrologie, imagerie mentale, mindfulness, cohérence cardiaque. Finalement une formation qui peut se rendre utile pour sa pratique au quotidien aussi bien au profit des patientes que pour celui des professionnels !

Info sur : staps-nancy.univ-lorraine.fr



Enquête nationale périnatale 2016 : De plus en plus de femmes consultent une sage-femme

Les résultats de l'Enquête nationale périnatale de 2016 révèlent que de plus en plus de femmes consultent une sage-femme pour assurer leur suivi de grossesse, comparativement aux résultats de l'enquête de 2010.

La part des consultations réalisées auprès d'une sage-femme libérale a augmenté, passant de 16,0% en 2010 à 25,2% en 2016. Bien que pour la moitié des grossesses, le principal responsable du suivi prénatal pendant les six premiers mois reste un gynécologue-obstétricien de ville, on note qu'en maternité publique les taux de consultations prénatales réalisées par les sages-femmes et par les gynécologues-obstétriciens sont sensiblement les mêmes, respectivement, 14,8% et 16%.

Pour expliquer ces chiffres, le rapport met en avant les changements d'organisation de la surveillance prénatale dans certaines maternités publiques qui offrirait une plus grande place en 2016 qu'en 2010 au suivi prénatal par des sages-femmes, notamment pour celles et ceux exerçant en libéral. En effet, certaines maternités privilégiant le suivi des grossesses pathologiques. Cette évolution pourrait



s'expliquer également par la hausse du nombre de sages-femmes exerçant une activité libérale, par une meilleure visibilité de leurs compétences, ainsi que par la diminution du nombre de gynécologues et obstétriciens dans certains départements.

Source : www.epopé-inserm.fr

Consultations spécialisées : nouvelle déception pour les sages-femmes !

Depuis le 1er novembre dernier, les consultations dites « complexes » réalisées par un médecin généraliste, gynécologue, gynécologue-obstétricien et pédiatre bénéficient d'un tarif spécifique, entre 46 et 60€.

Parmi ces consultations spéciales, la consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles, réservée aux jeunes filles de 15 à 18 ans, coûtera désormais 46€. Qualifié comme à fort enjeu de santé publique, ce type de consultation est pris en charge à 100%. La patiente peut demander à son



médecin l'anonymat et à bénéficier de la dispense d'avance de frais, comme c'est déjà le cas pour la contraception d'urgence. En attendant, dans un cabinet de sage-femme, cette consultation reste fixée à 23€...

Sources : www.legifrance.gouv.fr
www.ameli.fr



Remboursement du Gardasil 9

L'HAS a approuvé, le 11 octobre dernier, le remboursement de la nouvelle version du vaccin, le « Gardasil 9 », contre le cancer du col de l'utérus.

Avec cette nouvelle formule, le vaccin contenant plus de souches virales permettrait une réduction de 96% des infections à HPV. Chaque année la France compte 3000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et plus de 1000 décès alors que moins de 20% des jeunes filles sont immunisées. Le plan cancer 2014-2019 fixe un objectif à 60%. On en est encore loin !

Source : www.has-sante.fr

BOYCOTT DES SORTIES PRÉCOCES !

L'ONSSF demande aux sages-femmes libérales de refuser de prendre en charge les patientes sortant précocement de la maternité (avant 72h pour un accouchement voie basse ou 96h pour une césarienne) et aux sages-femmes salariées de ne pas inscrire comme éligibles à une sortie précoce les patientes pour leur sécurité. Et ce, en attendant l'aboutissement des négociations conventionnelles avec des revendications tarifaires.

Ce boycott fait suite à une généralisation du PRADO par la CPAM dans des départements où il semblerait qu'aucun avenant n'ait été signé.

www.onssf.org

UNE MATERNITÉ LABELISÉE « MATERNITÉS EN MUSIQUES »

Récemment la polyclinique du Val De Sambre a obtenu le label « Maternités en Musiques ». Une musique douce et subtile se libère des enceintes placées dans tous les services de la maternité. Ainsi tout le monde, patientes comme professionnels, profitent de cette atmosphère paisible. Et même plus, comme le souligne la responsable du service de maternité, Maïté Vasquez, « nous nous sommes aperçus que la musique libérait de l'endorphine, celle-là même qui permet de jouer sur la douleur ». Platon n'avait pas tort, « La musique adoucit les mœurs » ! Pour le moment peu d'établissements médicaux détiennent ce label.

Source : www.lavoixdunord.fr

IEC ET ARA II : ALERTE SUR LES PRESCRIPTIONS EN CARDIOLOGIE PENDANT LA GROSSESSE !

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a rappelé récemment que l'enzyme de conversion (IEC) et l'antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) sont contre-indiqués aux 2ème et 3ème trimestres de la grossesse et déconseillés au 1er trimestre.

L'exposition à ces deux classes pharmaceutiques font l'objet de déclarations alors que leurs effets peuvent être graves voire fatals pour le fœtus et le nouveau-né.

Ce risque doit être pris en considération pour les femmes en âge de procréer et il est indispensable d'anticiper au mieux tout projet de grossesse. Pour une grossesse découverte chez une patiente consommant l'un des médicaments, celui-ci devra être stoppé.

En cas d'exposition à partir du 2ème trimestre de la grossesse, il est recommandé d'arrêter immédiatement le traitement et d'effectuer une échographie fœtale afin de vérifier le volume amniotique, l'aspect des reins et des os de la voûte du crâne. Le nouveau-né devra être surveillé sur le plan rénal (créatininémie, kaliémie) ainsi que sur le plan tensionnel, si la mère a été traitée jusqu'à l'accouchement.

Source : www.ansm.sante.fr



Une sage-femme anime un groupe de parole dans le Var

L'association Stop Aux Violences Sexuelles lance pour la 1ère fois dans le Var, un groupe de parole destiné aux femmes victimes de violences sexuelles. Animé par une sage-femme et un psychologue, l'atelier offre l'opportunité d'« oser dire, écouter, se soutenir, laisser sortir ses émotions, prévenir... » autour du vécu traumatique des violences sexuelles. Les professionnels de santé rencontrent les femmes une fois par mois dans le but de les accompagner dans l'expression de leur vécu et de les aider à reprendre confiance en elles.

Aujourd'hui, 1 femme sur 4 est victime de violence. La violence sexuelle engendre des dégâts de grande ampleur, tant physiques que psychologiques sur la vie d'un être humain. Un véritable fléau contre lequel se bat l'association Stop Aux Violence Sexuelles. Atelier 1 fois/mois à Pourrières (83), le jeudi de 18h à 20h.

Source : 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



Etats-Unis Fin du remboursement de la contraception par les employeurs

Au nom des convictions religieuses et morales, l'administration Trump a abrogé, en octobre 2017, l'obligation des employeurs à prendre en charge les moyens de contraception dans la couverture santé, proposée aux employées. L'ébranlement de cette disposition de la loi « Obamacare » a suscité la colère des associations de défense des droits.

Si la plus grande organisation professionnelle américaine de médecins spécialistes de la santé des femme, l'ACOG (American Congress of Obstetricians and Gynecologists), se dit extrêmement déçue, ce retour en arrière risque d'impacter les 55,6 millions de femmes qui bénéficiaient d'une contraception gratuite grâce à « Obamacare » !

Source : www.bfmtv.com

La réalité virtuelle pour apprendre des cours d'anatomie

À l'Université de Californie à San Francisco (UCSF), les étudiants en médecine suivront désormais des cours de réalité virtuelle pour apprendre l'anatomie. Intégré au nouveau programme, Bridges Curriculum, le cours d'anatomie, nouvelle génération, transporte l'étudiant en totale immersion. Celui-ci équipé d'un masque de réalité virtuelle, peut naviguer dans le corps humain 3D comme bon lui semble ! Le joystick fait figure de scalpel et permet de prélever, couche par couche, chaque tissu, chaque organe et chaque os. L'étudiant peut retirer des éléments du corps, les replacer, il peut même zoomer jusqu'au niveau microscope. Un programme qui donne envie de réviser l'anatomie !

Source : scienceblog.com/496697/vr-revolutionizing-way-future-doctors-learning-bodies



Québec L'accouchement physiologique par Orbie

L'accouchement physiologique, illustré par Orbie, dessinatrice québécoise, n'a pas échappé aux internautes. Massage, relaxation, confiance en soi, poussées, positions, mouvements, etc, tout y est dans cet « aide-mémoire à l'accouchement physiologique ».

Pour se préparer à la naissance de son deuxième bébé, Orbie a décidé de synthétiser les informations reçues lors de la préparation à la naissance de son premier enfant, et lues dans des ouvrages spécialisés. Pour cette grossesse, elle avait rompu la poche des eaux à 34 sa puis a mis au monde son bébé à 36 sa ½. Coincée alors à l'hôpital durant plus de 15 jours, elle a planché sur la question « préparation à l'accouchement ». En commençant par dessiner une femme enceinte, elle a ensuite organisé les informations autour, et la 1ère version de son affiche a vu le jour. Depuis son affiche a évolué et il est même possible de la colorier. Des sages-femmes et maternités ont même acheté des licences pour en faire profiter leurs patientes. Testé et approuvé ! Si des sages-femmes sont intéressé-es-s, vous pouvez contacter Orbie.

www.orbie.ca





Irlande

Un droit à l'IVG très restrictif

Avant le référendum sur le droit à l'avortement au printemps 2018, des milliers de personnes ont manifesté récemment, dans les rues de Dublin, à l'occasion de la 6e marche annuelle, organisée par les partisans du droit à l'avortement. Une bataille qui s'annonce difficile, puisque élus et opinions publiques sont partagés, dans un pays où 67% des habitants seraient opposés au libre choix d'une IVG. L'Irlande est un des pays les plus répressifs en matière d'avortement. Permis depuis 2013, en cas de danger pour la mère, la loi actuelle condamne une femme pour interruption illégale de grossesse jusqu'à 14 ans de prison.

Source : www.lemonde.fr



Royaume-Uni

Une « personne enceinte » remplacera-t-elle une « femme enceinte » ?

Le gouvernement britannique a déposé un amendement en octobre dernier, pour modifier le terme « femme enceinte » par « personne enceinte » dans l'engagement des Nation Unies. Cette modification, visant à protéger les femmes enceintes de la peine de mort dans le monde et à ne pas exclure, ni discriminer les personnes en transition sexuelle. Ceci fait suite au cas d'Hayden Cross, un homme « enceint » ou plutôt une femme qui a changé de sexe tout en gardant son utérus. Cette nouvelle n'est pas accueillie d'un bon œil par les féministes. Sarah Ditum, auteure et féministe anglaise, craint la possibilité d'inclure des hommes dans les structures et organismes réservés aux femmes...

Source : madame.lefigaro.fr



Sénégal

Une série TV pour le droit des femmes

Sans doute le plus grand succès TV de ces dernières années en Afrique de l'Ouest, « *C'est la vie* » est une série fiction sénégalaise, en partie financée par les Nations Unies. Chaque soir, le feuilleton réunit des milliers de téléspectateurs. Viols, maltraitements, mutilations, IVG, chaque épisode explore les tabous de la société africaine dans un centre de santé, situé à Dakar.

Depuis sa création en 2014, toute l'équipe de tournage s'implique contre les violences faites aux femmes à l'écran comme à la vie. La diffusion d'émissions radios sur le sujet et des projections publiques sont organisées régulièrement dans les villages.

