

**À LA LOUPE**

PREMIERS RETOURS  
DE LA CAMPAGNE  
« **STAND UP FOR  
AFRICAN MOTHERS** »

**ENTRE PROS**

PLAGIOCÉPHALIE  
POSITIONNELLE  
DU NOURRISSON :  
**IL FAUT DÉDRAMATISER !**

**RENCONTRE**

**ANNE-MARIE CURAT  
PRÉSIDENTE DU CNOSEF**

« *LES SAGES-FEMMES  
SONT AU CŒUR  
DE LA PRÉVENTION !* »

**INTERNATIONAL**

INTERVIEW DE  
CAROLINE MALLARD  
**SAGE-FEMME LIBÉRALE  
À LONDRES**

**DOSSIER**

## SPÉCIAL ENDOMÉTRIOSE

- DÉCRYPTER LA DOULEUR
- DÉPISTER ET PRENDRE EN CHARGE : LE RÔLE DES SAGES-FEMMES
- ACCOMPAGNER : POURQUOI PAS L'OSTÉOPATHIE ?
- DÉSIR D'ENFANT ET ENDOMÉTRIOSE

# PAROLE <sup>DE</sup> SAGES-FEMMES

LE SITE QUI VOUS DONNE LA PAROLE



[WWW.PAROLEDESAGESFEMMES.COM](http://WWW.PAROLEDESAGESFEMMES.COM)

EN ACCÈS GRATUIT EN UN **CLIC!**



PAROLE <sup>DE</sup> SAGES-FEMMES  
**LE MAG**



PAROLE <sup>DE</sup> SAGES-FEMMES  
**LE LAB**



PAROLE <sup>DE</sup> SAGES-FEMMES  
**LE MOOC**

Recevez votre **newsletter**



# ÉDITO

## LA SANTÉ DES FEMMES AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS

Que de belles rencontres faites au cours de ces derniers mois !

Parole de Sages-Femmes a eu la joie de rencontrer la présidente de l'association Amref et les sages-femmes qui s'investissent dans le projet humaniste « Stand Up for African Mothers ». Cette initiative vise à former les sages-femmes africaines dans le but de réduire la mortalité maternelle et infantile en Afrique Subsaharienne, là où près de 180 000 femmes meurent chaque année pendant la grossesse et l'accouchement...

La santé des femmes est aussi une des préoccupations du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) et Anne-Marie Curat, la présidente, en témoigne dans la « Rencontre » de cette édition.

Se préoccuper de la santé des femmes, c'est agir de façon globale et à travers les frontières, mais c'est aussi faire entendre leur voix pour faire reconnaître certaines pathologies. Par exemple, l'endométriose, qui fait l'objet d'un dossier dans ce numéro, touche 1 femme sur 10 mais dont le délai de diagnostic peut prendre en moyenne 5 ans. Et pour cause, des douleurs non prises en compte par une méconnaissance de la pathologie. Les associations, les patientes et les professionnels s'emparent du sujet, dont deux sages-femmes de Marseille qui défendront l'association EndoFrance en participant à la Saharienne, un raid sportif organisé en Afrique du Sud du 18 au 23 novembre 2018. Une belle initiative !

Alors le « XXI<sup>e</sup> siècle sera humaniste ou ne sera pas ? » (Roger-Maurice Bonnet), en tout cas, certains œuvrent pour qu'il le devienne...

Bonne lecture à vous

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

### 3 Édito

#### ACTUS

- 5 Actus France :** • Une start-up lance la ceinture connectée pour surveiller les grossesses à risque • PANJO aide les parents en situation de vulnérabilité • Baisse du remboursement du Polygynax® • Santé environnementale : Une chambre des erreurs à Angoulême sensibilise les parents • Allo, professionnel de santé en détresse • Cancer du col de l'utérus : Généralisé et gratuit en France • « Ce que veulent les femmes » • Exacyl® et hémorragie du post-partum : Des risques pour des doses au-delà de 2g • Grossesse et allaitement : La contraception chez l'adolescente : Une nouvelle fiche mémo de l'HAS • Santé périnatale en France : Quelles sont les tendances ? • Revalorisation des actes sages-femmes dès 2019 • Hémorragie du post-partum : la carbécocine mieux que l'ocytocine

- 8 Actus Monde : Etats-Unis :** De la progestérone pour interrompre un avortement médicamenteux **Californie :** Deux gènes responsables des vomissements incoercibles de la grossesse **Washington :** Du nouveau sur la contraception masculine **Mexique :** Pussypedia ou l'encyclopédie du sexe féminin **Canada :** À Montréal, les futurs médecins apprennent l'humanisme **Norvège :** Grossesse et café: le mélange qui favorise le surpoids de l'enfant **Inde :** Chirurgie esthétique gratuite en Inde

- 10 À la loupe** Premiers retours de la campagne « Stand Up For African Mothers »

- 14 Rencontre :** Les sages-femmes sont au cœur de la prévention

#### GROSSESSE & ACCOUCHEMENT

- 18 Les maux qui gâchent la vie des femmes (et des sages-femmes)**  
#Episode-6 : Le sommeil n'est pas toujours un long fleuve tranquille

#### MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

- 26 Quiz sur les violences sexuelles**

#### DOSSIER : SPÉCIAL ENDOMÉTRIOSE

- 28 Décrypter la douleur**  
**32 Dépister et prendre en charge :** Le rôle des sages-femmes  
**37 Accompagner :** Pourquoi pas l'ostéopathie ?  
**39 Désir d'enfant** et endométriose

#### ÉTUDE

- 40 HPV :** Le positionnement des étudiants sages-femmes est-il influencé par leur statut vaccinal ?

#### ENTRE PROS

- 42 Plagiocéphalie positionnelle du nourrisson :** Il faut dédramatiser !

#### PROFESSION SAGE-FEMME

- 46 International :** Interview de Caroline Mallard, sage-femme libérale à Londres  
**48 Dans ma bibliothèque de pro**  
**50 À noter dans vos agendas**

#### Rédaction

Directrice de la publication  
Leslie Sawicka

#### Rédactrice en chef

Géraldine Dahan Tarrasona

#### Journalistes

Marie Vermeil,  
Candice Satara-Bartko

#### Réalisation

#### Direction artistique

Matthieu Boz  
Nilay Cosquer

#### Photographies

Fotolia, Shutterstock, Wikipedia

#### Directrice du pôle vidéo

Céline Gêrbier

#### Directrice du Pôle Experts

#### Sonia Zibi

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

#### Remerciements :

Mireille Faugère,  
Florence Marie Sarr,  
Frédérique Teurnier,  
Anne-Marie Curat,  
Julie Paulovic,  
Dr Ada Picard,  
Dr Delphine Lhuillery,  
Dr Isabella Chavanaz-Lacheray,  
Déborah Schouhmann Antonio,  
Yasmine Candau, Claudine Ageron  
Marque, Manon Cattet,  
Dr Arnaud Pfersdorff,  
Caroline Mallard

Mayane|group

Parole de sages-femmes est édité  
par la SARL

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



## UNE START-UP LANCE LA CEINTURE CONNECTÉE POUR SURVEILLER LES GROSSESSES À RISQUE

Est-ce la fin du monitoring ? En tout cas, cette ceinture connectée à la pointe de la technologie s'engage à améliorer la surveillance des grossesses à risque.

L'entreprise toulousaine Nateo Healthcare travaille sur une ceinture connectée, à la fois compacte et adaptable à toutes les positions fœtales et à toutes les morphologies des femmes. Si avec un monitoring, il faut s'assurer de la bonne position du capteur et de la cohérence du tracé, ce dispositif, grâce à ses multicapteurs ultra-sons et son système de détection, évite toutes confusions entre fréquence cardiaque maternelle et fœtale.

Avec une connexion sans fil et longue portée, la ceinture facile à positionner permettrait de surveiller à distance les patientes avec une grossesse à risque.

Après un premier brevet déposé, le prototype et les phases de test seront lancées avant la fin de l'année en partenariat avec le CHU de Tours.

Sources : [ladepeche.fr](http://ladepeche.fr), [usine-digitale.fr](http://usine-digitale.fr)

## BAISSE DU REMBOURSEMENT DU POLYGYNAX®

Des médicaments ont subi une baisse de leur remboursement depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018. Parmi eux, des capsules vaginales : le POLYGYNAX® et le POLYGYNAX VIRGO®.

Le taux de remboursement est passé de 30 % à 15%, leur service médical rendu dans l'indication de l'AMM étant jugé faible par la Commission de la Transparence de la HAS. En effet, dans le traitement local des vaginites à germes sensibles et des vaginites non spécifiques, selon les évaluations, leur intérêt clinique est minime.

Source : HAS



## aide les parents en situation de vulnérabilité

Santé publique France a mis en place l'étude PANJO 1, en 2014, pour mieux accompagner les parents peu ou pas entourés dans l'accueil de leur premier enfant.

PANJO est avant tout un dispositif de prévention mené par les services de PMI et destiné aux parents en situation d'isolement. Les professionnels de PMI passent 6 fois au domicile des familles du 7<sup>e</sup> mois de grossesse aux 6 mois de l'enfant. Ces échanges entre professionnels et parents visent à privilégier le lien d'attachement et renforcer les comportements favorables à la santé.

Après une 1<sup>ère</sup> phase de l'étude, dont l'objectif était de tester l'acceptabilité du programme auprès des professionnels et des familles, la 2<sup>e</sup> phase a été lancée avec PANJO 2. Dans ce deuxième volet, 11 conseils départementaux expérimentent le dispositif pour évaluer son efficacité (entre 2016 et 2018), avec l'aide de l'Agence des Nouvelles Interventions Sociales et de Santé (l'ANISS), l'Université du Québec à Montréal, les services de pédopsychiatrie et certaines Agences Régionales de Santé.

Source : [inpes.santepublique.fr](http://inpes.santepublique.fr)

## Une chambre des erreurs à Angoulême sensibilise les parents

Quoi de mieux que l'atelier pratique pour se sensibiliser aux fondamentaux de santé environnementale ? Pour reconnaître les dangers que l'on peut retrouver dans une chambre de bébé, le centre hospitalier d'Angoulême a lancé la chambre pédagogique. Ici les futurs parents

sont invités à apprendre les bons gestes pour diminuer l'impact des polluants chimiques et améliorer la santé de leur bébé. Lessives, mobiliers, cosmétiques, textiles, etc : cherchez les erreurs ! Cet atelier est proposé une fois par mois.

Source : [france3-regions.francetvinfo.fr](http://france3-regions.francetvinfo.fr)

## Allo, professionnel de santé en détresse

Épuisement professionnel, consommation de toxiques, prise de médicaments et pire, suicide, la situation des professionnels de santé est préoccupante. Alors, pour leur venir en aide, un numéro d'écoute leur est dédié.

Au bout du fil, des psychologues cliniciens pour accompagner les professionnels en souffrance et leur donner les contacts d'association, de structures, d'interlocuteurs adaptés selon les besoins. Initialement mis en place pour les médecins et internes le 1er janvier 2018, la plateforme d'écoute 0800.800.854 est désormais accessible depuis avril 2018 gratuitement à tous les professionnels de santé, 7j/24 heures sur 7 et 24 heures sur 24.

Cette démarche est soutenue par les ordres des professions de santé (médecins, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...).

Source : Europe 1

## « CE QUE VEULENT LES FEMMES »



Cent quarante-cinq organisations sanitaires et sociales du monde entier lancent une enquête internationale "Lorsque les soins de santé répondent aux besoins exprimés par les femmes et les filles, les soins de santé sont meilleurs".

Cette campagne intitulée, « Ce que veulent les femmes », vise à recueillir les priorités pour la qualité des services de santé maternelle et reproductive en demandant à un million de femmes de tout âge et aux jeunes filles de 15 à 19 ans.

Il s'agit d'une campagne sur 2 ans, qui recueillera et analysera les réponses, de façon globale puis par pays, sur 2018, et les résultats seront diffusés tout au long de 2019.

Même si l'on note une amélioration en matière de santé reproductive maternelle, sexuelle des femmes et des filles, des progrès restent à faire puisqu'environ 300 000 femmes meurent chaque année pendant la grossesse et l'accouchement.

Toutes les femmes et filles de tout horizon sont invitées à répondre à l'enquête en ligne. Les réponses permettront d'éclairer les politiques, les organisations pour déployer des actions visant à améliorer la santé des femmes. Alors, n'hésitez pas à participer et diffuser cette initiative!

Sources : [internationalmidwives.org](http://internationalmidwives.org)  
[www.whatwomenwant.org](http://www.whatwomenwant.org)

## Dépistage du cancer du col de l'utérus : généralisé et gratuit en France

En mai dernier, le ministère de la Santé a annoncé dans un communiqué la généralisation du dépistage gratuit et régulier du cancer du col de l'utérus en France. Le dépistage est recommandé tous les 3 ans de 25 à 65 ans. Pour celles qui n'ont pas bénéficié d'un dépistage dans les 3 années précédentes, elles seront invitées, via un courrier, à le réaliser chez un médecin ou chez une sage-femme. Il sera entièrement remboursé par l'Assurance maladie.

Source : [www.sudouest.fr](http://www.sudouest.fr)

## Exacyl® et hémorragie du post-partum : Des risques pour des doses au-delà de 2g

Des cas d'atteinte rénale aiguë ont été rapportés parmi des patientes traitées par Exacyl®, pour hémorragie du post-partum. C'est pourquoi l'ANSM a lancé une enquête de pharmacovigilance. Celle-ci a mis en évidence que l'acide tranexamique, injecté à des doses supérieures à 2g (dose totale), représenterait un facteur de risque d'atteinte rénale aiguë. Comme la relation de cause à effet n'a pu être écartée, l'ANSM appelle à la vigilance des professionnels de santé.

L'acide tranexamique est un antifibrinolytique, indiqué dans la prévention et le traitement des hémorragies causées par une fibrinolyse chez l'adulte et chez l'enfant (à partir de 1 an). Il est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale aiguë et les doses sont à adapter en fonction de la créatinine sérique pour les antécédents d'infections rénales modérées et légères.

Source : [ansm.fr](http://ansm.fr)

# La contraception chez l'adolescente :

## UNE NOUVELLE FICHE MÉMO DE L'HAS

La HAS a publié une nouvelle fiche mémo, avec les recommandations les plus récentes, pour aider les professionnels à mieux orienter une adolescente dans son choix contraceptif.

Cette consultation gratuite et confidentielle est un temps d'échange pour accompagner la patiente dans son choix en lui fournissant des informations compréhensibles, adaptées à son âge. La fiche recommande de la réaliser plutôt en l'absence des parents.

Si l'interrogatoire sur les antécédents médicaux personnels et familiaux est essentiel, tout comme l'examen clinique, la HAS souligne que « l'examen gynécologique peut être différé ».

Avec l'évocation des différentes méthodes de contraception, la fiche ne manque pas de rappeler que c'est aussi une démarche de conseil où il est opportun d'aborder les risques de grossesse, la prévention des IST...

Source : HAS

## Santé périnatale en France : Quelles sont les tendances ?

L'enquête nationale périnatale a publié ses résultats sur la santé périnatale en France de 1995 à 2016. Elle a pour but d'étudier les indicateurs de santé périnatale, les pratiques ainsi que les facteurs de risque. Parmi les principaux résultats, on note une augmentation des grossesses sous contraception passant de 7,4% en 2010 à 9,3% en 2016. Le scandale de 2012 en est-il une des causes ?