Source : www.arte.tv

Asie du sud et Afrique subsaharienne Taux de décès néonataux alarmants

Selon le rapport des Nations Unies, intitulé « Niveaux et tendances 2017 en matière de mortalité infantile » du mois d'octobre 2017, le taux de mortalité baisse pour les enfants de moins de 5 ans (5,6 millions en 2016 contre 9,9 millions en 2000). Par contre, les décès survenus durant les 28 premiers jours de vie sont passés de 41 à 46% entre 2010 et 2016. La plupart de ces décès concernent l'Asie du sud (39%) et l'Afrique subsaharienne (38%). Parmi les maladies infectieuses en tête de liste, on retrouve la pneumonie et la diarrhée. « *Il est possible de mettre un terme aux décès évitables d'enfants en facilitant le suivi de la grossesse et la prise en charge de l'accouchement par des professionnels de la santé qualifiés et en améliorant l'accès à des interventions vitales, telles que la vaccination, l'allaitement et la prise de médicaments peu onéreux, ainsi que l'accès à l'eau et à l'assainissement, des ressources dont restent privées les communautés les plus démunies dans le monde* », souligne le rapport.

Source : www.who.int

À LA LOUPE



RETOUR SUR LE GRAND PRIX EVIAN 2017

EN SEPTEMBRE DERNIER, LE PRESTIGIEUX GRAND PRIX EVIAN A RÉCOMPENSÉ 6 MÉMOIRES DE SAGES-FEMMES, DANS UN CADRE IDYLLIQUE, SUR LES BORDS DU LAC LÉMAN. RETOUR SUR CETTE 26^E ÉDITION.

*Par G.Dahan-Tarrasona
Photos © G.Dahan-Tarrasona*

Depuis 1992, chaque année, a lieu le Grand Prix evian des Ecoles de Sages-Femmes pour promouvoir et distinguer les meilleurs mémoires de fin d'études des écoles françaises. Par cette initiative, evian®, offre aux lauréats, la possibilité de faire

connaître leurs travaux auprès d'experts de la profession, de la presse médicale spécialisée, et contribue ainsi à valoriser le métier de sage-femme. En 25 ans d'existence le Grand Prix evian a récompensé et promu plus de 200 mémoires de fin d'études.



FÉLICITATIONS AUX LAURÉATES !

Le 1er prix Scientifique a été décerné à Lucyle Moser, avec pour sujet : «La baignoire de dilatation en salle de naissance : Pour qui ? Comment? (Université de Strasbourg).

Puis 2e et 3e prix ex aequo avec : « La prise en charge des patientes primipares présentant une rupture prématurée des membranes à terme » (Université de Lorraine), par Flora Michel, et «1er Vaccin anti-HPV et étudiantes sages-femmes: enquête nationale à propos de l'influence de leur statut vaccinal anti-HPV concernant leur positionnement et leurs connaissances de cette vaccination » (Université de Nice Sophia-Antipolis), par Manon Cattet.

Quant au 1er prix Spécial du jury, il s'agit du sujet : « Les perceptions du périnée par le dessin dans le post-partum chez les femmes ayant eu une épisiotomie » (Ecole de sages-femmes Saint-Antoine), par Roxanne Bourgeois.

Les autres mémoires récompensés sont : « Prise de poids excessive et qualité de vie chez des femmes primipares d'indice de masse corporelle

**Félicitations aux lauréates !
Elles ont su captiver
l'auditoire avec des sujets
originaux, pertinents et en
plein cœur de l'actualité.**



Le jury était présidé par Mme Isabelle Derrendinger (Sage-Femme Directrice à l'école de Nantes) et en présence des autres membres experts :

Mme Martine Chauviere (sage-femme coordinatrice à Saint-Malo),
Mme Emmanuelle Cardoso (sage-femme enseignante à Amiens),
Mme Céline PUIL (sage-Femme libérale à Fontenay-sous-Bois),
Dr Marie-Sophie Chauvet (pédiatre néonatalogue à Paris) et Dr Loïc Sentilhes (gynécologue- obstétricien à Bordeaux).

normal avant la grossesse » (Ecole de sages-femmes de Montpellier), par Adélaïde Cosmo, ainsi que « Etude sur la promotion du don de lait auprès de 342 femmes allaitantes en Haute-Normandie » (Ecole de sages-femmes de Rouen) par Laura Bergamaschi.

Nous ne manquerons pas de vous faire partager leurs travaux dans les prochains PDSF.

SUIVRE LES TENDANCES DE L'ALLAITEMENT AVEC WBTi

LA FRANCE DISPOSE DE PEU DE DONNÉES CHIFFRÉES EN MATIÈRE D'ALLAITEMENT MATERNEL, POURTANT INDISPENSABLES POUR ÉVALUER UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE. LA WORLD BREASTFEEDING TRENDS INITIATIVE (OU INITIATIVE MONDIALE DE SUIVI DES TENDANCES DE L'ALLAITEMENT) POURRAIT PERMETTRE UN MEILLEUR SUIVI DE L'ALLAITEMENT DANS NOTRE PAYS. BRITTA BOUTRY-STADELMANN, COORDINATRICE WBTi FRANCE, NOUS EN DIS PLUS SUR CET OUTIL.

Propos recueillis par G. Dahan-Tarrasona



Britta Boutry Stadelmann

Qu'est-ce la WBTi ?

Il s'agit d'une démarche développée par IBFAN Asie (International Baby Food Action Network) depuis 2005, qui évalue l'état de la mise en œuvre de la « Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant » (OMS 2003) et mesure les progrès réalisés.

La WBTi est conçue pour aider les pays à repérer les points forts et les faiblesses de leurs politiques et programmes de nutrition afin de protéger, promouvoir et soutenir les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. L'outil est basé sur deux initiatives mondiales : le premier est le GLOPAR (The Global Participatory Action Research) de WABA (World Alliance for Breastfeeding Action), et le deuxième est l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) « Infant and Young Child Feeding : A tool for assessing national practices, policies and programmes » (Alimentation du nourrisson et du jeune enfant : un outil pour évaluer les pratiques, politiques et programmes

nationaux). La WBTi est divisée en deux parties, l'une traitant des politiques et programmes, l'autre des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et comporte 15 indicateurs avec une signification particulière (Hôpitaux Initiative Ami des Bébé, protection de la maternité, durée médiane de l'allaitement, etc).

Quels sont ses points forts ?

La base de données WBTi permet à la fois de comparer différents pays et de visualiser les évolutions dans chaque pays. L'accès est gratuit et toutes sortes de représentations graphiques peuvent être générées. Ainsi, elle fournit des informations pertinentes aux gouvernements dans le but de combler les insuffisances dans les politiques, programmes et pratiques concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Elle apporte aussi des preuves scientifiques pour promouvoir l'allaitement précoce, exclusif et continu. Elle peut donc inciter à agir !



**"Dans le monde entier,
plus de 110 pays sont
actuellement engagés
dans le processus
d'évaluation au moyen
des outils WBTi."**

Quelles différences avec l'OMS ?

Par rapport à l'OMS représentant un organisme conseil, la WBTi est plus proactive tout en utilisant les recommandations et documents de cette dernière. La nouveauté de WBTi est qu'il s'agit d'une démarche initiée dans le pays et par le pays de façon collaborative entre différents acteurs : ministères et administrations, collègues professionnels et associations.

La WBTi a fait son entrée en France ? Pourquoi ?

Dans le monde entier, plus de 110 pays sont actuellement engagés dans le processus d'évaluation au moyen des outils WBTi. En Europe, nous avons commencé en 2015 (Arménie, Belgique, Bosnie-et-Herzégovine, Croatie, Géorgie, Italie, Portugal, Royaume-Uni, Suisse, Turquie, Ukraine) et six nouveaux pays ont rejoint la liste en octobre 2016 dont la France (Albanie, Espagne, Lituanie, Macédoine, Moldavie). La France dispose de bonnes recommandations en faveur de l'allaitement maternel (ANAES 2002, HAS 2006, Inpes 2009, Rapport Turck 2010, PNNS 2011-15). Et pourtant, les taux d'allaitement sur la durée montrent que ces préconisations de « bonne pratique » sont loin d'être suivies...

L'INITIATIVE VOUS INTÉRESSE ?

Vous pouvez participer individuellement ou en groupe au projet WBTi :

- En travaillant sur les 15 indicateurs évalués en compilant les données disponibles en France pour renseigner un (ou plusieurs) des indicateurs de votre choix
- Participer à la lecture rédactionnelle
- Diffuser l'information afin de travailler en réseau et avancer plus vite...

*En savoir plus sur :
worldbreastfeedingtrends.org*

LES MAUX QUI GACHENT LA VIE DES FEMMES

ET DES SAGES-FEMMES

#Episode 4

Douleurs lombo-pelviennes : fréquentes et invalidantes !

DOULEURS LOMBAIRES, PESANTEUR PELVIENNE... VOUS AVEZ DÉJÀ PROBABLEMENT ENTENDU CES PLAINTES ET DE FAIT, ELLES SONT LOIN D'ÊTRE EXCEPTIONNELLES POUR UNE FEMME ENCEINTE ! PREMIÈRE CAUSE DE DOULEUR PENDANT LA GROSSESSE, LE SYNDROME DOULOUREUX PELVIEN GRAVIDIQUE, RASSEMBLANT LES DOULEURS LOMBO-PELVIENNES, NE DOIT PAS TOMBER DANS L'OREILLE D'UN SOURD...

Par G.Dahan-Tarrasona

ON NE BANALISERA PAS

Avec une prévalence de 50%, les douleurs lombo-pelviennes sont souvent négligées à tort, c'est comme si elles faisaient partie intégrante de l'état de grossesse. Pourtant, le syndrome douloureux pelvien gravidique impacte réellement la qualité de vie des patientes en perturbant les activités quotidiennes, le travail et par la suite l'accouchement. Apparaissant le plus souvent au 3^e trimestre, avec une intensité augmentant jusqu'à la naissance, les patientes ressentent des douleurs abdominales basses, une sensation de pesanteur pelvienne, des douleurs inguinales, des douleurs lombo-sacrées ainsi que fessières. Les douleurs tirent leurs origines de processus hormonaux, mécaniques, métaboliques ; les ligaments imprégnés d'œstrogènes et de relaxine entraînent une micro mobilité au niveau des articulations. Quant au magnésium, sa carence favorise les douleurs. D'autres facteurs surviennent comme, l'augmentation du volume utérin, l'hyperlordose lombaire, la distension

de la paroi abdominale, une prise de poids importante, la multiparité, l'absence d'activité physique, la préexistence d'une scoliose, et même le statut psychologique (stress, anxiété, troubles du sommeil...).

LA PRÉVENTION, ON Y PENSERA

Bien qu'invalidants, il est important de rassurer les patientes, les symptômes régressent après l'accouchement spontanément et dans 90% des cas disparaîtront dans les 3 mois suivant la naissance. En attendant, on peut préconiser des conseils orientés vers une alimentation équilibrée, pour une prise de poids raisonnable afin d'éviter des contraintes supplémentaires pour le rachis lombaire, et aussi riche en magnésium. Une activité physique adaptée à la grossesse s'avère également utile pour prévenir les douleurs. Selon la Cochrane, l'exercice réduit la douleur de la lombalgie et son invalidité, en musclant les abdominaux, le dos, les muscles pelviens, la posture s'améliore. Ainsi, en l'absence de contre-indication, la pratique de



gymnastique aquatique ou de yoga représente une option. En effet, le yoga, par exemple, en faisant appel à des mouvements de bascule du bassin, corrige l'hyperlordose et soulage les tensions.

Il est bon de rappeler les mesures de protection du dos, en adoptant des gestes simples sur la posture au quotidien (se tenir droite en position assise et debout, conserver un angle inférieur ou égal à 90° entre le tronc et les cuisses en

position assise), connues de tous mais peu mises en pratique. À cela s'ajoutent, l'évitement du port de charges lourdes, le repos mais pas strict, qui aurait un impact plutôt négatif sur le taux de guérison. Des activités tolérables sont à conserver.

Sur le plan pharmacologique, les effets du paracétamol sont assez médiocres, les AINS contre-indiqués à partir de 24 SA, à défaut, reste alors les infiltrations de corticoïdes solubles.

Les alternatives : on y pensera

Jusque-là, la pharmacologie n'a pas fait la preuve de son efficacité, c'est pourquoi les méthodes alternatives suscitent de plus en plus l'intérêt des patientes. Parmi elles, l'acupuncture, l'ostéopathie, la chiropraxie permettraient de soulager les patientes de ces maux.

Nous avons demandé à Anne Macquet, sage-femme ostéopathe libérale et formatrice à Auch, de nous en dire plus sur l'apport de l'ostéopathie dans les douleurs lombopelviennes.



Anne Macquet sage-femme - ostéopathie

Parole de sages-femmes : Comment l'ostéopathie va-t-elle agir ?

Anne Macquet : Permettre à la structure de s'adapter à la fonction. C'est là, toute la philosophie

de l'ostéopathie. « L'ostéopathe doit se souvenir que sa première leçon est l'anatomie, que sa dernière leçon est l'anatomie et que toutes ses leçons sont l'anatomie » Dr Andrew Taylor Still (1928-1917), fondateur de l'ostéopathie.

Ainsi l'ostéopathe va accompagner ce corps qui se modifie à tous les instants de la grossesse, tel un accordéon d'instrument connaissant parfaitement l'anatomie de la structure sur laquelle il pose sa main. Son action sera, sur la femme enceinte, essentiellement myo faciale et viscérale.

PDSF : Quels exercices peuvent recommander les sages-femmes ?

AM : Plus que des exercices, il s'agit d'une posture à transmettre à la patiente. Repositionner sa tête sur ses épaules, ses épaules au-dessus du bassin, son bassin en bas de sa colonne vertébrale, une stabilité sur ses deux pieds (image de la marionnette).

Puis nous pourrions lui montrer des exercices de mobilisation douce du bassin et du sacrum sur ses différents axes, des étirements de muscles traversés par le plexus lombaire, carré des lombes,

psaos, transverse de l'abdomen, fessier, pyramidal, obturateurs interne, périnée...ces muscles en adaptation permanente peuvent entraîner directement des lombalgies en cas de déséquilibre d'une des ficelles de la marionnette mais aussi des contractions prématurées, des congestions pelviennes, etc.

PDSF : La grossesse rime avec imprégnation hormonale, modification du centre de gravité, etc, doit-on penser prévention avant que les douleurs ne surviennent ?

AM : La femme enceinte est imprégnée de relaxine entraînant une hyperlaxité permettant au corps de s'adapter aussi bien au niveau biomécanique qu'au niveau viscérale pelvien. Ceci explique que des femmes « chroniques du dos » passent des grossesses sans douleur, mais aussi que d'autres découvrent le mal de dos ! En effet, les muscles posturaux essaient de compenser cette hyperlaxité ce qui peut irriter certains nerfs (plexus lombaire).

De plus, le centre de gravité va petit à petit se déplacer vers l'avant obligeant la femme à une compensation lombaire, et/ou dorsale. Souvent des douleurs de pied vont apparaître, que l'on retrouvera surtout dans le post-partum puisque les appuis au sol changent pendant la grossesse, avec un possible affaissement de la voûte plantaire (relaxine et poids).

La prévention se situera au niveau de la prise de conscience de sa posture et de son schéma corporel qui va passer obligatoirement par une

écoute de sa respiration thoracique et périnéale. Cette synchronisation permettra à l'utérus de « pousser » les murs sans contrainte supérieure (RGO) ou inférieure (congestion pelvienne) ou latérale (lombalgie)...

PDSF : Vous parlez d'une prise de conscience des modifications corporelles. Prendre conscience, ressentir, avec des exercices posturaux et la respiration, pour certaines patientes cela restent quasi abstraits. Que leur proposez-vous ?

AM : Il faut les détacher de leur corps et leur faire visualiser la "ficelle" de la marionnette en position debout. Ce sont les mains à plat de la sage-femme (ou de l'ostéopathe...) qui viennent toucher le corps de la patiente au niveau de la nuque, des épaules, le long du dos sacrum symphyse et viennent aligner les lignes de gravité. en passant de l'état "porté par ses pieds" à l'état "suspendu sous sa tête" dans la statique puis la dynamique, la femme va petit à petit prendre conscience de sa posture.

PDSF : Quel est votre avis sur la ceinture de maintien des lombaires et du bassin pendant la grossesse ?

AM : La ceinture de maintien lombaire peut être une aide pour les patientes surtout dans le cadre de la multiparité car le soutien du ventre soulage le muscle transverse de l'abdomen et diminue donc la lordose. De plus la fermeture du petit bassin entraîne spontanément une ascension utérine et un repositionnement du bassin bénéfique en cas de lombalgie.

Sources : Comte F, Viseux-Wahl E, les maux de la grossesse- Journées du CNSF 2005

Fouquet B, MJ Borie, S Pellieux, rachis lombaire et grossesse. *Revue du rhumatisme*, 2005, vol 72, pp. 707-714

Kovacs F, Garcia E, Royuela A et al. Prevalence and factors associated with low back pain and pelvic girdle pain during pregnancy. *Spine*. 2012, Aug;37 (17): 1516: 33

A-C. Koeger, rhumatologie et grossesse. *Encycl. Méd.Chir (Elsevier, Paris)*, Akos Encyclopédie Pratique de Médecine, 7-0850,1998, 6p.

V.Pennick, S-D. Liddle. Intervention for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane DatabaseSystRev*. 2013 Aug 1;8: CD001139.

Timsit M A. Pregnancy, low back pain and pelvic girdle pain. *Gynecol Obstet Fertil*. 2004 May; 32 (5): 420-6

Poireaudeau S, Lefeuvre Colau M, Fayard F et al. Lombalgies. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris)*, appareil locomoteur, 15-840-C-10,2004

Henrotin Y, Rozenberg S, Balagué F, Leclerc A, Roux E, Cedrashi C. Recommandations européennes (COST B13) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique. *Revue du rhumatisme* ; 2006 Janu ; 73 (1) : 35-52

Wedenberg K, Moen B, Norling A. Prospective randomized study comparing acupuncture with physiotherapy for low back and pelvic pain in pregnancy. *Acta Obst Gynecol Scand*, 2000 May; 79 (5):331-5

Close C, Sinclair M, Liddle SD, Madden E, McCullough JE, Hughes C. A systematic review investigated the effectiveness of complementary and alternative medicine for the management of low back/or pelvic pain in pregnancy. *J. AdvNurs*. 2014 Aug; 70 (8): 1702-16

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE des nausées et vomissements

incluant les nausées et vomissements induits par une crise migraineuse en associant
ou non les analgésiques oraux pour améliorer leur absorption

PRÉVENTION

des nausées et vomissements

retardés induits par les antimétabolites et/ou la radiothérapie

Prokinyl[®] LP



Métoclopramide

Gélules
à libération prolongée

Nulkius 02/2017 - NSA 17/01/638457/PM/003 - APR-PROK-1701-VI



TECHNI·PHARMA
LABORATOIRES



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

DE L'INTERROGATOIRE À L'EXAMEN D'UNE FEMME VAGINIQUE

SI SA PRÉVALENCE EST DIFFICILE À ÉVALUER PAR LE MANQUE D'ÉTUDES, LE VAGINISME N'EST PAS EXCEPTIONNEL. TABOU ET MULTIFACTORIEL, IL PEUT ÊTRE DÉCOUVERT À L'OCCASION D'UN INTERROGATOIRE MÉDICAL OU VOIRE MÊME AU DÉCOURS D'UN EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE.

Dossier coordonné par G.Dahan-Tarrassona



Avec **Sophie Rocher**,
sage-femme sexologue en libéral, Cholet

Le vaginisme est une contraction réflexe, involontaire, douloureuse de toute la musculature périnéale et péri vaginale rendant la pénétration impossible. Comme le disait, le médecin obstétricien américain, Willian Saul Kroger, « *Le vaginisme est à la pénétration du pénis, ce qu'est le clignement de l'œil à la pénétration du moucheron* ».

LES CAUSES

Dans la plupart des cas, le vaginisme est primaire et total. Il s'agit d'une femme vierge dont la pénétration pénienne et au doigt sont impossibles, de même pour l'examen gynécologique sous spéculum. Cette femme n'a jamais pu explorer son vagin, utiliser de tampon périodique, et fréquemment elle appréhende de regarder son sexe dans un miroir (inhibition sur le regard). Par contre, désir et plaisir clitoridien sont présents. Ceci met en avant la question du choix du partenaire, plus ou moins inconsciente. En effet, une femme vaginique choisira un homme plutôt timide, avec parfois des difficultés de confiance en lui dans le domaine sexuel, voire même qui présentera des troubles de l'érection, un homme qui ne pourra pas accomplir ce que la femme craint. C'est pour cette raison, que le

« Généralement, rares sont les femmes présentant un vaginisme primaire parvenant à tomber enceintes par un rapport sexuel classique. Beaucoup ont recours à la PMA... »

couple ainsi constitué autour du symptôme, et vivant une relation érotique satisfaisante, ne viendra consulter que lors du désir d'enfant. Mais généralement, rares sont les femmes présentant un vaginisme primaire parvenant à tomber enceintes par un rapport sexuel classique. Beaucoup ont recours à la PMA, sans même que le gynécologue ne les interroge sur leur mode de procréation. D'ailleurs, dans la plupart des cas, ces femmes accoucheront par césarienne. D'où l'intérêt de proposer des consultations de sexologie dans les services de PMA, où la prévention de ces situations aberrantes est efficace. Les causes à rechercher sont des antécédents d'agression ou de traumatisme sexuel (chaque rapport est vécu avec le souvenir du traumatisme antérieur), une éducation stricte ou une sexualité présentée négativement

par les parents, un schéma corporel problématique (cause la plus fréquente). Il y a également le vaginisme secondaire. Celui-ci est souvent partiel, secondaire à une période de dyspareunie (mycoses à répétition, cicatrice d'épisiotomie...)

L'IMPORTANCE DE L'ANAMNÈSE

Une/un sage-femme devrait être capable de découvrir ce vaginisme au cours de l'interrogatoire médical, avant même l'examen gynécologique. Ne pas juger, ni interpréter, ni vouloir absolument faire parler la patiente sur un éventuel antécédent de traumatisme. Si cela n'est pas toujours évident, il semble toutefois essentiel de demander systématiquement aux nouvelles patientes, l'existence éventuelle d'antécédents de violences sexuelles. En tant qu'enseignante intervenante auprès des étudiants sages-femmes en master 1 et 2, j'invite tous les futurs professionnels à apprendre à poser ce type de questions.

Ensuite, il est nécessaire d'orienter, de travailler en multidisciplinarité, car la plupart du temps, la souffrance n'est pas

que physique, mais aussi conjugale, sociale et psychologique.

COMMENT LA SAGE-FEMME SEXOLOGUE PROCÈDE-T-ELLE?

La sage-femme sexologue a le bagage nécessaire (3 années d'études supplémentaires) pour une observation clinique au sens large de tous les troubles de l'intériorité face à une patiente présentant un vaginisme (le corps, le désir, le plaisir, la relation à l'autre, la relation à elle-même...). L'évitement du sujet et/ou l'interprétation trop rapide et directe sont évidemment à proscrire.

Il faudra en moyenne 6 à 7 séances de travail thérapeutique pour guérir d'un vaginisme. Plusieurs supports de thérapie sont possibles en fonction des patientes : sophrologie, hypnose, psychologie, exercices de connaissance de soi, chacune à son rythme. Les femmes enceintes dépistées me sont souvent adressées après leur accouchement, lorsque la reprise des rapports devient problématique, la grossesse servant souvent de prétexte pratique pour éviter tout rapport pénétrant.