Les auteurs ont constaté que le tabagisme pendant la grossesse, malgré les campagnes de prévention, n'a pas diminué depuis 2010 (16%). Le taux de césarienne est plutôt stable depuis 2003 (20,4%).

Plus de 80% des femmes ont bénéficié d'ocytocine pour la prévention d'hémorragie du post-partum en 2010, ce qui montre l'adhésion des professionnels à la directive de 2004.

Quant à l'allaitement maternel exclusif, il a chuté à 52,2% en 2016 contre 60,3% en 2013. Même si une analyse plus détaillée des données est nécessaire, elle met en lumière les points forts et faibles des actions politiques entreprises, des recommandations et les facteurs de risque périnataux pour lesquels, il est essentiel de s'y attarder.

Source : *Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys*. B.Coulm, C.Bonnet, F.Goffinet, C.Le Ray. National Coordination Group of the National Perinatal Surveys. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* - Volume 46, Issue 10, December 2017, Pages 701-713

## Revalorisation des actes sages-femmes dès 2019

La pugnacité des syndicats de sages-femmes (ONSSF et UNSSF) a mené à la signature d'un avenant à la convention nationale des sages-femmes libérales avec l'Assurance maladie, le 29 mai 2018, pour l'augmentation de la tarification de certains actes sages-femmes. Parmi eux, la consultation et la visite à domicile passent de 23 à 25€, la séance de rééducation périnéale à 19,60€ augmente à 21€ et le texte permettra aussi aux sages-femmes de réaliser la première consultation de contraception et de prévention des MST pour les filles de 15 à 18 ans, avec une cotation à 46€. D'autres hausses d'honoraires sont prévues et ces mesures rentreront en vigueur à partir de janvier 2019.

Communiqué de presse du 30 mai 2018 de l'UNCAM

## Hémorragie du post-partum : La carbétocine mieux que l'ocytocine ?

Le 27 juin 2018, l'OMS a présenté la carbétocine. Il s'agit d'un nouveau médicament qui lutte contre les hémorragies du post-partum, mais contrairement à l'ocytocine, la carbétocine est thermostable, donc plus facile à conserver.

D'après un essai, publié dans le *New England Journal of Medicine*, mené à travers 10 pays (Afrique du Sud, Argentine, Égypte, Inde, Kenya, Nigéria, Ouganda, Royaume-Uni, Singapour et Thaïlande), sur 30 000 femmes ayant accouché par voie basse, la carbétocine, avec 1 seule injection, était sûre et efficace pour prévenir les hémorragies du post-partum.

Dans de nombreux pays, l'accès à l'ocytocine est compliqué, du fait de sa conservation entre 2 et 8 degrés Celsius. Or, la carbétocine est efficace pendant au moins 3 ans à 30 degrés Celsius. Alors que chaque année, environ 70 000 femmes meurent dans le monde d'une hémorragie du post-partum, ce médicament pourrait sauver des vies dans les pays où une réfrigération fiable n'est pas possible !

Une étude de l'OMS montre qu'un médicament pourrait sauver la vie des milliers de femmes - Communiqué de presse du 27/06/2018 *Heat-Stable Carbetocin versus Oxytocin to Prevent Hemorrhage after Vaginal Birth* - *The New England Journal of Medicine* - DOI: 10.1056/NEJMoa1805489



## États-Unis

### De la progestérone pour interrompre un avortement médicamenteux

La progestérone pourrait stopper un avortement médicamenteux, pour les femmes revenant sur leur décision, c'est ce qu'a mis en évidence une étude menée aux États-Unis, entre 2012 et 2016. Après la prise de mifépristone mais avant celle du misoprostol (24 à 48h après, selon le protocole de la Food and Drug Administration), de fortes doses ingérées de progestérone ou une injection par voie intramusculaire permettaient de bloquer le processus d'avortement médicamenteux. La progestérone a permis de sauver 2 enfants sur 3. Quant à leur devenir, il semblerait que les médicaments, mifépristone et progestérone, ne provoqueraient pas plus de complications (malformations, naissances prématurées) comparativement à une grossesse « classique ».

Si les auteurs jugent que la progestérone est une option sûre dans cette situation, d'autres investigations restent nécessaires pour préciser la dose à préconiser.

*genethique.org*

*Delgado, "A Case Series Detailing the Successful Reversal of the Effects of Mifepristone Using Progesterone"*

## Californie

### Deux gènes responsables des vomissements incoercibles de la grossesse

Une équipe de l'Université de Californie de Los Angeles (UCLA) a mis en évidence 2 gènes dans le rôle clé de l'hyperémèse gravidique.

Pour cela, ils ont comparé l'ADN de femmes souffrant d'hyperemesis gravidarum à celui de femmes ne souffrant pas de ce trouble. Ils ont constaté qu'il existait des variations de l'ADN au niveau des gènes GDF 15 et IGFBP 17 chez les femmes invalidées par ces vomissements extrêmes. Ces gènes seraient connus pour jouer un rôle dans le développement placentaire et aussi dans la régulation de la grossesse et de l'appétit. Cette découverte offrira peut-être de nouvelles perspectives thérapeutiques pour traiter ces femmes pour lesquelles, à ce jour, la plupart des traitements manquent d'efficacité.

*Placenta and appetite genes GDF15 and IGFBP7 are associated with hyperemesis gravidarum* Marlina S. Fejzo, Olga V. Sazonova, J. Fah Sathirapongsasuti, Ingileif B. Hallgrimsdóttir, Vladimir Vaccic, Kimber W. MacGibbon, Frederic P. Schoenberg, Nicholas Mancuso, Dennis J. Slamon, Patrick M. Mullin & 23andMe Research Team : *Nature Communications* 21 March 2018 doi:10.1038/s41467-018-03258-0



## Mexique

### Pussypedia ou l'encyclopédie du sexe féminin

Les manuels scolaires ou Wikipédia, etc. offrent-ils suffisamment d'informations pour comprendre les organes féminins ?

Pour Zoe Mendelson, une journaliste scientifique américaine vivant au Mexique, la réponse est sans appel : non ! C'est pourquoi elle a décidé de créer un nouveau média, encyclopédie du sexe féminin « PussyPedia » en collaboration avec une étudiante en médecine à Harvard. Pour la journaliste « Plus que jamais, le droit de chaque femme à connaître, comprendre et aimer son corps est crucial ». Le projet a suscité l'intérêt d'associations et de la communauté scientifique et devrait voir le jour en 2019.

*ouest-france.fr - telerama.fr*



## Norvège

### Grossesse et café : le mélange qui favorise le surpoids de l'enfant

Des études avaient déjà pointé du doigt le passage du café dans le placenta et le risque de provoquer des fausses-couches. Cette fois, ce sont des chercheurs de l'université de santé publique d'Oslo qui ont établi un lien entre une consommation de café pendant la grossesse et un risque de surpoids chez l'enfant, de sa naissance à 8 ans.

Apparemment, une consommation supérieure à 200mg/jour de caféine serait associée à un poids plus élevé dès les premiers mois de vie ainsi qu'un IMC plus important durant toute l'enfance. Ce nouveau constat valide une fois de plus la limitation de consommation de caféine pendant la grossesse.

*Maternal caffeine intake during pregnancy and childhood growth and overweight: results from a large Norwegian prospective observational cohort study. Eleni Papadopoulou, Jérémie Botton, Anne-Lise Brantsæter, Margaretha Haugen, Jan Alexander, Helle Margrete Meltzer, Jonas Bacelis, Anders Elfuin, Bo Jäacobsson, Verena Sengpiel. BMJ Open vol 8 n°3*



## Canada

### La première clinique de sages-femmes

La première clinique de sages-femmes a été inaugurée en avril dernier à Fredericton, dans le nouveau-Brunswick, à l'est du Canada. Les sages-femmes se réjouissent de cette avancée puisque la profession est reconnue officiellement dans cette province que depuis 2010. Si cette expérience s'avère concluante, le ministère de la Santé pourrait développer cette initiative dans d'autres régions.

[acadienouvelle.com](http://acadienouvelle.com)



## Inde

### Chirurgie esthétique gratuite

Dans l'état du Tamil Nadu, au sud de l'Inde, les femmes les plus pauvres pourront désormais bénéficier gratuitement d'interventions de chirurgie esthétique y compris pour les implants mammaires. Ainsi les femmes touchées par un cancer du sein ou celles souhaitant augmenter ou réduire leur poitrine pourront accéder à l'opération chirurgicale. Le ministre de la Santé, Vijaya M. Baskar, interrogé dans le Times of India, craint qu'en n'accédant pas à cette demande, des femmes risquent d'utiliser des méthodes dangereuses ou de recourir à des prêts bancaires importants. Après avoir déclaré « les pauvres ont aussi le droit d'être beaux », la décision du ministre ne fait pas l'unanimité et des Indiens sont choqués de voir que ses préoccupations ne portent pas sur d'autres problèmes de santé publique...

*Tibune de Genève*

### À Montréal, les futurs médecins apprennent l'humanisme

Le programme de médecine a beaucoup évolué sur les dix dernières années à Montréal. La dimension sciences humaines et sociales s'intègre dans la formation des médecins en devenir.

Dans cette démarche, des patients "formateurs", atteints de cancer, des personnes autistes, etc, participent à la formation pour sensibiliser à l'accompagnement et à l'écoute des personnes souffrantes. Pour mieux comprendre la condition humaine, la faculté impose aussi des cours de méditation.

Peut-être des pistes de réflexion pour comprendre qu'il est essentiel d'associer les sciences humaines de la biomédecine et des soins de santé pour la prise en charge des patients...

*ledevoir*



# PREMIERS RETOURS DE LA CAMPAGNE « STAND UP FOR AFRICAN MOTHERS »

LE 3 MAI DERNIER, NOUS AVONS ASSISTÉ À LA CONFÉRENCE « LES SAGES-FEMMES DU MONDE ENTIER UNIES, AUTOUR DE L'AMREF, POUR SAUVER DES VIES ! ». UNE MATINÉE OÙ L'AMREF A CÉLÉBRÉ LES PREMIERS RÉSULTATS DE LA CAMPAGNE « STAND UP FOR AFRICAN MOTHERS ».

L'Amref a lancé en 2011 en partenariat avec l'Ordre des sages-femmes la campagne « Stand Up For African Mothers ». Ce projet a pour but de former 15 000 sages-femmes africaines afin de réduire la mortalité maternelle et infantile en Afrique Subsaharienne. À cette conférence, 5 femmes ont incarné cette mobilisation humaniste : Florence Marie Sarr, sage-femme sénégalaise formée par l'Amref, l'héroïne du webdoc "Naître, le combat des sages-femmes en Afrique", Aïssa Maïga, actrice et ambassadrice de l'Amref, Mireille Faugère, présidente de l'Amref France, Frédérique

**"Aujourd'hui, nous avons formé presque 12 000 sages-femmes et infirmiers, avec un objectif de 15 000 professionnels sur l'année."**

Teurnier, sage-femme française, marraine du programme de formation de l'Amref et représentante de l'ICM et Sandrine Brame, vice-présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Elles ont rappelé le rôle essentiel des sages-femmes et annoncé les premiers résultats obtenus grâce aux moyens déployés par la campagne. PDSF a échangé avec trois d'entre elles.



Avec **Mireille Faugère**, présidente de l'Amref France

Quels sont les objectifs de la campagne Stand Up For African Mothers ?

Stand Up for African Mothers est une initiative de l'Amref, qui est une ONG africaine de santé publique. Il s'agit d'une opération importante de formation des sages-femmes et des infirmières en Afrique Subsaharienne visant à offrir des soins de qualité aux femmes et aux tout-petits.

Nous avons été frappés par les indicateurs de santé en Afrique, les indicateurs de mortalité maternelle et infantile. Nous savons qu'une sage-femme formée améliore la vie de 500 mères et enfants et nous savons aussi que le taux de mortalité des femmes en Afrique est lié au fait qu'elles ne soient pas accompagnées pendant leur grossesse et leur accouchement.

Quelles actions ont été entreprises ?

Ce sont des actions de formation très innovantes parce que nous voulions que les sages-femmes et les infirmières puissent rester sur le terrain. Les routes ne sont pas de très bonne qualité, il fallait éviter les déplacements. Grâce aux nouvelles technologies, nous avons

déployé une plateforme d'e-learning avec l'aide des ministères de la Santé de chaque ville et pays. Ils ont permis le développement de formations qualifiantes et reconnues pour fournir un emploi et une rémunération. On a utilisé des outils pour proposer ces formations aussi bien en e-learning, qu'en présentiel.

Aujourd'hui, nous avons formé presque 12 000 sages-femmes et infirmiers, avec un objectif de 15 000 professionnels sur l'année.

Comment les sages-femmes françaises peuvent-elles aider ?

L'engagement des sages-femmes françaises a été déterminant dès le début du lancement de Stand Up For African Mothers. Elles nous ont accompagnés, elles ont été touchées par la cause des sages-femmes africaines, par leurs conditions d'exercice professionnel. Elles aident énormément parce que c'est le même métier, elles vont expliquer nos programmes en Afrique, elles nous soutiennent en trouvant des fonds. Elles créent une véritable solidarité entre sages-femmes françaises et africaines.



Avec **Florence Marie Sarr**,  
sage-femme sénégalaise formée par l'Amref

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez chaque jour en exerçant au Sénégal ?

Nous rencontrons beaucoup de difficultés sur le terrain, des difficultés liées à la qualité de la formation, à l'effectif des sages-femmes et au nombre de plateaux techniques à disposition.

Qu'est-ce que l'association Amref vous a-t-elle apporté ?

Elle nous a apporté une formation de qualité, sur le terrain, des sages-femmes et des infirmières en ville et en campagne. Où que l'on soit, avec le e-learning, le PRECIS (Programme de Renforcement des Capacités des Infirmiers et des Sages-Femmes), avec les nouvelles techniques de la communication, l'ordinateur, la clé internet vous pouvez vous former et obtenir un diplôme. Nous avons été diplômés en sciences et soins infirmiers obstétricaux.

Quel est votre rôle dans la campagne Stand Up For African Mothers ?

Dans cette campagne, je suis au côté de l'Amref pour récolter plus de fonds afin d'augmenter le nombre d'infirmières et de sages-femmes formées ainsi que la quantité de plateaux techniques.

Un rêve pour les sages-femmes et les femmes du Sénégal, quel serait votre rêve ?

Mon rêve c'est de mettre au monde un enfant vivant bien portant, d'avoir une mère qui donne la vie sans perdre la vie et pas de séquelles parce que comme nous le savons, une femme qui meurt c'est une catastrophe humaine, une catastrophe économique. En Afrique, une femme qui meurt c'est beaucoup de désolation, les enfants sont répartis dans les familles, n'ont aucune éducation, ni rien du tout, ils sont laissés à eux-mêmes...



Avec **Frédérique Teurnier**,  
sage-femme française, marraine du  
programme de formation de l'Amref  
et représentante de l'ICM

Depuis quand êtes-vous impliquée dans ce projet ?

Je suis investie dans le projet depuis 3 ans, j'ai participé à la mise en place du programme et à son déploiement en Afrique.

Comment vous investissez-vous ?