LES POINTS FORTS DE LA CONSULTATION :

- Poser un diagnostic devant l'impossibilité de pénétration ou de dyspareunie : vaginisme +/- vestibulodynie. Il faut penser aussi à éliminer une malformation de l'hymen, une bride de la fourchette ou une dermatose vulvaire.
- En profiter pour faire de l'éducation et permettre à cette personne de s'approprier sa vulve et son vagin
- Mettre en place un partenariat thérapeutique indispensable pour la suite de la prise en charge
- Les moyens essentiels à ce type de consultation: le respect, l'explication de l'examen clinique et de ses étapes, l'obtention du consentement pour chacune de ces étapes, l'utilisation d'un miroir, sans aucune obligation, la personne étant libre d'interrompre l'examen à tout moment.
- Comprendre que la consultation est une étape pour la patiente de l'appropriation de son corps. Si elle s'est bien passée, c'est déjà une victoire pour elle.
- Proposer un plan de traitement et l'expliquer. L'expérience canadienne montre l'importance

d'autonomiser la personne, et de lui fournir des outils nécessaires pour avancer dans cette démarche, à savoir, une éducation sexologique (documents, sites internet, consultation d'un sexologue), une prise en charge psychologique en cas de problématiques spécifiques associées (troubles anxieux, phobies, abus sexuels, violences...), une prise en charge plus physique: (séances de relaxation vaginale), prise en charge chirurgicale si malformation de l'hymen identifiée lors de l'examen initial ou plus tard lors du traitement (l'examen correct de l'hymen n'est pas toujours possible lors de l'examen initial, et une malformation de l'hymen n'est parfois identifiée que secondairement, lors de la relaxation vaginale).

- Adapter le plan de traitement avec la patiente, en fonction de sa personnalité, de ce qui lui paraît le plus acceptable pour elle.

Source : Prise en charge initiale au cabinet de gynécologie - Aius-Sexogyn octobre 2017 - Marseille

VAGINISME

QUAND LA PSYCHOLOGIE S'EN MÊLE

LE VAGINISME EST AUJOURD'HUI INTÉGRÉ DE FAÇON PLUS LARGE DANS CE QUE L'ON APPELLE LES TROUBLES DE DOULEUR/PÉNÉTRATION GÉNITOPELVIENNE (DSMV). LE MUTISME DES FEMMES VAGINIQUES RENFORCE CETTE PATHOLOGIE. PLUS QU'UN SIMPLE BLOCAGE ANATOMIQUE, C'EST AUSSI L'ASPECT PSYCHOLOGIQUE QUI RENTRE DANS LA DANSE.

Traiter la patiente, c'est aussi dépister et traiter la conséquence de ce trouble : Est-ce inhérent à la personnalité de la patiente ? Est-ce en lien avec une histoire traumatique ou une transmission culturo-familiale négative ? Ou bien à une distorsion cognitive liée à son histoire personnelle ?

La réponse dépend du type de vaginisme (primaire ou secondaire, purement réflexe ou phobique) et des facteurs étiologiques.

DES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ À CONNAÎTRE

L'évaluation de l'histoire psycho affective de la femme vaginique ainsi que de son ressenti lors des exercices génitaux identifiera les facteurs bloquants de la patiente et permettra de formuler avec elle, la conceptualisation psycho-somatique de son cas. Ils existent des facteurs de vulnérabilité, mis en avant dans la littérature :

- Les profils de personnalité de Kroger et Freed 1950 facilitent l'évaluation par leur caractère imagé (L'hyper romantique « Belle au bois dormant », la « Brunehilde » haïssant l'homme, la Reproductrice exclusive « Reine des abeilles »)
- Faible estime de soi, trouble du schéma corporel, angoissée (van Lankveld 2010)
- Score de dégoût élevé (van Overveld 2013) ; Dégoût spécifique de la pénétration (Borg 2014)
- Aversion sexuelle (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

- Discours phobogène par ascendant (Colson 2015)
- Distorsions cognitives anatomo-physiologiques (Cherner 2013)
- Personnalité pluri-phobique (Kaplan 1974, Ohkawa 2001)
- Les interdits culturels et religieux
- Choix défensif d'un partenaire inhibé, peu offensif

QUAND LES APPROCHES MÉDICALES ET CORPORELLES NE SUFFISENT PAS

La méthode qui fait consensus est la sexothérapie cognitivo-comportementale associant exercices d'intégration sensorielle du vagin au schéma corporel et entretiens psychodynamiques axés sur la résolution des peurs et cognitions sexuelles négatives. Cette prise en charge donne entre 80% (Engman 2010) et 90% (Jeng 2006) de bons résultats. La place du sexologue est indiquée dans les cas où les approches médicales et corporelles (traitements locaux, counseling, exercices) ne suffisent pas. Des compétences en sexothérapie et psychologie peuvent s'avérer nécessaires dans cette complexité que recèle le vaginisme. Ce qui amène les professionnels à travailler en réseau. Toutefois, quand le praticien consulté n'assure pas l'intégralité de la prise en charge, il est important que celui-ci reste l'interlocuteur privilégié en poursuivant la coordination des soins.

Source : Aius-Sexogyn - Marseille 2017 - Vaginisme: quand faut-il adresser à un sexologue ? Robert Porto : psychiatre, gynécologue, sexologue (Marseille)

CAS CLINIQUE :

L'APPORT DE L'HYPNOSE DANS LA PRISE EN CHARGE DU VAGINISME

POUR AIDER LES FEMMES À SE DÉBARRASSER D'UN VAGINISME, CAROLE LEPRUNIER, SAGE-FEMME LIBÉRALE, ASSOCIE À SA PRISE EN CHARGE L'HYPNOSE. ELLE NOUS FAIT PARTAGER SON EXPÉRIENCE À TRAVERS LE CAS DE MME P.



Carole Leprunier, sage-femme libérale,
formée en hypnose Ericksonienne, Valence

Pourquoi l'hypnose ?

Formée depuis peu, j'ai l'occasion de pratiquer l'hypnose en prénatal dans mes séances de préparation à la naissance, autant pour la prévention de la douleur, que pour les mauvais vécus d'accouchement, le stress général, le stress de la naissance à venir, et pour les futures mamans non prêtes à accoucher alors que le terme approche... Les thèmes sont nombreux ! L'hypnose me sert aussi en postnatal et particulièrement pour des périnées aréactifs, non ressentis et j'ai constaté des résultats incroyables. Alors, forte de ces observations, face à des patientes présentant un vaginisme, je me suis dit qu'il n'y avait aucune raison que l'hypnose ne soit pas bénéfique ! Quelques cas m'ont semblé intéressants à décrire, et ce sont surtout des vaginismes nouveaux, post-césariennes.

RAPPEL SUR LES DÉFINITIONS DE L'HYPNOSE

Selon l'Association Médicale Britannique (1955) «L'hypnose est un état passager de conscience modifiée, provoquée par des suggestions, des métaphores, totalement personnalisées, afin de déclencher des profonds processus de changement et de résolution de problématique, à visée thérapeutique. [...] L'hypnose conversationnelle ouvre le sujet vers des solutions ou des modes de fonctionnement auxquels il n'avait pas accès jusque-là. Ainsi des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices peuvent être, dans l'état hypnotique, produits ou supprimés [...] ».

Pour Milton Erickson (psychiatre et psychologue américain) : « l'hypnose est un moyen de communiquer au patient des idées et une compréhension de lui-même qu'il sera particulièrement réceptif aux idées présentées. Il y trouvera des raisons pour explorer ses aptitudes, pour maîtriser ses réponses psychiques et physiologiques, et son comportement. [...] »



Dans les séances que j'ai pratiquées, j'ai mélangé hypnose, beaucoup de pratique manuelle, très peu d'électrostimulation, tout en veillant à être bienveillante par rapport à ce mal-être physique et psychique. Chaque séance est adaptée au besoin de la patiente, à son ressenti et ses souhaits.

Hypnose et vaginisme post-césarienne

Voici le cas de Mme P, 28 ans, vue 6 fois en consultation périnéale. Il s'agit d'une primipare sans antécédent particulier. Elle a accouché par césarienne en code rouge pour HELLP syndrome à terme et a été hospitalisée en réanimation pour déficit rénal avec dialyses.

Cette patiente se présente à nouveau à moi, à 4 mois de l'accouchement (nous nous étions revues à sa sortie de l'hôpital, pour elle et son enfant), pour dyspareunie, impossibilité de rapports sexuels. Sur le plan moral, cette patiente semble avoir digéré la pathologie

« Dans les séances que j'ai pratiquées, j'ai mélangé hypnose, beaucoup de pratique manuelle, très peu d'électrostimulation, tout en veillant à être bienveillante par rapport à ce mal-être physique et psychique. »

et la gravité de son accouchement. Elle a repris son travail et le relationnel avec son enfant est parfait. À l'examen, impossible de pratiquer un toucher vaginal en raison d'un vaginisme, et de douleurs importantes, dès le premier contact sur la peau.

Schéma thérapeutique

La 1ère consultation consiste en un long dialogue sur ses ressentis, ses douleurs, ce qu'elle souhaite, ainsi qu'un massage doux à la vulve en « motte de beurre », associé à des explications de gestes simples pour qu'elle puisse les reproduire chez elle. Je lui propose de la Lidocaïne en gel pour éviter les douleurs et un lubrifiant.

Nous avons d'abord travaillé en hypnose sur le vécu de son accouchement, puis lors d'une 2ème séance sur le périnée à relâcher, à ressentir, à laisser « vivre », ainsi que sur le stress des relations sexuelles à venir. Mme P. adhère à ce programme nouveau pour elle. Et nous commençons par un protocole de visualisation de son accouchement, écran à modifier. Elle entre en hypnose facilement.

La 2ème séance est basée sur les sensations corporelles en état hypnotique, visualisation de son périnée qu'elle dit voir loin de son corps, comme un tube rigide et noir. Nous travaillons sur l'image de ce périnée négatif, ainsi que sur le mouvement des vagues accompagnant la respiration, puis le périnée qui peut aussi accompagner ce mouvement. Mme P. me dit en fin de séance qu'elle l'a « un peu » senti bouger et « respirer ».

Je lui propose de retravailler cet exercice chez elle, à l'aide de la respiration, tout en retrouvant l'état agréable d'hypnose. Plutôt le soir, quand elle est au calme dans le but de le ressentir de plus en plus.

Une quinzaine de jours plus tard, 3ème consultation. Elle se masse rarement faute de temps. Un rapport sexuel avec pénétration a été possible mais peu satisfaisant et douloureux, malgré la Lidocaïne, qu'elle a vite abandonnée par désagrément et pour le manque de romantisme ! Cette séance sera alors basée sur des massages circulaires des différents muscles que je sens tendus sous mes doigts à l'entrée de la vulve.

Le périnée se relâche bien au contact. Et en fin de séance, il n'est plus du tout douloureux.

La 4^e consultation, une semaine plus tard: elle ressent son périnée plus relâché mais encore extrêmement sensible à la pénétration « comme des lames de rasoir ». Je peux l'examiner mais le périnée n'est pas relâché. Nous travaillons tout d'abord avec des massages sur les différents faisceaux musculaires à l'entrée de la vulve, afin de les assouplir. Le but est de sentir le relâchement qui en découle. En fin de séance, elle perçoit davantage son relâchement et n'a plus de douleur.

La 5^e consultation, nous travaillons à l'identique. Celle se déroule beaucoup mieux, le périnée est relâché et les douleurs s'estompent. Je lui propose une petite sonde tubulaire qu'elle essayera de placer tranquillement chez elle afin que nous puissions travailler la prochaine fois en protocole douleur en électrostimulation*.

À la 6^e séance, on utilise l'électrostimulation en protocole douleur. Mme P. place elle-même la sonde avec quelques difficultés et douleurs, mais après un massage assez rapide, cela devient plus facile.

Elle me dit se sentir plus sereine, elle a repris une vie sexuelle plus régulière bien que les rapports ne soient pas encore « normaux » pour elle. Les massages pré-rapports sont encore nécessaires, le conjoint coopère bien. Je propose de laisser un peu de temps avant de se revoir, de poursuivre les massages, de continuer à ressentir les mouvements de son périnée « comme des vagues », le soir quand elle se couche.

Quelques semaines après, nous nous contactons par téléphone, elle va nettement mieux et tout cela « fait son chemin » positivement !

**Petit appareil Peristim d'électrostimulation, programme « Tens » (Haute fréquence) de soulagement de douleur, fréquence 80 HZ, stimulation en continu, 20 à 30 min, la stimulation doit être suffisamment intense sans provoquer de douleur.*

QU'APPORTE LA CMP DANS LA PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME VAGINIQUE ?

LA MÉTHODE « CONNAISSANCE ET MAÎTRISE DU PÉRINÉE » (CMP) A ÉTÉ MISE AU POINT PAR LA SAGE-FEMME DOMINIQUE TRINH DINH. SI LA TECHNIQUE EST UN ÉLARGISSEMENT DES ENSEIGNEMENTS CLASSIQUES DE RÉÉDUCATION PÉRINÉALE, IL SEMBLERAIT QU'ELLE TROUVE AUSSI SA PLACE DANS LA PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME SOUFFRANT D'UN VAGINISME.



Avec **Valérie Anguilla**, sage-femme sexologue
en libéral, Aix-les-Bains

La CMP : Qu'est-ce que c'est ?

Il s'agit avant tout d'une méthode éducative. Apprendre aux femmes leur anatomie constitue déjà un bon démarrage dans ce type d'accompagnement. Elles possèdent souvent peu de connaissances dans ce domaine ou même des fausses croyances. Pourtant cette zone représente la féminité, la sexualité, la maternité avec l'énergie et la symbolique qui en découlent. Dominique Trinh Dinh parlait même de « no women's land » tant cette zone se situe entre le « ça n'existe pas » et le « c'est sale »!

La CMP associe aussi le corporel, puisqu'il s'agit d'une méthode de rééducation périnéale, dont l'objectif est l'autonomie de la patiente. En fait, c'est un apprentissage d'exercices pratiqués sur le souffle. Ils sont réalisés dans différentes postures (debout, assise, couchée et accroupie), basés sur la visualisation d'images contenant des ancrages anatomiques permettant de mobiliser jusqu'à 12 zones vulvaires et vaginales de façon ciblée.

Ces visualisations sont classiquement utilisées dans le sens de la fermeture, pour renforcer le plancher pelvien, mais peuvent aussi être pratiquées dans le sens de l'ouverture, et donc du relâchement. Ces femmes ont besoin de sécurité, de maîtriser, donc il est très important qu'elles puissent savoir « fermer » et « ouvrir ».

Des images spécifiquement dédiées au vaginisme ont été créées par Mme Supper, dans le cadre de l'APPEC (art de la transmission créative), en Éducation Rééducation du Périnée Féminin.

En pratique

Le travail avec la CMP est un véritable partenariat avec la patiente. L'objectif de cette méthode médicale rigoureuse est d'accompagner vers l'autonomisation, à travers des exercices périnéaux, reproductibles en dehors des consultations. Je débute l'accompagnement par un questionnaire médical d'environ 45 minutes.



Basé sur l'écoute avec des questions ouvertes, il permet aux patientes d'aborder le motif de consultation, les symptômes, l'histoire personnelle, etc. Ce rendez-vous est essentiel pour démarrer une prise en charge en toute confiance.

À cette séance, si la patiente est prête, je lui fournis des informations sur la méthode de visualisation (image de la grotte) et je lui montre quelques schémas.

La séance suivante, je propose un examen au miroir. À l'aide de celui-ci, elle regarde sa vulve et des schémas pour mieux se rendre compte de son anatomie. Il est nécessaire de toujours proposer, la patiente doit se sentir prête.

La consultation suivante abordera l'apprentissage des exercices (le pont-levis, le papillon, le portail). Il est conseillé de les pratiquer quotidiennement pour s'approprier ces nouvelles connaissances et pour se familiariser à la perception du périnée. Comme ces femmes ont généralement des muscles surdéveloppés, la perception progresse assez vite.

Lorsqu'elles parviennent à cette perception, je les accompagne vers la possibilité de réaliser des exercices de désensibilisation.

« La désensibilisation est la base de la prise en charge physique du vaginisme, développée par les sexologues Masters et Johnson dans les années 60 et reprise par Dr Kaplan »

La désensibilisation :
« Technique que j'inclus dans ma prise en charge en plus de la CMP »

La désensibilisation est la base de la prise en charge physique du vaginisme, développée par les sexologues Masters et Johnson dans les années 60 et reprise par Dr Kaplan, sexothérapeute. Ils incluaient dans leur approche thérapeutique des exercices de « Sensate focus », une technique pour trouver ou retrouver le plaisir du toucher sensuel dans le couple, d'abord de façon non sexuelle. Technique que j'inclue dans ma prise en charge en plus de la CMP, pour favoriser le rapprochement du couple, le désir et l'excitation. C'est de la sexologie pure.



Peut-on recourir à la CMP durant la grossesse ?

La CMP est une méthode de rééducation tout à fait utilisable pendant la grossesse, notamment chez des femmes présentant une incontinence urinaire d'effort importante. Pour le vaginisme, l'état de grossesse peut faciliter les prises de conscience, donc la rapidité de son évolution. L'intervention d'un autre praticien (psychologue, sexologue, hypnothérapeute, sophrologue, ostéopathe...) peut aussi compléter la prise en charge de la patiente.

À l'aide de dilateurs ou sans - je préfère sans, car cela veut dire que la patiente peut se toucher, mais cela se décide en fonction de cette possibilité et de la participation possible ou non du partenaire - minimum 5 jours par semaine, elle doit prendre un temps calme, seule au début, puis avec le partenaire, pour introduire progressivement un doigt dans le vagin (se toucher à l'extérieur, puis pulpe du doigt, bout du doigt, 1 phalange, 2 phalanges, le doigt en entier en bougeant progressivement latéralement, mouvement de va-et-vient). Pour commencer, en tenant le doigt du conjoint puis en le laissant faire. Ensuite progressivement le 2ème doigt dans la même logique. Le massage périnéal est aussi très souvent proposé.

Si la patiente préfère les dilateurs, taille 1, puis 2 (rapidement en général), taille 3... Passé la taille 2, elle peut utiliser un tampon si elle le souhaite. Quand elle parvient à la taille 4, on peut proposer de commencer progressivement avec la verge du partenaire, pour arriver doucement à l'intromission complète, ensuite aux mouvements de va-et-vient, propres au rapport sexuel.

En s'appropriant les exercices d'ouverture de vulve, couplés aux exercices d'intromission,

la patiente peut se débarrasser de ses peurs d'autant plus vite et s'autonomiser, lâcher prise tout en gardant le contrôle.

Les limites de la CMP ?

La CMP n'est pas une sexothérapie et ne peut pas apporter les notions autour du désir, de l'excitation sexuelle, du plaisir, permettant d'aider la lubrification, la dilatation vaginale qui aide à la pénétration sans douleur. La fonction sexuelle est le résultat d'un apprentissage de chacun. Ces femmes présentent souvent des troubles de la sexualité par manque d'intérêt ou dégoût sur le sujet. Une sexualité harmonieuse ne peut se résumer à la possibilité de pénétration de la verge.

La prise en charge doit être adaptée à la demande de ces femmes. Certaines éprouvent une sexualité épanouie sans pénétration mais souhaitent une grossesse. D'autres peuvent avoir pour but final la pénétration.

La rééducation périnéale forme un maillon de la thérapie, et la CMP, une méthode qui peut aider certaines femmes à évoluer dans cette démarche.

CONTRACEPTION

INFORMER ET CONSEILLER POUR UNE MEILLEURE EFFICACITÉ

INFORMER, GUIDER, ACCOMPAGNER, ORIENTER, AUTANT D' ACTIONS À ENTREPRENDRE AU COURS D'UNE CONSULTATION DE CONTRACEPTION. CRAINTE D'EFFETS SECONDAIRES, DE COMPLICATIONS OU SIMPLEMENT FAUSSES CROYANCES, LES PATIENTES NE DOIVENT PLUS ÊTRE VICTIMES DE DÉSINFORMATION. SURTOUT À L'HEURE OÙ LA DÉFIANCE VIS-À-VIS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SE FAIT SENTIR.

Par G.Dahan-Tarrasona

L'INFORMATION ÉCLAIRÉE : UNE OBLIGATION

Lors d'une consultation, la patiente doit bénéficier d'une information complète et éclairée. Le praticien doit lui fournir des renseignements sur la contraception choisie et les alternatives envisageables.

Il s'agit d'une obligation légale (Art L 1111-2 CSP) depuis la loi Kouchner du 4 mai 2002. La loi stipule qu'une personne doit être informée sur son état de santé a priori, c'est-à-dire, les investigations, les traitements, leurs utilités, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles, les autres solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus. Une personne doit aussi être informée sur son état de santé a posteriori, lorsque des risques nouveaux sont identifiés plusieurs années après.

LA PRÉVENTION, ON Y PENSERA

Lorsque la patiente a choisi sa méthode contraceptive, il est essentiel de lui transmettre au cours de l'entretien individuel :

- L'explication du mécanisme d'action
- Le mode d'emploi et les procédures de pose et retrait dans le cas d'une contraception intra-utérine ou de l'implant

Modalités de prescription d'une contraception pour la jeune fille mineure

La jeune fille mineure n'a pas obligation d'obtenir le consentement de ses parents pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs (prise de la pilule ou pose d'un stérilet), en application de l'article L. 5134-1 du Code de la santé publique. Les professionnels de santé sont tenus au secret médical pour chacune de ces situations. Dans le cas où la jeune fille souhaite garder secret la prescription, elle ne sera pas mentionnée sur les relevés de remboursement de l'Assurance maladie, le professionnel mettra en œuvre la procédure de préservation du secret en utilisant un NIR spécifique (numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques). Si la jeune fille est dans l'impossibilité de présenter sa carte Vitale ou son attestation de droits, il est possible de recourir à cette procédure exceptionnelle d'anonymat.

Demande ou non du secret, le tiers payant sur la délivrance des contraceptifs remboursables doit être systématiquement pratiqué.

Source : Ameli.fr

- Les bénéfices et risques
- Les effets indésirables qu'ils soient exceptionnels et/ou avec une faible gravité
- Les alternatives
- Le coût, le remboursement



« À la fin de la consultation, il faut s'assurer que l'information ait été comprise quant aux modalités d'utilisation de la contraception, sur l'anticipation du renouvellement d'ordonnance, la prévention des IST et du suivi médical ultérieur. »

Toutes ces informations données doivent être consignées dans le dossier et relayées à la patiente par la remise d'un document sur les modalités de la contraception choisie. Il est possible de retrouver ces documents auprès de l'HAS, INPES, ANSM. Si la patiente est d'accord, il est préférable d'aviser, par courrier, le médecin généraliste de cette nouvelle prescription.

LE COUNSELLING : ÉVALUER LES BESOINS ET LES ATTENTES DES PATIENTES

Les consultations pour définir le choix contraceptif est un moment d'échange et de dialogue. Le professionnel aide la patiente à prendre sa décision tout en prenant en compte les éventuelles contre-indications et sa réalité quotidienne. Il faut être attentif à ces paramètres :

- L'âge
- Le tabagisme

- Les antécédents personnels et familiaux (maladie chronique, thromboembolique,...)
- Les expériences contraceptives (bénéfiques, risques, rapport aux règles...)
- Les situations personnelles et affectives : fréquence des rapports, projet d'enfant ou non, mode de vie, que ferait-elle en cas de grossesse?...

Fournir l'information est essentielle mais cette obligation ne s'arrête pas là, « la patiente a-t-elle compris tout ce que je viens de lui expliquer? ». C'est pourquoi, à la fin de la consultation, il faut s'assurer que l'information ait été comprise quant aux modalités d'utilisation de la contraception, sur l'anticipation du renouvellement d'ordonnance, la prévention des IST et du suivi médical ultérieur.

COMMENT AIDER UNE FEMME À CHOISIR SA CONTRACEPTION ?

Des fiches mémo permettent de guider le professionnel dans ce type de consultation, notamment celles de l'HAS et de l'INPES (ci-dessous).