J'ai supervisé les programmes de formation avec les sages-femmes locales, on a beaucoup travaillé sur la mise en place du e-learning, la plateforme informatique, sa mise en œuvre, l'achat de tablettes, de clé usb, la formation des jeunes sur place en Côte d'Ivoire et au Ghana.

Sage-femme en France et au Sénégal, quelles différences ?

Nous sommes les mêmes et en même temps, nous sommes très différentes. On est différente par notre mode d'exercice, les moyens que l'on a pour exercer. La France est un pays privilégié, même si des choses restent à faire, c'est vrai que les sages-femmes africaines m'ont surprise par la capacité dont elles font preuve pour trouver des solutions malgré le peu de moyens.

Si l'on pouvait exaucer 2 vœux, 1 pour les femmes et 1 pour les sages-femmes, que demanderiez-vous ?

Je demanderai plus de sages-femmes bien formées, compétentes, de l'empathie, c'est ça qui aide les femmes et qui contribue à de bonnes conditions de travail. Finalement, si l'on veut que les femmes soient heureuses il faut que nous aussi soyons heureuses au travail !

## AUJOURD'HUI EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

**180 000** femmes meurent chaque année pendant la grossesse et l'accouchement.

À ce jour, **8 540** sages-femmes ont été formées dans **8** pays d'Afrique subsaharienne

Former **15 000** sages-femmes et infirmières africaines contribuerait à réduire de **25%** la mortalité maternelle en Afrique subsaharienne.

**80%** des décès pourraient être évités grâce à des sages-femmes

**1** sage-femme peut venir en aide à **500** femmes.

## 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 antimétoproloides et/ou la radiothérapie

# Prokinyl<sup>®</sup> LP



## Métoclopramide

Gélules  
à libération prolongée

NUKIUS 02-2017 - NISA 17/01/2018/45762/PM/003 - APR-PROK-17/01-V1



TECHNI·PHARMA  
LABORATOIRES



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



# RENCONTRE AVEC ANNE-MARIE CURAT

PRÉSENTE AU SEIN DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES (CNOSF) DEPUIS 2002, EN TANT QUE MEMBRE TITULAIRE PUIS TRÉSORIÈRE, **ANNE-MARIE CURAT** A ÉTÉ ÉLUE **PRÉSIDENTE DU CNOSF** EN OCTOBRE 2017.

[www.ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr)



**S**age-femme ? C'est plus qu'une vocation pour Anne-Marie Curat ! Issue d'une famille nombreuse, son souhait d'accompagner les femmes et la naissance, elle y pensait déjà, alors qu'elle n'avait que 15 ans. Diplômée de l'école de sages-femmes de Paris- Baudelocque à 21 ans, elle a occupé de nombreuses fonctions au cours de sa carrière. Sage-femme dans le privé puis dans

**« Les sages-femmes sont au cœur de la prévention ! »**

le public, où elle a occupé la fonction de cadre supérieure du pôle femme-mère-enfant au Centre Hospitalier du Val d'Ariège jusqu'à sa retraite. Associatives, pédagogiques,

mais aussi humanitaires, en formant les infirmières accoucheuses au Cameroun, ces nombreuses missions lui ont permis de connaître tous les aspects de la profession. Sur 40 ans de carrière, elle a toujours gardé une activité clinique et n'a jamais regretté son choix professionnel. Une vocation d'ailleurs récompensée en 2013 par la Légion d'honneur.

**Parole de Sages-Femmes : Quelle mission vous a tenu le plus à cœur durant votre carrière ?**

Anne-Marie Curat : Ma mission s'est centrée essentiellement au niveau de la qualité des soins que l'on apporte à la mère et à l'enfant. Pour moi, on est plus que des soignants. Notre accompagnement humain va au-delà de notre connaissance de la femme, c'est vraiment l'établissement d'une relation de confiance. Au cours de ma carrière, j'ai vu défiler plusieurs générations, et cette relation de confiance existait, parce qu'avant, les sages-femmes étaient reconnues, elles détenaient une certaine notoriété, qui s'est malheureusement perdue dans les années 1970 lorsque les sages-femmes ont rejoint en grand nombre les maternités.

**PDSF : Quels ont été les évènements marquants au cours de votre carrière ?**

AC : Il y a eu une évolution de la profession au nom de la sécurité, c'est-à-dire que l'on a orienté les femmes vers les établissements de santé pour accoucher, à partir des années 1970. C'était la fin de l'accouchement à domicile. Cette évolution vers l'hypermédicalisation au nom de la sécurité semblait nécessaire, mais on en convient, ce processus s'est développé certainement au détriment de l'accompagnement humain. Pour ma part, je suis toujours restée vigilante à garder l'accompagnement humain au centre des soins. Par exemple, lorsque j'officialisais en tant que cadre en maternité, j'ai toujours prôné le choix des femmes et je n'ai pas systématisé la péridurale. Bien sûr, cela demandait plus d'accompagnement, néanmoins, là où il y avait partout 80 à 85% de péridurale, dans

mon service, le pourcentage s'élevait à 51%. Avec un bon accompagnement et une bonne information, la majorité des femmes ne demandent pas la péridurale...

**PDSF : De plus en plus de sages-femmes se lancent dans des reconversions professionnelles, d'ailleurs a-t-on des chiffres ?**

AC : Nous avons abordé ce sujet au niveau du Conseil national de l'Ordre et même si nous ne détenons pas de chiffres, nous n'avons pas l'impression que tant de sages-femmes se tournent vers des reconversions professionnelles.

**PDSF : Récemment la DARES (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques) a montré que le métier de « sage-femme » était parmi les professions les moins heureuses, qu'en pensez-vous ?**

AC : En effet, c'est une profession en souffrance. Il y a du côté de la rémunération, un énorme problème, parce que la profession de sage-femme est la moins rémunérée, je crois même après les orthophonistes. Nous en sommes conscients, mais cette problématique n'intègre pas les missions ordinaires. Toutes les négociations de rémunérations par rapport à la nomenclature des actes des sages-femmes incombent aux syndicats.

Ensuite, du côté de notre autonomie. Le code de déontologie dit que la sage-femme doit exercer en toute autonomie et indépendance, mais on se trouve dans un exercice qui est mis sous tutelle. Je pense que les sages-femmes souffrent de ce positionnement. Puis s'ajoutent le contexte organisationnel en périnatalité, les pressions budgétaires, les réductions de poste, et des situations d'exercice non satisfaisantes.

Malgré tout, dans la réalité de l'acte, dans la prise en charge, il y a aussi de nombreuses sages-femmes heureuses avec une satisfaction réelle.

**PDSF : Des idées pour améliorer cette situation ?**

**AC :** Nous sommes régulièrement auditionnés par le Ministère des Solidarités et de la Santé pour faire suite à la stratégie nationale de santé et dont un des axes prioritaires est la prévention. Dans cette stratégie, les sages-femmes sont au cœur de la prévention autant en gynécologie qu'en obstétrique, nous sommes les « rois et reines » de la physiologie, les premiers interlocuteurs pour les femmes en bonne santé.

Il y a 4 ans, lors du mouvement de grève, on aurait dû obtenir le statut de Praticien Hospitalier. Il aurait permis une place et un exercice en toute autonomie, en indépendance et avec la reconnaissance des compétences médicales. Cela n'a pas été possible et nous sommes restés au niveau des hôpitaux dans une prise en charge qui correspond à une grille infirmière et aux professions paramédicales. C'est une situation qui achoppe et qui amplifie tous les problèmes, car les sages-femmes n'ont toujours pas la reconnaissance qu'elles mériteraient au sein du système hospitalier. En libéral, persiste toujours également une méconnaissance des compétences de la profession entre professionnels et vis-à-vis des usagers, surtout depuis la possibilité de réaliser le suivi gynécologique de prévention. On demande à ce que notre place dans le système de santé soit vraiment portée par les politiques, ce qui nous aiderait beaucoup. On souhaite une véritable communication sur l'importance et le rôle des sages-femmes dans le système de santé, cela passerait par une certaine « publicité » de la profession, qui malheureusement, à ce jour, n'est pas diffusée.

**PDSF : Récemment, les violences obstétricales ont déclenché de vifs débats, quelles sont vos réflexions à ce sujet ?**

**AC :** C'est vrai que les violences obstétricales ont été très médiatisées l'été dernier. En fait, les sages-femmes étaient entièrement concernées par cette médiatisation de la

situation parce que 80% des accouchements sont réalisés par ces professionnels en France. Le Conseil national de l'Ordre s'est d'emblée positionné à définir ce qu'étaient véritablement ces violences obstétricales : Est-ce un ressenti ? Un comportement des professionnels de santé qui n'était pas acceptable ?

Nous sommes parfaitement conscients que la situation dans les maternités n'est pas au beau fixe, étant donné la réduction des effectifs et la centralisation des naissances dans des maternités qui médicalisent à outrance la naissance. Pourtant ce n'est pas une demande des femmes puisqu'il y a un retour vers le respect de la physiologie, le respect de l'eutocie et le respect du choix des femmes.

La parole des femmes ne doit être ni minimisée ni niée, il faut la prendre en compte et travailler avec nos patientes et entre professionnels de la périnatalité pour améliorer cette situation.

**PDSF : Pour finir, quelles sont les avancées que vous aimeriez voir le plus aboutir à court terme pour la santé des femmes et des sages-femmes ?**

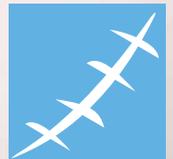
**AC :** D'abord, une extension des compétences, avec les vaccinations pour le nourrisson et toute la famille. Puis concernant l'IVG, depuis 2016, nous avons la possibilité de prescrire l'IVG médicamenteuse, mais l'on devrait aussi pouvoir accompagner ces femmes dans leur choix avec l'IVG instrumentale. Les sages-femmes peuvent tout à fait assurer cette mission, qui est aujourd'hui un peu oubliée puisque la génération de sages-femmes qui s'est battue pour l'IVG en 1975 est en train de partir à la retraite.

Il y a également la demande de pouvoir prescrire, pour se positionner en santé publique de façon pertinente, en tant que premier recours, au même titre que le médecin généraliste. Ceci afin que les sages-femmes soient insérées dans un parcours de soin vraiment ciblé par rapport à la périnatalité.



Une belle cicatrice  
est une cicatrice  
qui s'oublie

EXISTE EN GEL, GEL UV ET SPRAY



KELO-COTE®

Appliquer en couche mince 2 fois par jour.  
Plus d'informations sur : [www.kelocote.fr](http://www.kelocote.fr)

 ALLIANCE

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

# LES MAUX QUI GACHENT LA VIE DES FEMMES

*ET DES SAGES-FEMMES*

#Episode 6

Grossesse : Le sommeil n'est pas toujours  
un long fleuve tranquille

L'INSOMNIE S'INTÈGRE SOUVENT DANS LA FAMILLE DES « MAUX DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT ». POURTANT VITAL, CE SOMMEIL, QUI PERTURBE LA GROSSESSE, PEUT INDUIRE DES COMPLICATIONS CHEZ LA MÈRE ET LE FŒTUS.



Avec **Julie Paulovic**, sage-femme à l'hôpital Jean Verdier à Bondy

**L**a grossesse est l'une des périodes les plus importantes dans la vie d'une femme. Or, les troubles du sommeil sont parmi les problèmes majeurs les plus répandus pendant la grossesse. Il a été rapporté que plus de 79% des femmes enceintes ont un sommeil altéré pendant leur grossesse (1). Cette altération du sommeil apparaît plus fréquente et plus invalidante au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse du fait que les symptômes s'aggravent et qu'ils affectent la qualité de vie. En effet, au début de la grossesse 75,1% des femmes se plaignent de troubles du sommeil contre 93,3% au troisième trimestre(2).

## LA FEMME ENCEINTE ET LES PARTICULARITÉS DU CYCLE DE SOMMEIL

### AU 1ER TRIMESTRE

La femme enceinte est sous l'influence des modifications hormonales et plus particulièrement de l'augmentation de la progestérone, hormone connue pour son effet sédatif qui explique l'augmentation du temps de sommeil et la présence de somnolence diurne avec des besoins de siestes. Cependant, l'efficacité du sommeil diminue. Le sommeil peut être perturbé par les petits maux de la grossesse (nausées, vomissements, pollakiurie...)(3).

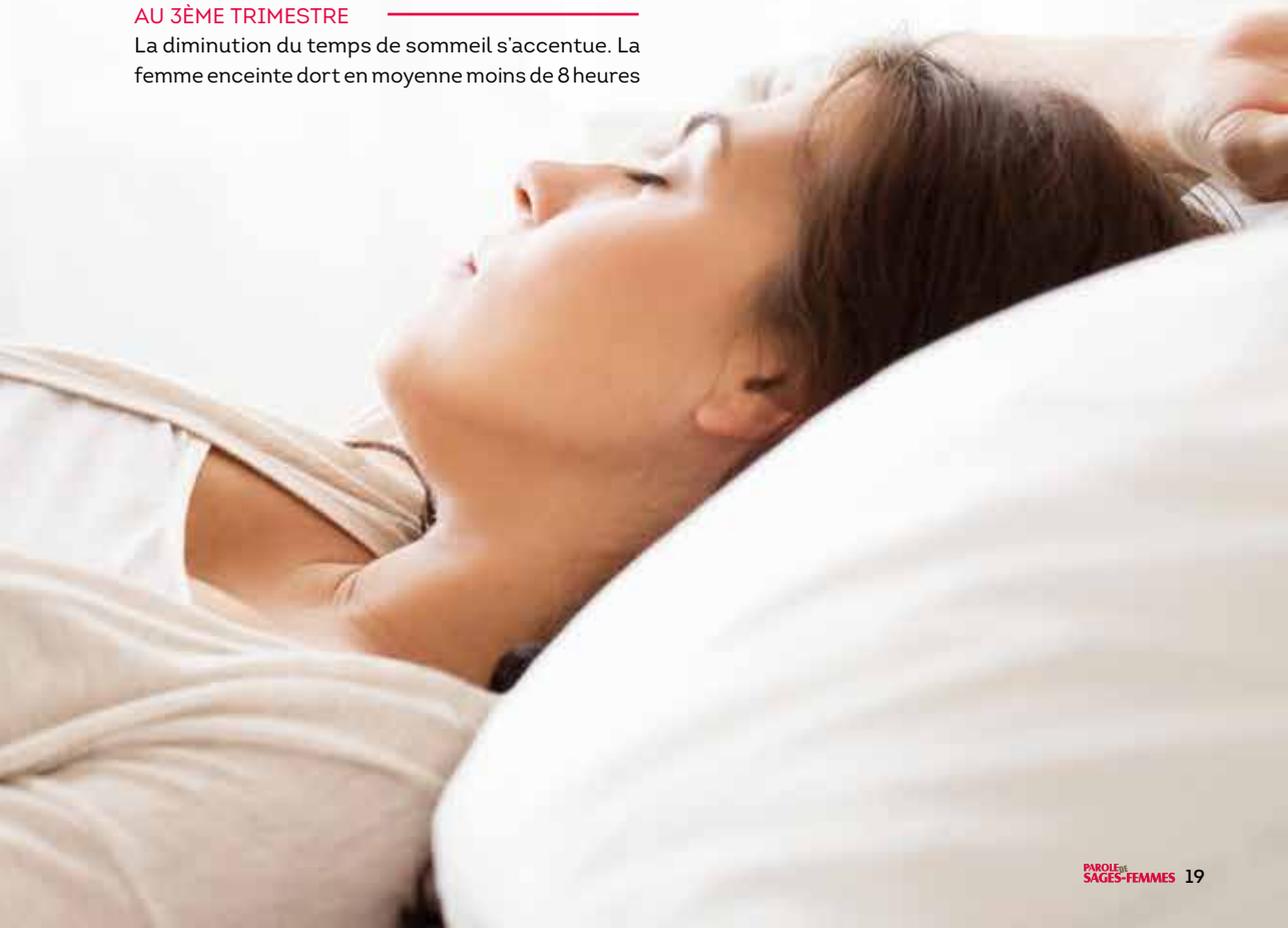
### AU 2E TRIMESTRE

Le temps total de sommeil diminue, les réveils nocturnes sont plus fréquents toujours liés aux « petits maux » de la grossesse, mais aussi à d'autres causes comme l'augmentation des cauchemars, des crampes nocturnes, et du syndrome des jambes sans repos (4).