En pratique : qu'est-ce qu'un diagnostic éducatif ?

Il permet à la consultante avec l'aide du professionnel, d'identifier ses besoins, d'appréhender les différents aspects de sa personnalité, de prendre en compte ses demandes. Il s'agit d'explorer ensemble :

→ « CE QU'ELLE A »

État de santé, facteurs de risque personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipidémie, migraine, accidents thrombo-emboliques...) maladies et traitements éventuels, histoire de sa contraception, IVG, etc. ;

→ « CE QU'ELLE FAIT »

Situations familiale et professionnelle, activités sociales et de loisirs, lieu de vie, niveau de ressource, couverture sociale, etc. ;

→ « CE QU'ELLE SAIT »

En matière de contraception (les méthodes, leurs utilisations, etc. ;

→ « CE QU'ELLE CROIT »

Croyances relatives aux bienfaits ou aux méfaits des méthodes contraceptives, croyances liées à sa culture, à sa situation sociale et familiale, son éducation et son parcours, etc. ;

→ « CE QU'ELLE RESSENT »

Au sujet de sa vie affective et sexuelle et vis-à-vis de la contraception (inquiétude, résignation, impuissance, motivation, etc.) ;

→ « CE QU'ELLE A ENVIE »

Ses projets, un désir de grossesse, méthode contraceptive précise, etc.

LES BÉNÉFICES DE L'INFORMATION ET DU COUNSELLING

Se sentir à l'aise avec une contraception, parce que l'on a compris les modalités, les bénéfices, les risques mais surtout parce qu'elle est personnalisée, est un atout majeur pour favoriser une efficacité optimum. De fait, le temps employé à ce type de consultation est indispensable, comme le démontrent des études. L'information éclairée associée au counselling améliorerait la compliance de la patiente et favoriserait une durée d'utilisation plus longue de la contraception ce qui induit une plus grande efficacité.

Une information en bonne et due forme incite à choisir en toute connaissance de cause, sans biais ; L'étude CHOICE, réalisée auprès de 9256 femmes de 14 à 45 ans entre 2007 et 2011, a montré qu'avant l'étude, seules 5% des femmes utilisaient une méthode de contraception de longue durée, alors qu'après une information sur l'ensemble des méthodes, ce chiffre passait à 75%.

Dans cette stratégie du counselling, le travail s'axe aussi sur la prévention à plus long terme. Comment être sûre que la patiente reverra le gynécologue ou la sage-femme, en cas d'oubli de contraception, lorsque celle-ci est auto-arrêtable, ou bien lorsqu'il y a désir de grossesse ? Aucune certitude, c'est pourquoi, en prévention de grossesse non désirée ou de souhait de grossesse, le prescripteur peut rajouter sur l'ordonnance une contraception d'urgence et l'acide folique à débiter en préconceptionnel.

Sources : Web débat du 8/11/2017 : Information éclairée et counselling en contraception : quelles implications en contraception ?

Dehlendorf C. et al. Shared decision making in contraceptive counseling. *Contraception*. 2017 May;95(5):452-455. doi: 10.1016/j.contraception.2016.12.010. Epub 2017 Jan 6.

Dehlendorf C. et al. Association of the quality of interpersonal care during family planning counseling with contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Jul;215(1):78.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2016.01.173. Epub 2016 Jan 28.

Schivone GB, Glish LL. Contraceptive counseling for continuation and satisfaction. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2017 Dec;29(6):443-448. doi: 10.1097/GCO.000000000000408.

MORTALITÉ MATERNELLE

OÙ EN EST-ON EN FRANCE ?

« LES MORTS MATERNELLES EN FRANCE : MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX PRÉVENIR », TEL EST L'INTITULÉ DU 5^E RAPPORT DE L'ENQUÊTE NATIONALE CONFIDENTIELLE SUR LES MORTS MATERNELLES (ENCMM), PUBLIÉ RÉCEMMENT. CELUI-CI DRESSE UN ÉTAT DES LIEUX DES DÉCÈS MATERNELS SUR LA PÉRIODE 2010-2012 EN FRANCE.

Par G.Dahan-Tarrasona

Décès maternels : Qui sont ces femmes ?

Le risque de mortalité maternelle (RMM) selon les âges est statistiquement significatif à partir de 35 ans. Celui-ci est multiplié par 2,4 pour les femmes âgées de 35-39 ans, et par 3 au-delà de 40 ans. Il semblerait aussi que le pays de naissance influence les décès de ces femmes. Par exemple, les femmes nées en Afrique subsaharienne présentent un risque trois fois plus élevé que celui des femmes nées en France. Parmi ces décès, le groupe le plus représenté est celui des femmes nées en Haïti. Outre le lieu de naissance, le lieu de résidence influence le RMM, où la différence la plus marquée est observée dans les DOM, avec un risque de mortalité maternelle 4,5 fois plus grand qu'en métropole. L'Île de France se distingue aussi des autres régions avec un risque supérieur de 40%. Les caractéristiques de la population n'expliquent pas à elles seules ces hétérogénéités, il faut également tenir compte des variations de prise en charge.

D'autres facteurs de risque : obésité, grossesses multiples, PMA...

Entre 2010 et 2012, parmi 213 morts maternelles, 21% sont survenues chez des femmes obèses, soit une proportion 2 fois plus grande que dans la population générale des parturientes.

La grossesse multiple est un facteur de risque de complications obstétricales. Mais son impact sur les altérations sévères de la santé maternelle est assez peu documenté. Sur la période étudiée, 8 morts maternelles sont survenues chez des femmes porteuses de grossesse multiple (7 jumeaux et

1 triple), soit un RMM spécifique de 18,5 décès pour 100 000 accouchements multiples. Cependant, le RMM spécifique des grossesses multiples a diminué de moitié par rapport à celui observé pour la période 2007-2009.

Parmi les causes de ces 8 décès maternels : 2 hémorragies obstétricales, 2 AVC, 1 embolie amniotique, 1 embolie pulmonaire, 1 sepsis et 1 cardiomyopathie du péri-partum.

Concernant les grossesses obtenues par FIV, 7 morts maternelles sont survenues, dont 2 avec don d'ovocytes, soit 4% des décès maternels (parmi ceux dont le contexte d'AMP était renseigné), proportion plus élevée que celle rapportée parmi l'ensemble des parturientes (2,3% dans l'Enquête nationale périnatale 2010). Parmi ces 7 morts maternelles, 4 sont survenues après une naissance, les 3 autres en cours de grossesse. Les causes du décès maternel chez ces 7 femmes étaient les suivantes : 2 hémorragies obstétricales, 2 AVC, 2 embolies amniotiques et 1 embolie pulmonaire.

La période la plus à risque

La période peripartum, de l'accouchement à 42 jours post-partum, concentre 56% des décès maternels (en diminution par rapport à la période 2007-2009, avec 72%); au sein de cette fenêtre, la période la plus critique est le peripartum rapproché : 21% des décès surviennent dans les 24 h (post-partum immédiat) et 37% dans les 7 jours suivant l'accouchement. Toutefois, 21,5% des femmes sont décédées pendant une grossesse évolutive, sans accouchement, pourcentage en augmentation comparativement à la période 2007-2009 (14%). On note aussi que 10% des

décès maternels surviennent dans un contexte de terminaison précoce de la grossesse (interruption volontaire de grossesse, grossesse extra-utérine, interruption médicale de grossesse ou fausse couche spontanée). Enfin, 12% des décès maternels surviennent entre 42 jours et 1 an du post-partum, ce qui confirme l'importance d'étendre la surveillance à cette période.

On observe aussi que la grande majorité des décès maternels (76%) surviennent dans les établissements hospitaliers publics, ce qui s'explique par la localisation des services de réanimation adaptés à la prise en charge des complications sévères.

Les causes retrouvées

Les décès de causes obstétricales directes représentent près de la moitié des cas, mais en diminution par rapport à la période précédente. Bien que sa fréquence ait diminué de moitié en 10 ans, l'hémorragie obstétricale demeure la 1ère cause de décès (11%) ; la cause principale est l'atonie utérine (41%), suivie par la rupture utérine (21%) et les plaies per-césariennes (21%). Viennent ensuite les thrombo-embolies veineuses et les embolies amniotiques, 10% et 9% des morts maternelles. Les causes indirectes sont responsables de 39% des morts maternelles. Les AVC sont la principale entité de la mortalité indirecte devant les maladies cardiovasculaires.

Six décès maternels sont survenus dans les suites d'une interruption volontaire de grossesse. Ce groupe attire l'attention car il peut être un marqueur des conséquences graves d'un défaut potentiel de couverture contraceptive. Dans 1 cas, il s'agissait d'un avortement clandestin et la femme est décédée d'une hémorragie chez elle. Parmi les 5 autres cas : 1 choc hémorragique (IVG chirurgicale), 1 embolie pulmonaire, 1 choc toxi-infectieux à *Clostridium perfringens* (IVG médicamenteuse), 1 suicide, et 1 décès de cause non identifiée dans un tableau de mort subite 2 jours après une IVG chirurgicale. Pour la période 2010-2012, 11 suicides ont été classés parmi les morts maternelles, 1 comme

Les « 22 messages-clés »

Suite à l'analyse de ces décès maternels, l'enquête propose des pistes d'amélioration à travers 22 messages généralistes et spécifiques aux pathologies retrouvées, à destination des professionnels cliniciens.

Retrouvez-les sur :
inus.santepubliquefrance.fr

mort maternelle directe car survenu dans un contexte de dépression du post-partum, et 10 survenus dans un contexte de pathologie psychiatrique préexistante décompensée par la grossesse, et donc classés comme morts maternelles indirectes. Ces 11 suicides

représentent donc 4% des morts maternelles en 2010-2012. Enfin, 14% des morts maternelles n'ont pas pu être classées dans le groupe direct ou indirect, faute d'étiologie établie. Dans deux tiers des cas, il s'agissait de morts subites inexplicables. C'est pourquoi, il est important de porter son attention sur les RMM par cause, plus que sur le RMM global, pour identifier clairement les facteurs d'évitabilité. Les causes non établies de ces décès maternels soulignent l'importance de la pratique d'autopsie : seulement 29% des décès maternels ont donné lieu à une autopsie en France, proportion qui n'a pas du tout évolué depuis le triennum précédent 2007-2009. Pourtant dans ce contexte, elle est fortement recommandée (directive européenne).

LES CHIFFRES À RETENIR

- En France, 85 femmes / an, meurent d'une cause liée à la grossesse, l'accouchement ou le post-partum
- 56% de ces décès sont considérés comme « évitables » ou « peut-être évitables »
- Les décès par hémorragie restent la 1ère cause de mortalité maternelle évitable (11% des décès) en France, mais pour la 1ère fois sa fréquence a diminué de moitié en 10 ans
- Le RMM est multiplié par 2,4 pour les femmes âgées de 35-39 ans
- Les femmes nées en Afrique subsaharienne ont un risque 3 fois plus élevé de RMM par rapport aux femmes nées en France
- Le RMM est de 40% supérieur en île de France par rapport aux autres régions
- 21% des décès surviennent dans les 24 h (post-partum immédiat) et 37% dans les 7 jours suivant l'accouchement.

Source : Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir
5e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2010-2012
Santé publique France, INSERM

TERRAIN ALLERGIQUE OU ALLERGIE AVÉRÉE, QUELLES SONT LES ALTERNATIVES EN L'ABSENCE D'ALLAITEMENT MATERNEL ?