### AU 3ÈME TRIMESTRE

La diminution du temps de sommeil s'accroît. La femme enceinte dort en moyenne moins de 8 heures

par nuit. Le sommeil change dans sa composition avec une proportion plus importante des phases de sommeil léger et d'éveils associés à des réveils nocturnes encore plus fréquents. De plus, du fait des modifications respiratoires (réduction de taille des voies aériennes supérieures, modifications nasopharyngées etc.), de l'augmentation du volume fœtal (ascension du diaphragme) et des variations hormonales, il y a plus de difficultés respiratoires et plus de ronflements. Tout ceci a pour conséquence de limiter l'effet réparateur de la fatigue physique que doit procurer le sommeil (5). À l'approche de l'accouchement, certaines femmes sont plus anxieuses, la grossesse est un moment où des modifications psychologiques peuvent apparaître. En effet, c'est un moment de transparence psychique où la femme peut se sentir vulnérable et présenter des angoisses, des inquiétudes se répercutant sur son sommeil.



## QUELS TROUBLES DU SOMMEIL ET QUELLES CONSÉQUENCES SUR LA MÈRE ET L'ENFANT ?

La grossesse peut être marquée par des troubles mineurs du sommeil liés en partie à la grossesse et à ses modifications physiologiques. Mais elle prédispose et/ou provoque aussi à d'éventuelles pathologies du sommeil pouvant entraîner des répercussions sur la santé de la mère et du fœtus. On distingue surtout 3 troubles du sommeil :

### LES INSOMNIES

C'est un symptôme subjectif identifié par des plaintes : ne pas pouvoir s'endormir, se réveiller souvent, avoir un sommeil trop court, ou peu reposant pouvant entraîner une fatigue diurne, une baisse d'attention, de concentration, de motivation, d'énergie, un mauvais fonctionnement social et professionnel. Parmi les troubles du sommeil, les insomnies sont de loin les plus fréquentes pendant la grossesse et leur prévalence augmente particulièrement au dernier trimestre de la grossesse. Ces plaintes du sommeil se retrouvent chez environ 51 à 61% des femmes dans les 8 dernières semaines de la grossesse (6).

Pendant la grossesse, les insomnies sont principalement causées par des éveils nocturnes fréquents, dus à de multiples facteurs incluant notamment les petits maux de la grossesse et les nombreux changements physiques et physiologiques inhérents à l'état de grossesse. Parmi les étiologies, il y a aussi la vulnérabilité psychique accrue, le sentiment de stress et d'anxiété engendré par les douleurs, la perspective de l'accouchement ainsi que par les changements de la vie à venir, mais aussi certaines pathologies favorisées par la grossesse (syndrome des jambes sans repos ou l'apnée du sommeil).

### LE SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS (SJSR)

C'est un trouble sensitivomoteur **caractérisé par une sensation pénible, parfois douloureuse, localisée au niveau des membres inférieurs et bilatérale, associée à un besoin impérieux de bouger les jambes. Ce trouble survient particulièrement au repos, le soir ou la nuit.** La conséquence la plus gênante du SJSR est l'insomnie. La grossesse peut être

TROUBLES DU SOMMEIL PENDANT LA GROSSESSE

**LES INSOMNIES**

Symptôme subjectif identifié par des plaintes

- Troubles de l'endormissement
- Réveils fréquents
- Sommeil trop court, ou peu reposant
- Fatigue diurne, baisse d'énergie
- Baisse de l'attention, de la concentration, de la motivation
- Troubles socio-professionnels

**Liés à :**

- Un environnement perturbé ou aux conditions de vie
- Un événement stressant ou à une maladie préexistante. Évoluant depuis des mois, elle est souvent associée à un trouble psychologique ou une maladie chronique

**19% des femmes enceintes souffrent d'un sommeil perturbé pendant leur grossesse.**

**Conséquences sur la grossesse et l'accouchement**

- Augmentation du risque d'hypertension artérielle (HTA) et de diabète gestationnel (DG)
- Davantage de douleurs et d'inconfort pendant le travail
- Durées de travail plus longues
- Taux plus élevé de césarienne
- Fréquence augmentée de naissances prématurées

**LE SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS (SJSR)**

Présence de troubles sensitivomoteurs caractérisés par :

- Une sensation pénible, parfois douloureuse, localisée aux membres inférieurs et bilatérale
- Un besoin impérieux de bouger les jambes
- Un trouble qui survient particulièrement au repos, le soir ou la nuit

**La prévalence chez les femmes enceintes = 12 à 26 %**

**Les femmes enceintes ont 2 à 3 fois plus de risque de développer SJSR**

**Lié à :**

- A une carence martiale et/ou fer
- Aux modifications hormonales de grossesse

**LE SYNDROME D'APNÉE DU SOMMEIL**

Présence d'une somnolence diurne excessive et/ou

2 des symptômes suivants :

- Ronflement gênant
- Pauses respiratoires nocturnes
- Éveils nocturnes répétés
- Sommeil non réparateur
- Fatigue diurne et altération de la concentration
- Un critère polysomnographique

**Les modifications physiologiques de la grossesse prédisposent à cette pathologie**

**Conséquences**

- Augmentation de la mortalité maternelle et fœtale
- Augmentation des RCML des APL, des anomalies RCFL
- Scores d'Apgar plus bas à la naissance
- Risque élevé de DG, HTA, et PE

**Diagnostic par Polysomnographie**

Vessie et fœtus immobilisés pendant l'analyse

Les conséquences peuvent être graves

Julie Paulovic dans le cadre de son travail de fin d'études a traité « Les troubles du sommeil et la grossesse ». Elle a créé une brochure d'information à destination des patientes.

considérée comme un facteur de risque initial ou aggravant des symptômes du SJSR (7). La prévalence chez les femmes enceintes est de 12 à 26 % avec des symptômes s'aggravant au fil des trimestres. Les femmes enceintes sont donc 2 à 3 fois plus à risque de développer ce syndrome que la population générale (5-8%) (6). La physiopathogénie de ce syndrome n'est pas claire. Il pourrait être lié à une carence en fer et en folates : les modifications hormonales induites par la grossesse semblent aussi y participer (8), (9), (10).

Les insomnies ne sont pas à sous-estimer, car elles peuvent générer un inconfort et provoquer des conséquences néfastes sur la grossesse, la santé du fœtus, de la mère et sur l'accouchement. Selon une étude menée en Europe en 2004, les femmes qui dorment moins de 6 heures par nuit durant le dernier mois de la grossesse ont significativement des durées de travail plus longues et un taux plus élevé de naissance par césarienne que les femmes dont le temps de sommeil est supérieur à 6 heures par nuit. L'étude montre que les femmes privées de sommeil ont davantage de douleurs et d'inconforts pendant le travail (11). Il a été aussi démontré que la durée et la qualité du sommeil chez la

femme enceinte influent sur l'augmentation du risque de diabète gestationnel et celui d'hypertension artérielle (12) (13). De plus, il existe une relation entre les troubles du sommeil et le risque de naissance prématurée. En effet, un sommeil de mauvaise qualité pendant le début ou la fin de grossesse est associé à une augmentation du risque d'accouchement prématuré (1) (14). Le risque est multiplié par deux si la durée du sommeil par nuit est inférieure à 5 heures (5) (15). Cela impacterait aussi sur le poids de naissance (16). L'insomnie peut aussi être un symptôme ou un signe précurseur d'une pathologie psychiatrique telle qu'une dépression, une anxiété généralisée ou encore un état de stress post-traumatique.



## LE SYNDROME D'APNÉES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL (SAOS)

Le SAOS est défini par la présence d'une somnolence diurne excessive et/ou deux des symptômes suivants : un ronflement sévère, des arrêts respiratoires nocturnes, des éveils nocturnes répétés, un sommeil non réparateur, une fatigue diurne, une altération de la concentration et un critère polysomnographique avec plus de 5 événements respiratoires par heure de sommeil (17). Il associe essentiellement ronflement, troubles du sommeil et perturbation de la vigilance diurne. **Il est caractérisé par un collapsus répété des voies aériennes supérieures au cours du sommeil qui, en l'absence de traitement, entraîne des conséquences graves dont l'augmentation de la morbi-mortalité cardiovasculaire.** En effet, il est actuellement considéré comme un facteur de risque d'hypertension artérielle et également comme une cause d'hypertension artérielle résistante au traitement dans la population générale. Si la prévalence du SAOS chez les femmes en âge de procréer est évaluée entre 5 et 6%, sa prévalence chez les femmes enceintes reste mal connue (18). La femme enceinte est sujette à des modifications physiologiques ayant un impact important sur la respiration et pouvant prédisposer les femmes enceintes au SAOS. Le principal reflet de ces changements est l'augmentation de l'incidence du ronflement pendant la grossesse concernant jusqu'à 47% des femmes et qui s'observe davantage chez les patientes ayant une pathologie vasculaire gravidique, compliquée ou non d'une pré-éclampsie, et chez les patientes obèses (19). Les épisodes d'apnées/hypopnées couplés aux réserves basses d'oxygène maternel peuvent augmenter le risque d'hypoxémie (diminution de l'O<sub>2</sub> dans le sang) maternelle et compromettre l'oxygénation fœtale, ce qui peut expliquer l'augmentation des pathologies fœto-maternelles (20). Ainsi le SAOS peut entraîner des conséquences fœtales néfastes comme des anomalies du rythme cardiaque fœtal (21). Une étude montre que sur une petite population de 35 femmes enceintes rapportant des ronflements, quatre (11,4%) avaient un SAOS dont trois pour lesquelles les apnées engendraient une bradycardie fœtale (22). Le SAOS est aussi lié à des retards de croissance intra-utérins (RCIU), des morts fœtales, ou encore des scores d'Apgar bas à la naissance (23)(24). Parmi les conséquences maternelles, le SAOS pourrait entraîner une hypertension artérielle, un diabète gestationnel et des pré-éclampsies (6) (25) (26) (27).

## Les troubles du sommeil et la grossesse



### INFORMATIONS DESTINÉES AUX PROFESSIONNELLS DE PÉRINATALITÉ

#### CONSEILS D'HYGIÈNE DU SOMMEIL

- ✓ Adopter des horaires de sommeil réguliers
- ✓ Pratiquer un exercice physique régulier
- ✓ Éviter les excitants après 16h
- ✓ Dîner ni trop tôt, ni trop tard pour bien dormir
- ✓ Éviter les somnifères
- ✓ Se ménager un environnement favorable au sommeil
  - ◆ une chambre silencieuse
  - ◆ une température n'excédant pas 20°C
  - ◆ dans l'obscurité
- ✓ Se coucher dès les premiers signaux de sommeil
  - bâillements
  - yeux qui piquent
- ✓ Se réveiller de façon dynamique
- ✓ Ne pas chercher à se rendormir en cas de réveil trop matinal
- ✓ Faire une courte sieste de 5 à 20 minutes au début d'après-midi

#### CE QUI DOIT ATTIRER VOTRE ATTENTION QUAND UNE PATIENTE VOUS DIT :

- Qu'elle a du mal à s'endormir
- Qu'elle se réveille trop tôt
- Qu'elle a des sensations désagréables dans les jambes, qui l'empêchent de dormir
- Qu'elle est fatiguée le matin
- Qu'elle a des envies de dormir la journée
- Qu'elle lutte pour rester active
- Que son sommeil est agité et que son entourage s'inquiète du ronflement et des apnées au cours du sommeil

#### POUR EN SAVOIR PLUS

[www.asthat-sommeil-vigilance.org](http://www.asthat-sommeil-vigilance.org)

[www.ajhr.fr](http://www.ajhr.fr)

<http://www.syndrome-apnees-sommeil.fr>

Combien de femmes enceintes savent  
que la santé de leurs jambes est capitale ?

**Engageons-nous ensemble contre  
la Maladie Thrombo-Embolique Veineuse  
de la grossesse.**

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

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

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

SIGVARIS

9 Neuf mois  
mes jambes  
et moi

[www.9moismesjambesetmoi.com](http://www.9moismesjambesetmoi.com)

LE SOIN PAR LE TEXTILE ACTIF

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

## LA PRÉVENTION, ON Y PENSERA

Le sommeil est un sujet peu abordé lors des consultations de suivi de grossesse, et ce malgré sa fréquence et ses conséquences. En effet, il a été rapporté que 84,8% des femmes n'ont jamais reçu d'informations au cours de leur grossesse (29). Les femmes insatisfaites de la prise en charge des troubles du sommeil exprimaient comme difficultés des réponses inadaptées à leur demande ou bien les professionnels minimisaient ce problème inhérent à la grossesse. La partie importante du dépistage des troubles du sommeil repose sur l'histoire clinique, l'anamnèse de la patiente. Il faut donc en parler et savoir être à l'écoute de la patiente quand elle nous confie qu'elle est fatiguée ou dort mal. Il faut être capable de repérer les signes cliniques d'alerte et d'investiguer afin de poser un diagnostic précis. Les professionnels disposent de plusieurs échelles simples d'auto-évaluation et de courte durée qui aide à l'orientation et au diagnostic : l'échelle d'Epworth qui permet de quantifier la somnolence d'un patient ou encore l'index de qualité du sommeil de Pittsburgh (28).

Il est possible de prévenir ou de corriger ces difficultés par des mesures simples d'hygiène du sommeil (voir plaquette), et une écoute rassurante. Les conseils hygiéno-diététiques sont applicables à toutes les femmes, quels que soient les troubles qui les dérangent dans leur sommeil. Il est donc primordial que les professionnels de périnatalité connaissent les conseils d'une bonne hygiène du sommeil. S'ils ne suffisent pas, de nombreuses méthodes non pharmacologiques existent et sont justifiées comme l'acupuncture, l'homéopathie, les thérapies comportementales à type de relaxation, sophrologie etc.

Les traitements médicamenteux peuvent éventuellement être considérés de manière ponctuelle, à court terme, plutôt en fin de grossesse et après discussion sur les bénéfices et risques avec la patiente. Les apparentés aux benzodiazépines sont à privilégier, en raison de leur courte durée d'action, ou éventuellement l'utilisation d'antihistaminiques de première génération (doxylamine et diphenhydramine) qui constituent une option pharmacologique de premier recours chez la femme enceinte souffrant d'insomnie. En effet, on dispose d'un nombre important de données d'innocuité durant la grossesse et d'un bon recul d'utilisation (8), (15). Mais le recours au traitement médicamenteux ne devrait être utilisé que si les mesures non pharmacologiques ne suffisent pas à favoriser le sommeil.



## DES ALTERNATIVES, ON Y PENSERA : pourquoi pas le mindfulness ?



# 4 QUESTIONS

au **Dr Ada Picard** sur le mindfulness,  
pédopsychiatre, psychothérapeute art-thérapie, Paris

### En quoi consiste le mindfulness ?

Le mindfulness est ce que l'on appelle la méditation de pleine conscience. C'est une forme de méditation spécifique intégrée dans le milieu médical qui est complètement laïque. Son but est de cultiver l'attention, d'exercer son attention à l'instant présent, c'est-à-dire, à soi, à ses sensations, son corps, ses émotions et à l'environnement qui nous entoure. C'est l'exercice pour être plus attentif au présent.

### Pourquoi cette méditation peut s'adapter aux femmes enceintes et notamment aux troubles du sommeil ?

La méditation en pleine conscience s'adapte à tout le monde et présente des avantages d'autant plus grand pour la femme enceinte, puisqu'il n'y a pas d'effet secondaire pour la mère ou le fœtus. Les alternatives médicamenteuses sont aussi limitées pour les femmes enceintes, en ce sens la méditation en pleine conscience est aussi un atout.

La grossesse constitue un bon moment pour se familiariser avec cette discipline et poursuivre, bien

sûr, par la suite. La méditation en pleine conscience est bénéfique pour les troubles du sommeil, le stress en général, l'accouchement, l'arrivée du bébé.

### Comment se pratique le mindfulness ?

Il se pratique dans différents cadres, en groupe MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy), pour prévenir la rechute dépressive, mais aussi pour le stress, l'anxiété, le sommeil ou MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction), qui réduit aussi le stress, et propose un protocole spécial femmes enceintes, mis en place par Nancy Bardacke (sage-femme, auteure de « Se préparer à la naissance en pleine conscience »). Les séances peuvent aussi se dérouler en individuel.

### Combien de séances doivent-elles pratiquer ?

Le mieux est de commencer dès le début de la grossesse et de pratiquer tout au long de celle-ci, tous les jours, et pas forcément avant le coucher. Cette pratique régulière amène à un état d'acceptation, de lâcher-prise et diminue les troubles du sommeil en réduisant cette lutte contre soi-même.

### Bibliographie

1. Palagini L, Gemignani A, Banti S, Manconi M, Mauri M, Riemann D. Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: impact on pregnancy outcome. *Sleep Med*. Août 2014; 15(8):853-9.
2. Buron J, Denais V, Lucas B. Le sommeil de la femme enceinte. *Rev Sage-Femme*. Novembre 2011; 10(5):199-207.
3. Lee K, Zaffke M, McEnany G. Parity and Sleep Patterns During and After Pregnancy. 2000; 14-8.
4. Mindell JA, Cook RA, Nikolouski J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Med [Internet]*. [Consulté le 24 janvier 2015]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945714004997>
5. Chang JJ, Pien GW, Duntley SP, Macones GA. Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes: Is there a relationship? *Sleep Med Rev*. Avril 2010; 14(2):107-14. /pmc/articles/PMC4557601/
6. Abbott SM, Attarian H, Zee PC. Sleep disorders in perinatal women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. Janvier 2014; 28(1):159-68.
7. Karroum E, Konofal E, Arnulf I. Le syndrome des jambes sans repos. *Rev Neurol*. Août 2008; 164(8-9):701-21.
8. Neau J-P, Paquereau J, Meurice J-C. Sommeil et grossesse. *Médecine du Sommeil*. Octobre 2009; 6(4):119-25.
9. Botez M, Lambert B. Folate deficiency and restless-legs syndrome in pregnancy. 22 septembre 1977; 670.
10. Daubian-Nosé P, Frank MK, Esteves AM. Sleep disorders: A review of the interface between restless legs syndrome and iron metabolism. *Sleep Sci*. Décembre 2014; 7(4):234-7.
11. Lee K, Gay C. Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery. 2004; 2041-6.
12. O'Keeffe M, St-Onge M-P. Sleep duration and disorders in pregnancy: implications for glucose metabolism and pregnancy outcomes. *Int J Obes*. [Internet]. Juin 2013 [Consulté le 14 janvier 2015]; 37(6). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3836666/>
13. Hayase M, Shimada M, Seki H. Sleep quality and stress in women with pregnancy-induced hypertension and gestational diabetes mellitus. *Women Birth*. 1 septembre 2014; 27(3):190-5.
14. Kajeepeta S, Sanchez SE, Gelaye B, Ciu C, Barrios YV, Enquobahrie DA, et al. Sleep duration, utal exhaustion, and odds of spontaneous preterm birth: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet]*. 27 septembre 2014 [Consulté le 14 novembre 2015]; 14. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4190429/>
15. Okun ML, Schetter CD, Glynn LM. Poor Sleep Quality is Associated with Preterm Birth. *Sleep*. 1 novembre 2011; 34(11):1493-8.
16. Plancoulaine S, Flori S, Bat-Bitault F, Patural H, Lin J-S, Franco P. Étude longitudinale du sommeil des femmes enceintes et son impact sur le terme et le poids de naissance dans la cohorte AuBE. *Médecine du Sommeil*. Janvier 2015; 12(1):3.
17. Weitzenblum E, Racineux J-L. syndrome d'apnées obstructives du sommeil. 2e édition. Masson; 2004.
18. Jriene A, El Ftouh M, El Fassy Fihry MT. Prévalence des symptômes cliniques du syndrome d'apnées du sommeil pendant la grossesse. *Médecine du Sommeil*. Avril 2010; 7(2):39-44.
19. Sarberg M, Svanborg E, Wiréhn A-B, Josefsson A. Snoring during pregnancy and its relation to sleepiness and pregnancy outcome - a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 13 janvier 2014; 14:15.
20. Caloara-Tournadre D, Ragot S, Meurice JC, Pourrat O, D'Halluin G, Magnin G, et al. Le syndrome d'apnées du sommeil pendant la grossesse : prévalence des symptômes cliniques et corrélation avec la pathologie vasculaire gravidique. *Rev Médecine Interne*. Avril 2006; 27(4):291-5.
21. Howe LD, Signal TL, Paine S-J, Sweeney B, Priston M, Muller D, et al. Self-reported sleep in late pregnancy in relation to birth size and fetal distress: the E Moe, Māmā prospective cohort study. *BMJ Open*. 1 octobre 2015; 5(10):e008910.
22. Sahin F, Koken G, Cosar E. obstructive sleep apnea in pregnancy and foetal outcome. 2008; 141-6.
23. Fung AM, Wilson DL, Lappas M, Howard M, Barnes M, O'Donoghue F, et al. Effects of Maternal Obstructive Sleep Apnoea on Fetal Growth: A Prospective Cohort Study. *PLoS ONE [Internet]*. 24 juillet 2013 [Consulté le 19 octobre 2014]; 8(7). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722214/>
24. Edwards N, Middleton PG, Blyton DM, Sullivan CE. Sleep disordered breathing and pregnancy. *Thorax*. 1 juin 2002; 57(6):555
25. Luque-Fernandez MA, Bain PA, Gelaye B, Redline S, Williams MA. Sleep- Disordered Breathing and Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. Octobre 2013; 36(10):3353-60.
26. Debs R, Tiberge M. Grossesse, SAOS et pré-éclampsie. *Médecine du Sommeil*. Janvier 2010; 7(1):28-30.
27. Franklin KA, Åke Holmgren P, Jönsson F, Poromaa N, Stenlund H, Svanborg E. SNoring, pregnancy-induced hypertension, and growth retardation of the fetus. *Chest*. 1 janvier 2000; 117(1):137-41.
28. Jones CR. Diagnostic and Management Approach to Common Sleep Disorders During Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. Juin 2013; 56(2):360-71.
29. Barrès N. Dodo, maman, do. Santé mentale. Avril 2010. (147):45.

## QUIZ !

# VIOLENCES SEXUELLES

PDSF A ASSISTÉ À LA FORMATION « LES BASES », DISPENSÉE GÉNÉREUSEMENT PAR L'ASSOCIATION STOP AUX VIOLENCES SEXUELLES. CE WEEK-END INTENSE D'INFORMATIONS N'A PAS LAISSÉ ÉCHAPPER LE MANQUE DE CONNAISSANCES SUR LE SUJET DES PROFESSIONNELS. DÉMUNIS, MAL À L'AISE, ETC, ET POURTANT, UNE SENSIBILISATION À GRANDE ÉCHELLE CONTRIBUERAIT PROBABLEMENT À ÉRADICUER « L'ÉPIDÉMIE », CAR N'OUBLIONS PAS QU'1 FEMME SUR 4 EST VICTIME DE VIOLENCES SEXUELLES ET QU'EN FRANCE, UNE FEMME EST VIOLÉE TOUTES LES 7 MINUTES.

## QUESTIONS-RÉPONSES POUR TENTER DE NE PAS PASSER À CÔTÉ.

Par G. Dahan-Tarrasona

**1** Question d'un professionnel de santé : « Ma patientèle est plutôt aisée, ai-je besoin d'interroger les femmes sur d'éventuels antécédents de traumatismes physiques et/ou psychiques ? »

Oui  Non

Il n'y a pas de profil type de victime ni d'agresseur. Le fléau concerne toutes les catégories sociales ! Il faut donc oser poser la question, au même titre que l'on demande les antécédents chirurgicaux, les allergies, etc. Intégrer systématiquement la question à l'interrogatoire médical deviendra habituel, plus naturel. Chacun trouvera ses mots, ces exemples pourront vous donner des pistes : « Comment cela se passe-t-il dans votre couple ? », « Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ? Si oui, combien de fois ? », « Avez-vous déjà déposé une main-courante ou une plainte contre votre conjoint ? ».

Si la personne est consciente de son traumatisme, donner l'autorisation de parler est le meilleur moyen de favoriser son émergence à un moment donné.

**2** À la question, « avez-vous déjà subi des violences », la patiente me répond « non », dois-je forcément en rester là ?

Oui  Non

La patiente peut avoir des doutes sur son/ses traumatisme(s) ou même ne pas en être consciente. En effet, les personnes victimes de violences sexuelles sont souvent dans une amnésie post-traumatique. Le lien entre leur mal-être, les symptômes qu'elles manifestent, n'est pas évident à établir avec ce qu'elles ont vécu. Ce qui amène la difficulté du dépistage et le soin de ces violences. Les violences détruisent la personne aussi bien sur le plan psychique que physique. Quand la bouche se tait, le corps parle... Des symptômes récurrents, des associations de pathologies peuvent mettre la puce à l'oreille. Les conséquences psychologiques peuvent s'exprimer à travers de l'anxiété, de l'irritabilité, une dépression, des troubles du sommeil, des troubles du comportement alimentaire, des addictions, des maladies psychiatriques... Par exemple, pour les conséquences à long terme, la pathologie douloureuse vient en tête des affections gynécologiques observée chez les femmes victimes de violences sexuelles : fréquence significativement accrue des douleurs pelviennes chroniques, des dysménorrhées, des syndromes prémenstruels ou des dyspareunies. Une part des douleurs pelviennes pourrait être liée à une endométriose. Quelques séries indiquent que les violences sexuelles pourraient augmenter l'incidence d'autres désordres gynécologiques tels que les pertes vaginales, les irrégularités menstruelles, les ménorragies et les fibromes. Une étude de Chandler et coll (Pain Med, 2006) montrait que 70% des femmes victimes de violences sexuelles avec viol souffraient de douleurs pelviennes. Mais on constate aussi des associations avec des troubles métaboliques, comme l'obésité, le diabète (excès de cortisol et d'adrénaline liés au stress) et des troubles cardio-vasculaires. Une enquête auprès de plus de 4000 Américains a montré que le risque de développer un asthme à l'âge adulte était multiplié par 2 chez les sujets victimes d'actes sexuels imposés. Les conséquences somatiques sont nombreuses, la vigilance s'impose quand la patiente consulte fréquemment sans « cause » avérée.

### 3 La patiente décrit un état d'anxiété se manifestant toujours au même moment de la journée. Est-ce un élément, auquel je dois prêter attention ?

Oui  Non

Le syndrome post-traumatique (SPT), c'est-à-dire les conséquences psychiques survenant à distance d'un événement traumatisant (de 3 mois à plusieurs années), peut survenir de différentes façons.

D'abord, l'intrusion. C'est le cas de cette patiente qui se remémore périodiquement les événements. Chez certaines victimes, ce sont des cauchemars, des rappels d'images récurrents.

Le SPT, se manifeste aussi avec des conduites d'évitement : la personne fait tout pour éviter un lieu, une situation qui lui rappelle l'événement traumatisant. Les conséquences : culpabilité, silence, repli sur soi, insensibilité émotionnelle, état dissociatif.

La personne peut aussi manifester une hyperstimulation avec des difficultés pour se concentrer, mener à terme des activités. La victime pourra se montrer irritable, agressive, souffrant d'instabilité et d'insomnie.

### 4 La patiente a subi des violences et souhaite un certificat médical pour entamer une procédure, la sage-femme peut-elle le rédiger et sous quelles modalités ?

Oui  Non

Ce document que pourrait délivrer la sage-femme à l'issue de la consultation fait ainsi partie des éléments qui permettront à la victime d'engager une action en justice devant le juge pénal et/ou civil, notamment pour obtenir des mesures de protection. Il s'agit du premier élément objectif sur lequel l'autorité judiciaire pourra s'appuyer pour décider des suites à donner. En rédigeant un certificat médical de constatation, la sage-femme ne viole pas le secret professionnel lorsqu'elle respecte les règles de rédaction énoncées conformément à la note établie par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes :

- 1 Rédiger le certificat de manière lisible, précise, sans termes techniques
- 2 Indiquer le lieu de rédaction du certificat, dater et signer le certificat (ne pas antedater ou postdater le certificat)
- 3 Mentionner votre nom, prénom, coordonnées professionnelles, n° RPPS ou d'inscription au Tableau de l'Ordre
- 4 Mentionner clairement les éléments d'identité de la patiente (en cas de doute, utiliser la mention « me déclare se nommer... »)
- 5 Ne porter aucun jugement, aucune accusation envers un tiers, aucune interprétation sur les faits relatés par la patiente
- 6 Après avoir nécessairement procédé à un examen de la patiente, décrire de manière factuelle et objective les lésions ou signes constatés
- 7 Retranscrire sans interprétation et entre guillemets les déclarations faites par la patiente
- 8 Ne pas violer le secret professionnel (ne pas révéler, via le certificat, des informations soumises au secret professionnel sans l'accord de la patiente)
- 9 Remettre en main propre le certificat uniquement à la patiente (ou à son représentant légal s'il s'agit d'une mineure ou d'une majeure protégée et si ce représentant n'est pas impliqué dans les faits) et en aucun cas à un tiers
- 10 Conserver une copie du certificat établi. L'établissement d'un certificat médical engage la responsabilité professionnelle de la sage-femme



Prochaines formations gratuites  
Stop Aux Violences Sexuelles :  
• Valence : 29-30 septembre 2018  
• Bordeaux : 13-14 octobre 2018  
• Lyon : 26-27 octobre 2018  
• Toulouse : 17-18 novembre 2018  
• La Rochelle : 08-09 décembre 2018  
Plus d'infos sur :  
[www.stopauxviolencessexuelles.com](http://www.stopauxviolencessexuelles.com)



Sources :  
[www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/ENTRETIENS-DE-BICHAT-2015-Atelier-Violences-sexuelles.-Jehel-Thomas-Guerin.pdf](http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/ENTRETIENS-DE-BICHAT-2015-Atelier-Violences-sexuelles.-Jehel-Thomas-Guerin.pdf)  
[stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre\\_ONVF\\_-\\_no\\_6\\_-\\_mai\\_2015\\_-\\_violences\\_et\\_sante.pdf](http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_ONVF_-_no_6_-_mai_2015_-_violences_et_sante.pdf)  
[www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_avis\\_vio\\_2016\\_10\\_05-2.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_avis_vio_2016_10_05-2.pdf)  
« Ecoutons ces corps qui parlent » du Dr Violaine Guérin.  
[www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Le\\_pratique\\_du\\_certificat\\_medical\\_descriptif\\_novembre\\_2015.pdf](http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Le_pratique_du_certificat_medical_descriptif_novembre_2015.pdf)  
[www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/medical-examen1.pdf](http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/medical-examen1.pdf)

# SPÉCIAL ENDOMÉTRIOSE

## — MIEUX COMPRENDRE : — DÉCRYPTAGE DE LA DOULEUR

COUP DE POIGNARD, LANCINANTE, PÉNÉTRANTE, CHRONIQUE OU AIGÜÉ, SELON LA DÉFINITION OFFICIELLE DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE POUR L'ÉTUDE DE LA DOULEUR (IASP), "LA DOULEUR EST UNE EXPÉRIENCE SENSORIELLE ET ÉMOTIONNELLE DÉSAGRÉABLE, ASSOCIÉE À UNE LÉSION TISSULAIRE RÉELLE OU POTENTIELLE, OU DÉCRITE DANS CES TERMES". IL N'EST PAS TOUJOURS SI FACILE DE LA COMPRENDRE SURTOUT LORSQUE LES LÉSIONS NE SONT PAS VISIBLES, COMME DANS L'ENDOMÉTRIOSE.