DÈS LE PLUS JEUNE ÂGE, CERTAINS ENFANTS ONT PLUS DE RISQUE DE DÉVELOPPER UNE ALLERGIE : LORSQUE LE PÈRE, ET/OU LA MÈRE, ET/OU LE FRÈRE, ET/OU LA SŒUR A UNE ALLERGIE, QU'ELLE SOIT DIGESTIVE, RESPIRATOIRE, OU CUTANÉE. LORSQU'UN PARENT DE 1ER DEGRÉ A OU A EU UNE ALLERGIE PROUVÉE, SON RISQUE EST DE 20% ET PASSE À 43% DANS LE CAS DE 2 APPARENTÉS ALLERGIQUES. AVEC UN FRÈRE OU UNE SŒUR ALLERGIQUE AUX PROTÉINES DU LAIT DE VACHE, LE RISQUE D'ALLERGIE EST ALORS DE 33% CHEZ L'ENFANT. SI DANS CES SITUATIONS, L'ALLAITEMENT MATERNEL EST D'AUTANT PLUS RECOMMANDÉ, QUE CONSEILLER AUX MÈRES QUI NE PEUVENT OU NE SOUHAITENT PAS ALLAITER ?

Propos recueillis par G.Dahan-Tarrasona



Avec **Dr Alain Bocquet**, pédiatre libéral et CHU de Besançon, spécialisé en gastro-entérologie et nutrition et responsable du site mpedia.fr

LAITS 1ER ÂGE HA : RÉELS INTÉRÊTS ?

Les laits 1er âge hypoallergéniques (HA) sont destinés aux enfants définis comme étant à risque allergique, c'est-à-dire, avec au moins un parent du 1er degré allergique, quel que soit le type d'allergie (respiratoire, cutanée, digestive).

En cas d'allergie familiale, les recommandations préconisent un lait HA (fragmentation partielle des protéines par action enzymatique) si la mère ne peut ou ne veut allaiter. Cette recommandation est issue de différentes études, dont l'importante étude sur la prévention des allergies, GINI (German Infant Nutritional Intervention), financée par le Ministère allemand. Celle-ci a montré qu'avec un lait HA, les bénéfices se rapprochaient d'un lait de femme en matière de prévention allergique. Le Comité

de nutrition de la Société française de pédiatrie recommande le lait HA en cas de facteurs de risque d'allergie. Ce lait HA ne sera donné que dans les premiers mois, et stoppé dès la diversification. Il s'agit donc d'une prescription sur 4 à 6 mois maximum. Cette recommandation est actuellement remise en question par certains allergologues et certaines publications. Même si le scepticisme persiste pour certains, au final, on n'a pas grand-chose à perdre mais plutôt à y gagner, puisque des études ont montré que ce type de lait réduisait de 40% la fréquence des dermatites atopiques et semblait limiter le risque d'allergies cutanées, digestives et respiratoires. Des bémols se situent plus au niveau de leur goût moins savoureux, des tarifs plus coûteux et par l'odeur nauséabonde et le manque de consistance des selles qu'il engendre .

L'allaitement maternel : toujours le meilleur choix !

- L'allaitement maternel exclusif pendant au moins les 4 premiers mois est associé à une diminution de la prévalence de la dermatite atopique et de l'allergie au lait de vache pendant l'enfance.
- À l'heure actuelle, les données analysées par l'AAP, l'EAACI, l'ESPGHAN, l'AAAAI, le NIAID et l'ASCIA amènent ces organismes à favoriser l'allaitement maternel exclusif pendant les quatre à six premiers mois de vie. Pour l'OMS, les recommandations sur l'allaitement maternel exclusif portent jusqu'à l'âge de 6 mois.
- Pour prévenir l'atopie du nourrisson, la femme allaitante doit garder une alimentation équilibrée et ne pas adopter de régime particulier

Source : Chan ES, Cummings C. Dietary exposure and allergy prevention in high-risk infants. A joint statement of the Canadian Pediatric Society and the Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology. *Pediatr Child Health* 2013; 18 (10): 545-9.

AAP: American Academy of Pediatrics ; EAACI: European Academy of Allergy and Clinical Immunology; ESPGHAN: European Society of Pediatrics Gastroenterology, Hepatology and Nutrition; AAAAI : American Academy of Allergy, Asthma and Immunology; NIAID: National Institute of Allergy and Infectious Diseases; ASCIA: Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy; OMS: Organisation mondiale de la Santé

EN CAS D'ALLERGIE AUX PROTÉINES DU LAIT DE VACHE (APLV)

Lorsque des enfants présentent des signes cliniques qui disparaissent avec un régime sans protéines du lait de vache, cela évoque généralement une APLV. Il existe 2 types d'APLV, soit médiée par les IgE soit non IgE médiée. Il est possible de confirmer le diagnostic d'APLV IgE médiée par le dosage des IgE (RAST) et la réalisation de tests cutanés alors qu'il n'existe pas de possibilité de confirmation biologique du diagnostic en cas d'APLV non IgE médiée.

Pour alimenter un enfant atteint d'APLV, il existe 2 types d'hydrolysats de protéines, soit lactées bovines, soit de riz.

Les recommandations internationales préconisent les hydrolysats de protéines lactées bovines parce que ceux de protéines de riz ne sont pas disponibles en Europe du Nord ni aux USA. Par contre, dans les



DES SITES À CONSEILLER AUX PARENTS

- Le site www.laits.fr : les indications, et compositions actualisées des préparations infantiles, très utiles pour les professionnels aussi !
- Le site www.mpedia.fr, site gratuit pour informer les parents d'enfants de 0 à 11 ans : plus de 500 articles rédigés de façon indépendante par plus de 160 experts, des vidéos, et des réponses personnalisées en 24 à 48 heures.

pays où ces hydrolysats sont commercialisés, c'est-à-dire, la France, l'Italie, l'Espagne, on peut tout à fait les recommander en première intention. L'avantage des hydrolysats de protéines de riz, c'est qu'ils ont meilleur goût, et qu'ils sont moins chers. Ils sont efficaces parce qu'ils ne contiennent aucune protéine lactée, contrairement aux hydrolysats de protéines lactées bovines, où persistent de petits fragments de protéines de lait parfois responsables de non efficacité.

Par contre, dans les cas graves ou pour les enfants résistants aux hydrolysats de protéines lactées bovines, la prescription s'oriente vers un lait à base d'acides aminés. Lorsque les hydrolysats de protéines de riz sont disponibles, on peut essayer de les préconiser en 2^e intention, après échec des hydrolysats de protéines lactées bovines, à condition, bien sûr, que l'état de l'enfant le permette.

DÉTENTE

CATHERINE COO EST TRÈS ATTACHÉE À SES DEUX TERRES : LA BRETAGNE DU NORD ET PARIS. ELLE MARCHE EN ÉQUILIBRE ENTRE DEUX VIES PROFESSIONNELLES QUI N'EN FONT QU'UNE : DEUX VOIX, TÉMOINS L'UNE DE L'AUTRE, DEUX LENTEURS SYNONYMES D'HUMANITÉ, ÊTRE SAGE-FEMME ET AUTEURE. SON ÉCRITURE ÉVEILLE QUI LE SOUHAITE ET VEILLE À SON GRAIN. ELLE NOUS FAIT PARTAGER SON ART À TRAVERS CES EXTRAITS DE POÈMES.



Le bassin source d'eau et de vie

Il pleut averse sur mon bassin illuminé, lavé
Bassin de pavés gris battus, usés
Il cliquète sous la pluie qui butine sa pierre
à faire luire la vie.
Bassin d'os traversés par la vie et la mort.
Pluie de traverse, je suis l'une qui souffle
la vie, l'une
Sur les bassins des femmes
Leurs vulves épanouies.
Je respire et je dis : vas-y !
Je te bassine dans tous les sens de la vie !
Je te bassine en toutes les langues.
Je suis une étrangère

Comme un rail de primipare

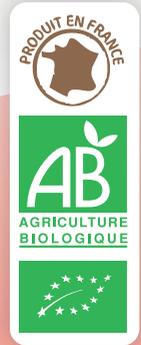
Je chuchote
N'aie pas peur
Tu arrives là où tu ne sais pas arriver
Il arrive sur la rive à ne pas savoir nommer
Une langue étrangère vous attend
N'aie pas peur
Je te chuchote
Parce que tu cries
Peur Peur Peur
Je ne connais pas, je ne dois pas connaître la
langue que tu cries
Un cri de transit qui ne va pas durer
T'attends un sourire sur la rive que tu ne sais
pas nommer
Un sourire de père que tu ne peux pas être
Encore peur peur peur
Mal coeur au corps à la tête
Tête mal à la tête, où es-tu ?
Mal à la tête
Pourquoi être là ?
Je ne veux plus
Moi non plus je ne veux plus être là
Ne plus être anonyme au bord de ton cri qui
n'est pas ma rive.
Alors je chuchote des mots que j'oublie
Ce sont les meilleurs au creux de ton oreille,
au bord de ta vie qui ressemble à la mienne.
Vous arrivez sur une rive qui personne ne peut
nommer pour vous, on y parle une langue
étrangère, où ton corps apprendra à marcher.
Je te chuchote que tu tricotes ta vie au point
mousse et c'est un bon début.
Aussi souris, nage en nage vers l'enfant que tu
portes, laisse faire la langue étrangère qui te
malaxe le corps.
L'aventure révèle les ébats à venir, quand ton
corps parle d'amour.
Chuchote-toi le plaisir que tu attends libéré
du mal de l'enfant.
Plus que jamais chuchote-toi l'amour
Après que l'enfant n'arrive sur ta rive de mère
encore étrangère dans ton âme de femme
Alors as-tu enfin atteint ta rive pendant que je
tricote des mots venus de ton corps à l'envers ?"



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

PORTRAIT D'UNE SAGE-FEMME AUSTRALIENNE

Lois Wattis

INFIRMIÈRE, CONSULTANTE EN LACTATION ET SAGE-FEMME, AU DÉPART, RIEN NE LA PRÉDESTINAIT À EXERCER DANS LE DOMAINE DE LA NAISSANCE. ET POURTANT LORSQUE L'ON A DES RÊVES... PORTRAIT DE LOIS WATTIS OU LA SAGE-FEMME AU PARCOURS « ATYPIQUE ».

*Propos recueillis et traduits
par G. Dahan-Tarrasona*



C'est assez tardivement que Lois Wattis s'est tournée vers le métier de sage-femme, l'année de ses 40 ans. Anciennement secrétaire, Lois s'installe dans l'ouest de l'Australie avec sa famille, à la fin des années 80. Elle commence à travailler en tant qu'auxiliaire vétérinaire, puis elle envisage des études de sciences infirmières à l'université, en 1994. Son souhait de devenir

« Elle commence à travailler en tant qu'auxiliaire vétérinaire, puis elle envisage des études de sciences infirmières... »

sage-femme a vite été exaucé, puisqu'elle a obtenu son diplôme « d'études supérieures en soins infirmiers cliniques, sage-femme » en 1999.

Elle a accompagné plus de 50 couples pour une naissance à domicile

Persévérante, elle se forge alors une expérience dans le milieu hospitalier, mais une opportunité s'offre à elle. Le département de santé de l'ouest de l'Australie l'engage dans le but d'assurer le suivi des femmes enceintes et pour participer à des naissances à domicile dans le cadre du « Community Midwifery Program ». Ce service financé par le gouvernement est un service unique offert aux femmes présentant une grossesse de bas risque. Le programme propose une continuité des soins par une même sage-femme tout au long de la grossesse, du



photos ©Lois Wattis

« Son objectif est de mettre l'accent sur l'autonomisation et de permettre aux mères d'allaiter aussi longtemps qu'elles le souhaitent en prodiguant des soins personnalisés. »



travail, de la naissance, ainsi que pour dispenser les soins postnatals, durant 6 semaines.

Après ces 5 années passées, riches d'expériences, où elle a accompagné plus de 50 couples pour une naissance à domicile, elle quitte l'ouest de l'Australie pour le Queensland.