*Dossier coordonné par G.Dahan-Tarrasona*



Avec **Dr Delphine Lhuillery**, médecin algologue, Paris



**P**our l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), « une douleur qui dure longtemps ou qui est permanente ou récurrente est appelée chronique quand elle dure plus de 6 mois ».

Selon les études, la prévalence de la douleur chronique varie en France de 17 à 31,7%. Néanmoins, ces statistiques n'intègrent pas la douleur pelvienne alors que la prévalence de la douleur est plus importante chez les femmes que chez les hommes, du fait des hormones. Quant à l'endométriose, elle serait responsable de 30 à 40% des douleurs chroniques pelviennes et 70% des douleurs chroniques chez l'adolescente, une proportion loin d'être négligeable...

Mais faut-il identifier, prouver qu'il y a des lésions pour tenir compte de cette douleur et la prendre en charge ? On se heurte régulièrement à une incompréhension du corps médical, si on ne voit rien ou peu, la douleur est jugée disproportionnée et le mal organique n'est réduit qu'à une unique cause psychologique.

### **LES 3 PILIERS DE LA DOULEUR**

La douleur peut se schématiser en un triptyque :

#### **→ Une composante physiologique**

La douleur peut prendre naissance depuis la lésion d'un organe et/ou du nerf qui passe à l'intérieur.

« La douleur associée à l'endométriose peut être expliquée par la nociception, l'hyperalgésie et la sensibilisation centrale, associées à des degrés divers chez une même patiente (NP2) » (HAS). Les récepteurs périphériques de la douleur, appelés nocicepteurs, stimulés de façon excessive et/ou de façon persistante déclenchent la douleur. Il existe des preuves que les mécanismes nociceptifs, inflammatoires et neuropathiques coexistent dans les douleurs d'endométriose.

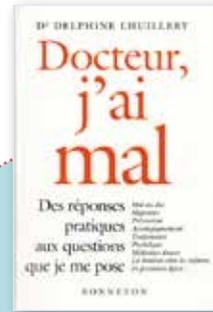
### → **La lésion du nerf immobilise le tissu qu'il innerve**

L'inflammation provoquée par les menstruations entraîne une irritation des nerfs dans la région proche de l'utérus. À leur tour, ces nerfs sensibilisés vont immobiliser les organes.

Les tissus immobilisés se rétractent et deviennent douloureux. De cette immobilité, il en découle une dysfonction tissulaire et articulaire. Au cours du temps, l'immobilité « contamine » les organes périphériques, et la douleur pelvienne augmente crescendo. Les cervicales, les dorsales, le rachis lombaire se bloquent et le bassin se verrouille. Les tissus endométriaux ectopiques entretiennent l'inflammation à chaque cycle menstruel. Un exemple, celui dont se plaignent régulièrement les femmes atteintes d'endométriose : les troubles digestifs. L'immobilité intestinale aura pour conséquence des ballonnements, une alternance de diarrhée et constipation.

### → **Le cortex**

Il joue un rôle important dans le ressenti de la douleur, inhérent au vécu de chaque individu. Dans cette pathologie, la douleur est souvent associée à la détresse psychologique et à la fatigue qui peuvent toutes deux l'amplifier. Les nocicepteurs, récepteurs de la douleur, se trouvant dans les tissus, à la périphérie, transmettent le stimulus de la douleur par les voies de la douleur jusqu'au cortex cérébral.



### À LIRE

*Docteur, j'ai mal*, du Dr Delphine Lhuillery aux éditions Bonneton, 22€.

À venir, ouvrage du Dr Delphine Lhuillery, Dr Eric Petit, Dr Eric Sauvanet, aux éditions Odile Jacob, nous vous tiendrons informés.

Une fois dans le cortex, la douleur sera perçue par l'individu.

Dans le processus de la douleur, divers systèmes de signalisation rentrent en jeu, dont la voie NMDA (acide N-méthyl-D-aspartique). Elle conduit l'information douloureuse et son augmentation dans le cerveau peut s'accroître au cours du temps (douleur intense, stress chronique). Plus cette voie augmente, plus l'information est douloureuse.

L'enchaînement des mécanismes physiologiques excite en quelque sorte la zone corticale en contribuant à l'augmentation de la douleur.

### COMMENT AGIR ?

Il est impossible de faire une dichotomie cerveau-corps dans le processus de la douleur. Il s'agit d'une spirale dans laquelle l'un agit sur l'autre.

Ces douleurs seront souvent influencées certes par les hormones, mais aussi par l'anxiété, par son rapport à la douleur, son vécu et son terrain. Elles surviendront également dans des circonstances particulières. De fait, la prise en charge doit être globale.



#### → **L'action sur le mécanisme physiologique**

Des traitements particuliers peuvent être conseillés, tous les antiépileptiques ou certains antidépresseurs, agissant spécifiquement sur les nerfs. D'autres traitements réduisent aussi la mémorisation de la douleur en jouant sur la voie NMDA. Les AINS ne se justifient que pendant la période des règles.

#### → **Agir sur l'immobilité tissulaire**

Des médecines alternatives peuvent constituer une aide pour les patientes aussi bien sur le plan physique que psychologique. Par exemple, la fasciathérapie va relancer la dynamique, favoriser la circulation sanguine et diminuer les tensions au niveau des ligaments. Elle permet de redonner mobilité aux tissus « bloqués » par des manipulations adaptées.

Les patientes peuvent recourir à l'acupuncture, à la mésothérapie. Si ces approches sont différentes, néanmoins, l'impact de l'aiguille agira sur le cerveau qui sécrètera des endorphines, permettant de soulager la

*« Des médecines alternatives peuvent constituer une aide pour les patientes aussi bien sur le plan physique que psychologique. »*

douleur. D'autres thérapies complémentaires sont bénéfiques telles que l'ostéopathie, la kinésithérapie, le yoga, etc. Quoi qu'il en soit, une pratique sportive douce quotidienne est vivement recommandée.

#### → **Action sur le cortex**

Le cerveau s'emballant, des techniques peuvent apprendre à réduire, voire le reformater pour mieux se défendre : hypnose, psychothérapie, méditation... De façon incroyable, ces approches augmentent l'activité de certaines zones cérébrales qui elles-mêmes se projettent par l'intermédiaire de neurones et réduisent l'hyperactivité de la zone de la douleur.

Sources : Endometriosis and mechanisms of pelvic pain. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009 Sep-Oct;16(5):540-50. doi: 10.1016/j.jmig.2009.06.017. Howard FM

Mechanisms of pain in endometriosis. Morotti M, Vincent K, Becker CM. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017 Feb;209:8-13. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.07.497. Epub 2016 Aug 3.

# DÉPISTER

## ET PRENDRE EN CHARGE : LE RÔLE DES SAGES-FEMMES

DOULEURS CHRONIQUES, ASTHÉNIE, INFERTILITÉ, L'ENDOMÉTRIOSE RONGE 1 FEMME SUR 10. LE TRAVAIL ACHARNÉ DES ASSOCIATIONS, DES PATIENTES, DES PROFESSIONNELS A PERMIS DE METTRE EN LUMIÈRE LA PATHOLOGIE. MALGRÉ TOUT, UNE FEMME ATTEINTE D'ENDOMÉTRIOSE PEUT ATTENDRE EN MOYENNE 5 ANS POUR QUE LE DIAGNOSTIC SOIT POSÉ. ALORS POUR LUTTER CONTRE CETTE MÉCONNAISSANCE DE LA MALADIE ET CONTRIBUER À UNE AMÉLIORATION DU DÉPISTAGE, LES SAGES-FEMMES ONT UN RÔLE IMPORTANT À JOUER. QUESTIONS PRATIQUES POUR Y VOIR PLUS CLAIR.



Avec **Dr Isabella Chanavaz-Lacheray**,  
gynécologue-obstétricien, CHU Rouen

### Quels sont les différents symptômes suspectant une endométriose ?

S'il y en avait qu'un à retenir : ce n'est pas normal d'avoir mal au ventre pendant les règles ! C'est fondamental et surtout, chez les adolescentes qui ne pourront pas rapporter d'autres symptômes associés, comme les dyspareunies.

Un interrogatoire rigoureux est impératif : âge des premières règles, la durée, la régularité des cycles, la présence ou non de douleur. On ne doit pas se contenter de demander : « avez-vous des problèmes gynécologiques particuliers ? », puisque pour la plupart des femmes, les dysménorrhées sont normales... Encore une fois, l'interrogatoire va permettre d'orienter le diagnostic : que prend-elle comme antalgiques ? Est-elle soulagée avec du phloroglucinol ? Du paracétamol ? Ou lui faut-il associer des AINS et à quel

dosage ? Les antalgiques usuels ne seront pas efficaces pour des douleurs d'endométriose contrairement aux AINS.

Doit-elle rester couchée au moment des menstruations ? Ces douleurs l'empêchent-elle de se rendre au travail ou à l'école ?

Ces questions sont très importantes, puisqu'elles permettront d'ouvrir sur les autres symptômes que présente la patiente. En effet, en dehors des dysménorrhées, il faut aussi rechercher des dyspareunies, des douleurs à la défécation et les diarrhées cataméniales.

### À quel moment demander des examens complémentaires ?

Poser le diagnostic d'endométriose ne nécessite aucun examen complémentaire, il découle essentiellement de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Pour la clinique, on peut recourir au palper abdominal, à l'examen sous speculum et au toucher vaginal. Cependant, le

palper abdominal est pauvre et avec l'examen sous speculum il est rare de trouver des lésions bleutées au niveau du col. C'est le toucher vaginal qui permettra de rechercher un nodule de la cloison recto-vaginale ou un épaississement des ligaments utéro-sacrés, à condition d'être expérimenté.

L'imagerie (échographie et IRM) n'est pas indispensable, car elle peut ne pas mettre en évidence des lésions d'endométriose superficielles, soit parce qu'elles sont minimales (1 femme sur 10 est atteinte d'endométriose, mais dans la plupart des cas, modérée), soit parce que le radiologue n'est pas habitué à détecter ce type de pathologie.

Pour l'adolescente, on évite aussi ces examens invasifs, nécessitant une préparation vaginale et rectale pour l'IRM, et l'échographie endovaginale. Par contre, une échographie sus-pubienne s'avère utile pour rechercher une malformation utérine. Celle-ci est souvent associée à un taux plus important d'endométriose et peut nécessiter un geste chirurgical (utérus borgne...).

L'échographie (sus-pubienne et/ou endovaginale) et l'IRM sont prescrites pour évaluer la gravité de l'endométriose ou dans un contexte d'infertilité. Elles doivent être réalisées par le même radiologue.

L'interrogatoire est donc vraiment le pilier pour contribuer au dépistage de la pathologie, aux stades les plus précoces.

### **La sage-femme pose le diagnostic d'endométriose, doit-elle orienter systématiquement vers un référent ?**

Non pas forcément. Dans la majorité des cas, si la patiente souffre de dysménorrhées, de légères dyspareunies, et que l'échographie sus-pubienne et éventuellement, endovaginale sont normales, il n'est pas nécessaire de l'adresser à un référent. Une fois, le diagnostic posé, l'objectif thérapeutique est une mise

*« La patiente qui se présente pour désir de grossesse, mais qui ne parvient pas à tomber enceinte après 1 an d'essai, méritera une attention particulière pour dépister une endométriose. »*

en aménorrhée qui servira aussi de test diagnostique. On ne peut pas orienter 1 femme sur 10 à un référent !

La patiente doit être informée du bien-fondé de la mise en aménorrhée qui est parfois une réticence pour certaines.

### **Quelles sont les thérapeutiques ?**

L'objectif est d'obtenir l'aménorrhée. On ne prescrit donc jamais de stérilet en cuivre, on s'orientera :

► **En 1<sup>ère</sup> intention**, vers une pilule oestro-progestative en continu et à des doses constantes (pas de placebo), à condition que la patiente ne présente pas d'antécédents personnels et familiaux thromboemboliques, qu'elle ne soit pas en surpoids et en suivant les règles de bonnes pratiques de la HAS (2013). Le système intra-utérin au lévonorgestrel est une option intéressante, dans les cas d'adenomyose associée et en l'absence d'endométriome, et si on obtient une aménorrhée dans les 6 mois.

► **En 2<sup>e</sup> intention**, vers une pilule micro-progestative (desogestrel) ou l'implant à l'étonogestrel.

► **En 3<sup>e</sup> intention**, les dernières recommandations de bonne pratique clinique du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français proposent le dienogest, qui détient l'AMM en France, mais qui n'est pas remboursé (58,73€ les 28 comprimés).

► **En 4<sup>e</sup> intention**, les macroprogestatifs en continu.

Les analogues GnRh, ont l'AMM pour l'endométriose et sont prescrits par les spécialistes, associés à une add back thérapie, dans un contexte chirurgical ou bien de PMA.

### Quelle prise en charge de l'endométriose par les sages-femmes ?

Dans cette pathologie, l'important, c'est de poser les bonnes questions ! À Rouen, les sages-femmes sont de plus en plus informées et formées sur l'endométriose puisque des cours spécifiques intègrent leur cursus.

Elles peuvent suivre et soulager la plupart des femmes atteintes en recourant à l'aménorrhée grâce aux oestroprogestatifs et microprogestatifs.

- Si la patiente est en aménorrhée dans les 3 mois et qu'elle ne présente plus de douleur, on poursuit le traitement. Elle peut manifester des spotting, dans ce cas, après 3 mois de recul, on change de contraception tant que cette problématique n'est pas résolue.
- En revanche, si elle se plaint toujours de douleurs, au-delà de 3 à 6 mois d'aménorrhée, il s'agit là d'une indication pour pratiquer des examens complémentaires (échographie endovaginale et/ou sus-pubienne avec une IRM, chez un radiologue référent). Selon les résultats, le spécialiste prendra le relais.
- La patiente doit être informée qu'en cas de désir de grossesse, après arrêt du traitement, elle devra se positionner dans une démarche active (3 rapports par semaine) et consulter dans les 6 mois si elle n'est pas enceinte pour rechercher d'autres facteurs de risque d'infertilité (altération spermatique, troubles de l'ovulation). Attendre davantage pourrait l'exposer à une aggravation des douleurs.
- La patiente qui se présente pour désir de grossesse, mais qui ne parvient pas à tomber

enceinte après 1 an d'essai, méritera une attention particulière pour dépister une endométriose. Elle sera adressée vers un spécialiste rapidement.

### Des centres de références pour l'endométriose ?

Aujourd'hui, il existe un centre référent au CHU de Rouen. Il est reconnu et labellisé par le ministère de la Santé. Il a fait l'objet d'un projet pilote permettant de dresser un état des lieux et de définir les caractéristiques des centres experts prenant en charge l'endométriose\*.

Le centre, multidisciplinaire et multisite, est une plus-value pour la coordination et l'optimisation de la prise en charge des patientes. Comme projet national, à l'heure actuelle, des équipes se positionnent dans la spécialisation de cette pathologie, mais elles ne sont pas forcément identifiées ni présentes dans chaque ville de France.

C'est pourquoi le Ministère des Solidarités et de la Santé prévoit la généralisation de ces centres experts reconnus, partout en France dans les années à venir.

### CONNAISSEZ-VOUS COMPARE ?

Porté par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, le projet ComPaRE (Communauté de Patients pour la Recherche) regroupe des patients pour faire avancer la recherche sur les maladies chroniques dont l'endométriose. Ainsi les patients deviennent acteurs de la recherche en répondant à des questionnaires sécurisés via internet (environ 30 minutes par mois). Ils peuvent être aussi sollicités pour des décisions scientifiques (choix des questions de recherche, sélection des projets...). ComPaRE est également un projet collaboratif où toutes les équipes de recherche publiques hospitalières, universitaires ou institutionnelles peuvent utiliser les informations de cette plateforme d'épidémiologie. Les données recueillies ne sont ni transmises aux industriels des médicaments ni aux assureurs.

[compare.aphp.fr](http://compare.aphp.fr)

# PAROLE DE SAGES-FEMMES.com

LA 1<sup>ÈRE</sup> PLATEFORME WEB POUR TOUTES LES SAGES-FEMMES



EN ACCÈS GRATUIT EN UN **CLIC!**

Découvrez le MOOC

## MICROBIOTE INTESTINAL ET PROBIOTIQUES

avec Dr Alexis Mosca, Gastro-pédiatre / Hôpital Robert-Debré

Pourquoi le microbiote est-il si important ?

Comment se constitue le microbiote ?

Comment peut-il être altéré ?

Comment optimiser le microbiote du nourrisson ?

La place des probiotiques dans le microbiote ?

**WWW.PAROLEDESAGESFEMMES.COM**

[paroledesagesfemmes.com/e-learning/mooc-professionnels/l-echographie-de-depistage-prenatal](http://paroledesagesfemmes.com/e-learning/mooc-professionnels/l-echographie-de-depistage-prenatal)

# ZOOM SUR L'ASSOCIATION ENDOFRANCE

EXTRAIT DE « LES IDÉES REÇUES SUR L'ENDOMÉTRIOSE » :  
LA LUTTE CONTRE L'ENDOMÉTRIOSE EST MENÉE PAR LES PATIENTES.



Par **Yasmine Candau**, Présidente d'EndoFrance

**L**e fait de sensibiliser le public à l'endométriose et ses conséquences a débuté le 29 mars 2001 lorsque trois femmes atteintes d'endométriose se sont rencontrées et ont décidé d'unir leurs doutes, leurs craintes et leurs espoirs en créant la première association française de lutte contre l'endométriose : EndoFrance.

Depuis quelques années, on assiste à l'instauration d'un dialogue entre associations et médecins, permettant de replacer la patiente au cœur de son parcours de santé et démontrant l'importance de l'accompagnement associatif. Un soin à double niveau en quelque sorte est offert à la patiente : le soin émotionnel, amical auprès de bénévoles et le soin médical auprès de l'expert. La femme atteinte d'endométriose devient actrice de sa prise en charge et une décision concertée se met en place pour les choix thérapeutiques.

Les échanges entre malades, associations et professionnels de santé, ont pour but une meilleure prise en charge, efficace et adaptée à chacune – car il y a autant de formes d'endométriose que de femmes (on parle volontiers « des endométrioses »), mais surtout un délai diagnostique raccourci autant que possible, afin de préserver la fertilité des femmes et leur qualité de vie. Au fil des années, ce travail collaboratif a permis

*« La femme atteinte d'endométriose devient actrice de sa prise en charge et une décision concertée se met en place pour les choix thérapeutiques. »*

de faire entendre la voix des patientes dans les instances professionnelles publiques et privées. La lutte est désormais coordonnée et menée de concert, mais loin d'être terminée. En effet, les malades déplorent l'absence de prise en charge en affection longue durée, notamment pour les formes les plus sévères de l'endométriose, nécessitant des rendez-vous fréquents, des examens médicaux et des chirurgies spécialisées. L'association EndoFrance a ainsi mené des actions auprès des instances concernées afin de les sensibiliser.

C'est au nom de cet objectif commun à tous, une meilleure prise en charge de l'endométriose, que malades, associations de patientes, médecins, pouvoirs publics doivent s'associer.

*Idées reçues sur l'endométriose,*  
Charles CHAPRON,  
Yasmine CANDAU



Sources : *Prise en charge de l'endométriose - Recommandations de bonne pratique- HAS - CNGOF - 2017*

*Définition des centres experts en endométriose.*

*I.Chanavaz Lacheray, E.Darai, P.Descamps, A.Agostini, M.Poilblanca, P.Rousset, P-A.Bolze, P.Panel, P.Collinet, T.Hebert, O.Graesslin, H.Martigny, J.-L.Brun, H.Dechaud, C.Mezan, De Malartic, L.Piechon, A.Wattiez, C.Chapron, F.Golfier*  
*Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie - Volume 46, Issue 3, March 2018, Pages 376-382*

# ACCOMPAGNER POURQUOI PAS L'OSTÉOPATHIE ?

LES MÉDECINES ALTERNATIVES PERMETTENT AUX FEMMES SOUFFRANT D'ENDOMÉTRIOSE ET D'ADÉNOMYOSE D'AMÉLIORER LEUR QUOTIDIEN.  
CLAUDINE AGERON MARQUE LES ACCOMPAGNE AVEC L'OSTÉOPATHIE.



Avec **Claudine Ageron Marque**, ostéopathe, après une pratique de sage-femme durant une vingtaine d'années, Libourne

## LA THÉORIE DU DOCTEUR LEYENDECKER POUR MIEUX COMPRENDRE LE PÉRISTALTISME TUBAIRE ET UTÉRIN

Pendant la période embryonnaire deux utérus primaires composés d'une seule couche musculaire vont fusionner pour former un seul utérus (l'archimétra).

Ils fonctionneront indépendamment comme deux entités fonctionnelles liées à l'ovaire et l'imprégnation hormonale. Puis entre 27 SA et 39 SA et même après la naissance, deux autres

couches musculaires (la couche moyenne et la couche musculaire externe) vont recouvrir la couche musculaire primaire (le néométra). Des fibres musculaires appartenant à la couche externe seront retrouvées dans les ligaments ronds et les ligaments utéro-sacrés. Dès la mise en place du péristaltisme utérin (au cours de la puberté), les contraintes mécaniques (anatomiques, pathologiques ou accidentelles) vont s'exercer sur l'utérus, entraînant une perte de mobilité de l'utérus « définitif » ce qui dans un deuxième temps perturbe le péristaltisme de l'hémi-utérus «

primaire », provoquant alors hyper- ou dyspéristaltisme, responsable d'un reflux des cellules endométriales dans le péritoine.

Ces dysfonctionnements seraient à l'origine de microlésions inflammatoires et de modifications des cellules de l'endomètre (augmentation de l'expression de l'aromatase P450, qui n'apparaît pratiquement pas dans l'endomètre normal). Cet enzyme a la propriété de catalyser la production d'estrogènes à partir de précurseurs androgènes sécrétés par l'ovaire et les glandes corticosurrénales, et provoque donc une imprégnation accrue d'estrogènes dans les tissus endométriaux.

Cet excès d'estrogènes produit une croissance cellulaire accélérée des cellules endométriales (repérée biochimiquement par des "marqueurs de prolifération"). Cette prolifération de cellules biochimiquement modifiées associée à l'hyper- ou dyspéristaltisme utérin favorise la dissémination des cellules endométriosiques dans la cavité péritonéale par reflux.

Quant à l'adénomyose, elle résulterait plutôt d'une altération du tissu musculaire, qui serait à l'origine de la migration d'îlots d'endomètre dans la couche externe du myomètre. Son implantation doit s'effectuer dans un endroit tranquille, vascularisé, où rien ne bouge : dans les utérus rétroversés fixés, l'envahissement des îlots est observé plus au niveau du Douglas, et dans les utérus antéversés fixés, sur la paroi antérieure à la base de la vessie.

## L'OSTÉOPATHIE : QUEL RÔLE SUR LA DOULEUR ?

L'endométriose entraîne des douleurs pelviennes cycliques, des lombalgies récidivantes, des dysménorrhées, des dyspareunies, des douleurs à la défécation, des syndromes appendiculaires.

Avec l'ostéopathie, nous allons nous intéresser à la cause avec la mobilité de l'utérus, l'élasticité du péritoine pour redonner le péristaltisme nécessaire à une bonne physiologie.

**« La main ostéopathique agit sur la structure qui supporte l'utérus « secondaire ». Elle vérifie et corrige la mobilité des iliaques et du sacrum. »**

La main ostéopathique agit sur la structure qui supporte l'utérus « secondaire ». Elle vérifie et corrige la mobilité des iliaques et du sacrum. Ces mains testent et rectifient la mobilité de la vessie, de l'intestin, l'élasticité du péritoine de telle sorte que la jonction col/corps de l'utérus soit au-dessus du noyau central du périnée et qu'il puisse s'adapter au plein et vide de la vessie, du rectum, du caecum et du sigmoïde.

Cette mobilité retrouvée, les reflux tubaires et les microlésions entretenues par les dyskinésies tubaires vont diminuer et même parfois disparaître.

Nous recherchons aussi les épines irritatives qui potentiellement génèrent ou aggravent l'inflammation du péritoine et provoquent des douleurs. Le travail ostéopathique vise à diminuer les informations nociceptives qui aggravent l'état général de la patiente.

Le rôle de la sage-femme pourrait être d'identifier ces restrictions de mobilité de l'utérus et de les adresser aux ostéopathes formés pour ce travail.

Dans le même thème, retrouvez sur [paroledesagesfemmes.com](http://paroledesagesfemmes.com) :

**« Atteinte d'endométriose, elle a créé des chroniques pour vulgariser la maladie »** et **« La Saharienne pour lutter contre l'endométriose: Deux sages-femmes se lancent le défi »**.



# DÉSIR D'ENFANT ET ENDOMÉTRIOSE



Avec **Déborah Schouhmann-Antonio**,  
thérapeute (couple, familial, sexologie, infertilité, périnatalité), Paris

**P**rès de la moitié des femmes souffrant d'endométriose sont sujettes à des problèmes pour concevoir un enfant. En effet, la PMA est une bonne option afin de pallier cette problématique, en revanche c'est la double peine pour des femmes déjà en souffrance. La région pelvienne étant déjà une zone décrite comme un lieu de souffrance pour beaucoup, elle devient également le lieu d'un autre type de problème celui de l'infertilité ! Après la souffrance quotidienne, les patientes

vont alors être confrontées à une souffrance du désir d'enfant. Le parcours de Procréation Médicalement Assistée est souvent long et délicat pour les femmes, là c'est une continuité dans la douleur qui est de plus pénalisante pour arriver à l'enfant ! Certaines voient leur douleurs d'endométriose augmenter avec les traitements de stimulation. La reconnaissance de cette souffrance est essentielle dans le processus psychologique des patientes. Rappelons qu'écouter ces femmes est un premier pas dans leur mieux être !

## DES GROUPES DE PAROLE POUR ACCOMPAGNER L'INFERTILITÉ !

Depuis mai 2015, l'Hôpital Américain de Paris, propose en son sein, des groupes de parole dédiés aux personnes en parcours PMA sans distinction d'âge, de pathologie, ou de durée des parcours ; Ces rendez-vous, animés par une thérapeute et coach spécialisée en infertilité, sont bimensuels et regroupent 10 participants maximum.

Les groupes de paroles permettent aux patients de partager leurs expériences avec d'autres personnes traversant une situation similaire et ainsi mesurer que leur ressenti ou attitude n'est pas

anormale, mais bien lié à la difficulté d'aboutir à une maternité. Cette espace d'échange libre et sans jugement leur permet aussi de lutter contre l'isolement social en rencontrant d'autres personnes qui partagent une histoire et un langage commun. Les rencontres régulières tissent un lien entre les participants, qui se suivent tout au long de leur PMA. Les patients apprécient particulièrement dans ces échanges en réels et non en virtuels, comme sur les forums internet, le regard bienveillant des participants qui leur est essentiel.

# HPV

## LE POSITIONNEMENT DES ÉTUDIANTS SAGES-FEMMES EST-IL INFLUENCÉ PAR LEUR STATUT VACCINAL ?

DISPONIBLE EN FRANCE DEPUIS 2007, LA VACCINATION ANTI-HPV EST SOUMISE À LA CONTROVERSE, ALORS QUE LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS EST LE 2<sup>E</sup> CANCER LE PLUS FRÉQUENT DU MONDE. LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE DEMAIN SONT-ILS SUFFISAMMENT SENSIBILISÉS À LA VACCINATION ANTI-HPV ? MANON CATTET, LAURÉATE AU GRAND PRIX EVIAN 2017 S'EST INTERROGÉE DANS SON MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES SUR L'INFLUENCE DU STATUT VACCINAL ANTI-HPV CHEZ LES ÉTUDIANTS SAGES-FEMMES. EN VOICI LE RÉSUMÉ ORIGINAL.

### INTRODUCTION

Les infections à papillomavirus humains (HPV) sont les infections sexuellement transmissibles les plus répandues, 200 typages d'HPV touchent 70% de la population générale et 10% des infections évolueront en cancers oro-pharyngés et/ou ano-génitaux.

Le cancer du col de l'utérus est le 4<sup>e</sup> cancer féminin mondial et le 12<sup>e</sup> meurtrier en France. Sa prévention repose sur le frottis cervico-utérin et la vaccination, disponible en France depuis 2007 pour les filles, et mars 2017 pour les hommes. La couverture vaccinale anti-HPV de la population-cible française est une des plus faibles d'Europe: améliorer le dépistage du cancer cervical et augmenter la couverture vaccinale sont des objectifs du *Plan cancer 2014-2019*. Les sages-femmes sont prescripteurs des vaccins anti-HPV; il n'existe pas, à notre connaissance de publication relative à leur positionnement sur cette vaccination controversée.