Pour une transition tout en douceur vers la parentalité

Elle exerce alors dans un hôpital privé. Puis, titulaire d'une certification de consultante en lactation, elle officie en tant que sage-femme consultante à l'hôpital et au domicile des parents au travers de visites appelées : "BabyMoon Home Visits". Elle accompagne les familles durant les premières semaines suivant la naissance pour favoriser une transition en douceur vers la parentalité. Son objectif est de mettre l'accent sur l'autonomisation et de permettre aux mères d'allaiter aussi longtemps qu'elles le souhaitent en prodiguant des soins personnalisés. Forte d'une vaste expertise dans le domaine, elle accompagne, d'autant plus, l'allaitement des prématurés, des jumeaux et des bébés ayant des difficultés.

Guider les parents, pour qu'ils ne se sentent pas dépassés

Soutenir les parents est son leitmotiv ! Parallèlement, elle a développé une application et ebook « New Baby 101 »*. Elle y propose des conseils sur des preuves et des recherches fiables. Avec un ton rassurant, elle accompagne

les parents pour prendre soin de leur bébé dans les premiers mois de vie afin de leur donner confiance face à leurs nouvelles responsabilités. Elle est aussi auteure d'un livre « A Midwife's Guide for New Parents » et de nombreuses publications pour la presse parentale, ce qui lui ont valu quelques apparitions télévisées.

Un soutien pour les familles mais aussi pour les sages-femmes

Passionnée par la naissance et la pédagogie, cette mère et grand-mère a œuvré activement pour favoriser l'éducation professionnelle des sages-femmes. Elle contribue à la rédaction de revues internationales, du guide « Midwifery Best Practice » et participe à des conférences en Australie. Par sa contribution à la formation des sages-femmes, elle a été reconnue par la Confédération Internationale des Sages-Femmes en 2004 quand elle a reçu le titre de membre du collège des Sages-Femmes d'Australie.

*L'application et ebook sont disponibles via Google Play et App Store sur www.newbaby101.com.au



Les sites pour retrouver Lois Wattis :
www.birthjourney.com
newbornbaby.com.au

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 G.Dahan-Tarrasona

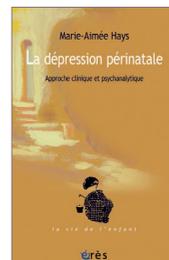


VOILÉE, ELLE PARLE DE SEXUALITÉ ET SANS TABOU

« *Je ne suis pas un objet. Mais chaque mardi, à la radio, je parle sans tabou de sexualité, de fantasmes et d'orgasme. Je suis pratiquante et je porte le voile. J'intrigue, j'interroge, je dérange parfois. Si un objet voilé non identifié peut réconcilier l'Islam avec sa vraie nature, alors oui, je veux bien être cet objet-là.* »

Nadia El Bouga est sage-femme, sexologue clinicienne, elle tient une chronique tous les mardis sur Beur FM, mère de deux enfants et féministe. Dans ce livre elle parle d'elle, de sa famille, de sa foi, elle raconte aussi les portraits d'hommes et de femmes qui viennent la voir dans son cabinet.

La sexualité dévoilée: Sexologue, féministe et musulmane de Nadia El Bouga et Victoria Gairin - Ed Grasset - 18€



AIDER LES PARENTS SOUFFRANT DE DÉPRESSION PÉRINATALE

Méconnue, la dépression périnatale touche 10% des pères et jusqu'à 20% des mères. L'auteure, Marie-Aimée Hays, (psychologue clinicienne, docteur en psychologie, psychanalyste), avec des cas cliniques, aborde une technique de prévention précoce des troubles de la relation mère-père-bébé. Cet ouvrage apportera aux professionnels de la périnatalité des éléments de compréhension utiles au diagnostic, à l'orientation et à la réflexion théorique. Il est également pratique pour mieux comprendre la dépression périnatale dans notre société occidentale.

La dépression périnatale de Marie-Aimée Hays - Ed Erès, 28€



LE GUIDE GROSSESSE À CONSEILLER AUX MAMANS

Ce livre, préfacé par le Pr Frydman, réunit toutes les informations indispensables pour bien vivre la grossesse et répondre aux questions que se posent souvent les futurs parents. Ce livre est cousu au fil de trente années d'expérience d'une obstétricienne, Dr Nadia Berkane, et de plus d'une centaine de témoignages. Il se veut sincère et déculpabilisant pour aider les futures mères à « profiter au maximum de ces 9 mois ».

Enceinte, et si on se disait tout ? de Marie-Hélène

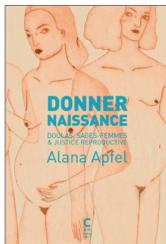
Westphalen et Dr Nadia Berkane - Ed Eyrolles, 19,90€



REDONNER ESPOIR, QUAND TOUT BASCULE...

Quand on attend un enfant, on attend un événement heureux. Mais l'annonce d'une pathologie peut tout faire basculer. Julie nous relate son histoire, quand son petit Théo a fait une hémorragie cérébrale à sept mois de grossesse. Et là, le couple a dû faire face à cette dualité entre la naissance et la mort. Interrompre la grossesse, est-ce la bonne décision ? Peut-on espérer une amélioration du diagnostic ? Doute, peur, sentir la vie et programmer la mort... Témoignage pour aider les parents et leur redonner espoir.

Ma petite plume de Julie de Troy Lecante - Ed Michalon, 17€



MILITER POUR LA « JUSTICE » REPRODUCTIVE

Traduit en français, l'ouvrage « Donner naissance » collecte les témoignages de celles qui accompagnent les femmes en outre-Atlantique. Ce livre apporte une ouverture sur la mise au monde « autrement », où les femmes trouvent leur juste place.

Après avoir été doula pendant plusieurs années en Californie, l'auteure, Alana Apfel, termine actuellement ses études de

sage-femme en Grande-Bretagne.

Donner naissance - Doulas, sage-femme et justice reproductive
Alana Apfel - Ed Cambourakis, 20€



S'OUVRIRE SUR LA MISE AU MONDE

L'accouchement est bien plus qu'un processus biomécanique. Il débouche sur l'arrivée d'un être dans ce monde, avec des dimensions physiques, psychologiques, médicales, sociologiques, philosophiques... Celine Lemay, sage-femme doctorante au Québec, auteure du livre, a ingénieusement utilisé son savoir empirique fruit de 30 années d'expérience des accouchements

à domicile articulé avec l'evidence based medicine. Un livre qui ouvre la réflexion sur les perspectives de la naissance.

La mise au monde - revisiter les savoirs - PUM, 30€ (version PDF 16,99€)

DANS MON SMARTPHONE DE PRO



TOUT SUR LES THROMBOSES

Si cette application aborde les recommandations sur les thromboses de façon générale, on y retrouve des éléments essentiels à connaître en obstétrique. Facteurs de risque de thrombose en gynécologie et pendant la grossesse, SAPL, tableaux récapitulants les niveaux de risque de thrombose, cette application pratique représente donc un outil intéressant pour les sages-femmes ! En plus, on y trouve des rappels en physiologie de l'hémostase. *Reco thromboses*, application gratuite, disponible sur Google Play et App Store

À noter dans vos agendas

18 & 19 janvier 2018 -
Boulogne-Billancourt

9^{es} Journées des soignants
→ Inscription & informations :
www.sosprema.com

18 janvier 2018 - Paris

Pratique et éthique en AMP
Journée thématique Smr
→ Inscription & informations :
www.s-m-r.org

26 janvier 2018- Paris

2^e Journée d'infectiologie
périnatale
→ Inscription & informations :
jpcomb.com

5 & 6 février 2018- Issy-Les-
Moulineaux

16^{es} Journées du Collège
National des Sages-Femmes
de France
→ Inscription & informations :
www.cerc-congres.com

15-16 & 17 mars 2018 -
Marseille

Le choix des armes
→ Inscription & informations :
lechoixdesarmes.org

17 & 18 mars 2018 - Paris

46^{es} Journées Nationales de
Néonatalogie
→ Inscription & informations :
www.info-congres.com

5-7 avril 2018- Marseille

23^{es} Journées de médecine
fœtale
→ Inscription & informations :
www.medecine-fœtale.com



CONGRÈS INTERNATIONAL DES SAGES-FEMMES FRANCOPHONES (CISAF)

Des sages-femmes venues de pays francophones ont partagé leurs connaissances et leurs expériences à l'occasion du Congrès International des Sages-Femmes qui s'est tenu les 9 et 10 novembre 2017 à Monaco. Le thème : « Comment préserver la physiologie tout en assurant un haut niveau de sécurité des patientes ? ».

Pour sa 1ère édition, l'événement a rencontré un fort succès. Environ 220 sages-femmes congressistes ont pris part aux débats lancés au cours de ces journées, animées par Bruno Carbone (Chef de service de gynécologie-obstétrique au centre hospitalier Princesse Grace, à Monaco), Caroline Brochet (sage-femme, Présidente de l'Association Professionnelle de Sages-Femmes), Christine Morin (Sage-femme, chargée de communication de l'Association de la CNEMa) et avec la participation de 9 sages-femmes, représentantes du Liban, du Mali, de Tunisie, de Belgique, de France et du Canada.

Des échanges enrichissants pour la pratique. Aussi, une façon de constater que dans chaque pays la profession revêt ses avantages comme ses inconvénients. Et surtout de relativiser, lorsque les sages-femmes du Mali, sourires aux lèvres, nous font part de leurs laborieuses conditions de travail...

Quoiqu'il en soit, unanimement, les sages-femmes rencontrent les mêmes problématiques, et ce à travers les frontières, à savoir la méconnaissance de leurs compétences !

Pour assister au prochain CISaF, rendez-vous en 2019 !

7^{es} Rencontres à 2 mains 2017

C'est dans une ambiance conviviale que se sont déroulées les 7èmes Rencontres à deux mains, les 7 et 8 septembre 2017. Des sujets variés, originaux et sans tabou, comme en témoigne la dernière communication du congrès « Parlons sexe... Quoi de neuf en 2017 ? ». PDSF a hâte de renouveler sa participation pour la 8e édition !

**Ensemble,
Nous vous aidons à voir au-delà.**

Made For life



**Deux acteurs mondiaux - Toshiba Medical et Canon -
unissent leur vision commune et leur engagement dans
l'innovation afin de développer les solutions de santé
pour l'imagerie médicale de demain.**

Ensemble, nous franchissons une nouvelle étape dans le monde de la santé, grâce à la mise en commun de nos technologies, à notre dévouement conjoint dans la qualité de nos produits et solutions, à notre engagement envers nos clients ainsi qu'à notre capacité étendue en R&D.

La santé, le confort et la qualité de vie des patients sont au coeur de tout ce que nous faisons et, ensemble, nous rendons cela possible.



> **ULTRASONS** | CT | IRM | XRAY | SERVICES | FORMATIONS

PAROLE DE MAMANS

-academy.com



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

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

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

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

Les experts de paroledemamans-academy.com



Marc Bellaïche
GASTRO-PÉDIATRE



Catherine Bergeret-Amselek
PSYCHANALYSTE



Clarence de Bellowsky
DERMATOLOGUE



Ernie Carveres Vasseur
INFIRMIÈRE PUÉRICULTRICE



Catherine Osto
MÉDECIN HAPTHOTHÉRAPEUTE



Myriène Dubuc
AUXILIAIRE DE PUÉRICULTRICE



Franck Dugravier
PÉDIATRE



Romain Dugravier
PÉDOPSYCHIATRE



Patricia Gonzales
AUXILIAIRE DE PUÉRICULTRICE



Gilles Frangé
GYNÉCOLOGUE ÉCHOGRAPHISTE



Delphine Guillaume
CONSEILLÈRE EN LACTATION



Sophie Guillaume
SAGE-FEMME



Gérard Héluin
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN



Harry Jérgan
PSYCHANALYSTE



Sylvia Jaudet
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIENNE



Dominique Leyronnas
PÉDIATRE



Sophie Marinopoulos
PSYCHOLOGUE, PSYCHANALYSTE



Philippe Meister
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN



Frédérique Fournier
SAGE-FEMME



Christine Van Egroo
MÉDECIN NUTRITIONNISTE

WWW.PAROLEDEMAMANS-ACADEMY.COM