### OBJECTIF

Déterminer l'influence du statut vaccinal anti-HPV des étudiants sages-femmes (ESF) sur leur positionnement comme futurs

professionnels et sur leurs connaissances vis-à-vis de cette vaccination.

### MATÉRIEL ET MÉTHODE

Une enquête nationale transversale observationnelle par questionnaire anonyme adressée par courriel et 2 relances aux 4000 ESF des 35 écoles françaises, a été conduite du 27 avril au le juin 2016. Le questionnaire les interrogeait principalement sur leurs caractéristiques socio-démographiques, statut vaccinal anti-HPV, positionnement sur la vaccination anti-HPV vis-à-vis de leur famille et patientes, et des questions de connaissance d'ordre épidémiologique sur l'HPV évaluées par un score. Les analyses univariées ont été réalisées avec le logiciel OpenEpi® et les tests de Chi2 ou Fisher pour les données qualitatives, et de Student ou Mann-Whitney et ANOVA pour les données quantitatives, calculées au risque d'erreur alpha=5%.

### RÉSULTATS

La population d'étude est de 1210 femmes (taux de participation 30,2%, 33/35 écoles). Moins les catégories socio-professionnelles des parents étaient élevées, plus elles

## « Les taux d'incitation vaccinale envers les patientes et les familles augmentaient entre le début et la fin du cursus »

étaient vaccinées (n=830, 68,6%[66-71,2]). Celles vaccinées recommandaient plus les vaccins anti-HPV à leur famille et aux patientes (respectivement OR=26,71[16,69-42,73]; p<0,001 ; OR=7,72[4,77-12,49]; p<0,001) et obtenaient en moyenne de meilleurs scores de connaissances (11,1/19(±2,9) vs 9,6/19(±3,2); p<0,001). Celles non vaccinées étaient plus âgées (p<0,001), doutaient de l'innocuité/efficacité des vaccins (p<0,001) et recommandaient plus la vaccination aux patientes qu'aux familles (81,3% vs 57,9%; p<0,001).

Les taux d'incitation vaccinale envers les patientes et les familles augmentaient entre le début et la fin du cursus (respectivement OR=3,02[1,85-4,93]; p<0,001 ; OR=2,25[1,2-

3,23]; p<0,001) pour 1125 sur 1210 étudiantes (93%). Elles étaient 85 sur 1210 (7%) à ne pas recommander les vaccins.

## DISCUSSION/CONCLUSION

Les nombreux résultats significatifs sont à considérer avec les biais d'un recueil déclaratif. C'est la seule étude réalisée en population totale qui cherche à corrélérer la perception du vaccin anti-HPV avec les connaissances. Les étudiantes sages-femmes sont favorables à la vaccination et influencées par leur statut vaccinal. Nos résultats corroborent ceux relatifs au concept émergent d'hésitation vaccinale, associant l'influence des connaissances des professionnels de santé, les attitudes et croyances envers les vaccins, et des facteurs culturels. Ils suivent ceux d'autres filières santé, et suggèrent une meilleure éducation des étudiants sages-femmes en épidémiologie et sur la sécurité vaccinale pour relayer une information objective. Cela pourrait passer par leur participation à des actions de santé publique.



## 3 QUESTIONS

à **Manon Cattet**, sage-femme  
à la clinique Saint-George, Nice

### Pourquoi avoir entrepris ce travail ?

C'est un sujet au cœur de l'actualité. Lors des cours, on ne cessait de rappeler que la couverture vaccinale contre l'HPV est insuffisante en France. Alors c'est vrai qu'entre étudiants, on s'interrogeait pour connaître notre statut vaccinal. À partir de là, je me suis demandée, si notre statut vaccinal pouvait influencer nos prescriptions vis-à-vis des patientes. Concernant le vaccin anti-HPV, c'est une réflexion nouvelle puisque cette vaccination est disponible en France que depuis 2007. Jusque-là, les professionnels ne présentaient pas ce biais.

### Avez-vous été surprise par les résultats ?

J'ai été surprise par la différence de couverture de vaccination entre la population générale et celle des étudiants sages-femmes. Je ne m'attendais pas, non plus, à obtenir autant de réponses. C'est tellement un sujet d'actualité que peut-être les gens ont souhaité davantage s'exprimer ! Cette question les a interpellés, le statut vaccinal influence nos pratiques, et c'est regrettable, parce qu'il y a un intérêt de santé publique.

Par ailleurs, l'environnement familial est également un facteur d'orientation.

### Comment poursuivre ce travail ?

Il pourrait être intéressant de recueillir le point de vue des hommes étudiants sages-femmes sur la vaccination anti-HPV. En raison d'un trop faible effectif (25 étudiants), je n'ai pas pu analyser leurs témoignages. Également, tout au long du master en maïeutique, j'ai eu la chance de pouvoir animer des ateliers d'information auprès de collégiens ou lycéens sur la prévention en sexualité/contraception. C'est un très bon moyen d'échanger avec les jeunes et d'exposer toutes les préventions possibles, notamment la vaccination anti-HPV, malheureusement trop souvent inconnue à leurs yeux. Il serait intéressant de réaliser ces réunions auprès des parents, souvent détenteurs de la décision de vaccination de leurs enfants, pour lesquels le sujet semble tabou. Il faudrait aussi impliquer les étudiants sages-femmes dans cette prévention, afin qu'ils poursuivent naturellement sur cette lancée en tant que professionnels.

# PLAGIOCÉPHALIE POSITIONNELLE DU NOURRISSON: IL FAUT DÉDRAMATISER !

LA PLAGIOCÉPHALIE POSITIONNELLE, CONCERNANT 10 À 20% DES NOURRISSONS, A SUSCITÉ RÉCEMMENT DE VIVES POLÉMIQUES. CERTAINS PRATICIENS, REMETTANT EN CAUSE LE COUCHAGE SUR LE DOS, ONT CONTRIBUÉ À L'AFFOLEMENT DES PARENTS. NOYÉS DANS CES PROPOS DOUTEUX, IL N'EST PAS RARE DE LES VOIR DÉBARQUER EN SERVICE DE MATERNITÉ AVEC DES DISPOSITIFS « ANTI TÊTE PLATE » NON ÉVALUÉS SUR LE PLAN SCIENTIFIQUE ET SANS CONSENSUS MÉDICAL. ALORS, QUELS CONSEILS LEUR PRODIGUER POUR LUTTER CONTRE CETTE DÉSINFORMATION ?



Avec **Dr Arnaud Pfersdorff**, pédiatre à Strasbourg, écrivain et fondateur de la plateforme de téléconseil pédiatrique, *pediatre-online*

## « LA FORME D'UN CRÂNE EST PLUS OU MOINS DÉFINIE À LA NAISSANCE »

Le bébé a un crâne très mou, les fontanelles et les sutures ne sont pas bloquées. Son crâne se solidifie dans les 6 premiers mois voire les 2 ans de l'enfant. Il est le 1er organe du corps à se développer en taille, plus rapidement, comparativement aux os longs. On mesure d'ailleurs régulièrement le périmètre crânien. Ce crâne subit plusieurs pressions internes, par le développement du cerveau, par les pressions liées à la circulation du liquide céphalo-rachidien et du fait des pressions induites par l'accouchement. Il y a aussi une étape osseuse, dont dépendent des lignes de force génétiquement déterminées et influencées par l'hormone de croissance, la parathormone, et les oligo-éléments.

Cette solidification est donc génétiquement déterminée, ce qui implique que la forme d'un crâne d'un bébé ou d'un adulte est plus ou moins définie à la naissance. Sur celui-ci, vont intervenir des facteurs, dont certains affolent les parents, c'est la déformation positionnelle.

## « ON A REMPLACÉ UN MAL PAR UNE ANGOISSE »

Le rôle de ceux qui interviennent dans le domaine de la naissance, c'est de rappeler pourquoi on en parle tant. C'est que jadis, les enfants dormaient sur le ventre et l'on ne le conseille plus depuis une vingtaine d'années (couchage sur le dos recommandé depuis 1994). Avec le couchage sur le dos, la mort subite du nourrisson a été réduite de plus de 50%, sans que l'on ne sache vraiment l'expliquer.



Et comme l'enfant dort sur le dos, on remplace un mal par une angoisse !

Pourquoi cette fixation sur la plagiocéphalie ? Je crois que beaucoup en ont profité. Il y a le fruit des réseaux sociaux, on l'a vu avec les vaccins. Il y a ce côté anxiogène de la plagiocéphalie, qui fait que les gens ont peur parce que tout est dans l'image, il faut être beau ! Et il y a aussi un côté consumériste où il faut utiliser du matériel pour ne pas avoir la tête plate, on multiplie alors les consultations chez les praticiens et surtout, on entretient l'angoisse et la culpabilité des parents. Mais la solution se trouve le plus souvent chez eux...

### **COUCHAGE SUR LE DOS OU ÉVOLUTION SOCIOLOGIQUE : À QUI LA FAUTE ?**

Si les professionnels de la petite enfance ont constaté une augmentation de l'incidence de la plagiocéphalie, cette observation n'est pas directement imputable au couchage en décubitus dorsal, initié au début des années 90. Un élément important est celui du temps passé par les parents auprès de l'enfant.

J'ai observé une augmentation de la plagiocéphalie en 2 temps, notamment sur les quinze dernières années. Les parents

sont moins disponibles, plus dans une logique organisationnelle, il en découle moins d'interactivité avec leur bébé. Ils souhaitent reprendre leur activité, leur vie d'avant, ils s'écoutent avant d'écouter leur enfant.

Selon l'article de l'Association nationale des centres référents pour la mort inattendue du nourrisson (ANCRéMIN), la plagiocéphalie est aussi la conséquence « de la mise sur le marché d'un équipement « spécial bébé », sans cesse renouvelé, vantant de multiples fonctions, et de ce fait largement utilisé, contraignant l'enfant à adopter telle ou telle position. Le vrai problème n'est donc pas celui du couchage dorsal, mais bien celui d'une véritable immobilisation du nourrisson (container baby syndrome). Des arguments sans preuve scientifique associent même à ces déformations du crâne, la plupart du temps transitoires, la survenue ultérieure de troubles neurodéveloppementaux, de scoliose cervico-dorsolombaire, voire de troubles de la mastication et inquiètent les parents et les familles ».

### **FAVORISER LA MOTRICITÉ LIBRE**

Vous constaterez que les enfants portés sur le dos de leur mère au Mali ou ailleurs ne

présentent pas de plagiocéphalie positionnelle. On en arrive au nœud du problème : privilégions l'approche posturale et l'interaction !

C'est pourquoi j'apprends aux parents à manipuler l'enfant, à le prendre dans les bras, à favoriser la position sur le ventre, dès la naissance, quelques minutes, plusieurs fois par jour, et sous surveillance, pour l'initier aux activités motrices spontanées. Je les pousse aussi à faire du portage. C'est formidable l'écharpe de portage ! L'enfant est dans la posture, il est dans l'interaction, il n'est pas couché, l'appui sur la tête est moindre, les lignes de force se développent, ainsi que les muscles peauciers du cou qui vont intervenir dans le développement du crâne.

Les sages-femmes ont un rôle important à jouer, il y a tellement d'informations que ces professionnels peuvent déminer auprès des parents en anténatal. J'apprécie de travailler avec les sages-femmes, notre collaboration nous permet de diffuser de bonnes informations aux parents, de les rassurer et de les aiguiller pour ne pas acheter n'importe quoi. C'est vraiment plusieurs paramètres qui interviennent dans la plagiocéphalie et c'est bien dommage que la crédibilité des parents soit exploitée par certains...

En conseil de prévention, j'évoque aussi le surpoids. En effet, par exemple, un enfant de 6 mois qui pèse déjà 9 Kg présentera des difficultés pour se mobiliser, il se tiendra assis plus tard, et finalement après c'est un véritable cercle vicieux.

### **ATTRIBUER LES CONSÉQUENCES NÉGATIVES À LA PLAGIOCÉPHALIE OU À LA DÉSINFORMATION ?**

Ce n'est pas la plagiocéphalie en elle-même qui entraîne des conséquences négatives sur le bébé, mais sa posture. Finalement, on retrouve assez souvent ces mêmes enfants. Ils ont une plagiocéphalie parce qu'ils sont souvent couchés sur le dos, ils ont une surcharge pondérale, on leur donne des bouillies jusqu'à 8 mois, et commencent à mastiquer vers 8, 9 mois. Il est évident qu'ils éprouveront des difficultés, susceptibles de développer une

malocclusion dentaire et devront bénéficier de travaux d'orthodontie plus tard, tout est lié ! C'est un ensemble de situations qui entraînent les complications et non seule la plagiocéphalie. C'est pour cette raison aussi, que l'on privilégie la diversification à 5 mois pour que l'enfant mastique plus tôt, et afin de réduire les problèmes de maxillaire.

### **DIFFUSER LA BONNE INFORMATION**

Il y a aussi les enfants avec un torticolis congénital, ceux qui sont nés avec une extraction instrumentale, plus enclins à développer une plagiocéphalie. Dans ces cas, elle sera plutôt asymétrique, mais là aussi, il y aura un traitement postural à réaliser avec de la kinésithérapie et/ou de l'ostéopathie. Quoi qu'il en soit, il faut rassurer les parents, leur expliquer qu'un crâne est toujours asymétrique, et qu'il ne faut pas confondre avec une plagiocéphalie et qu'il y a des choses à éviter. Ce n'est pas parce que l'enfant a le crâne plat qu'il faut absolument l'opérer, ni même lui faire porter un casque de traction qui peut impacter son développement cognitif et postural. On voit parfois des parents qui demandent l'avis à plusieurs pédiatres, ce qui est témoin d'un problème d'information et rappelons-le, la plagiocéphalie n'a pas d'impact sur le développement du cerveau !

### **UNE PLATEFORME À CONSEILLER AUX PARENTS : PÉDIATRE-ONLINE**

Initialement un blog créé en 1995 par Dr Arnaud Pfersdorff, le site a vite attiré les parents avec maintenant une audience quotidienne de 4000, 5000 personnes. Depuis 2010, le site a développé un service de télémedecine pédiatrique où des parents du monde entier posent leurs questions à un réseau de pédiatres.  
[www.pediatre-online.fr](http://www.pediatre-online.fr)

*Référence : Désinformation concernant le couchage des nourrissons et la plagiocéphalie H. Paturala, I. Harrewijnb, A. Cavalierc, K. Levieuxd, C. Fargese, C. Gras Leguend, B. Kugenerf, A.-P. Michard-Lenoirg, E. Briand-Hucheth, J.-C. Picaudi, L'Association nationale des centres référents pour la mort inattendue du nourrisson (ANCREMIN)*

# PAROLE DE MAMANS

## -academy.com



LA 1<sup>ERE</sup> 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-Emselek  
PSYCHANALYSTE



Clarence de Bellowsky  
DERMATOLOGUE



Philippe Meisler  
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN



Catherine Dollo  
MÉDECIN HAPTOTHÉRAPEUTE



Frédérique Fournier  
SAGE-FEMME



Franck Dugravier  
PÉDIATRE



Romain Dugravier  
PÉDOPSYCHIATRE



Christine Van Egroo  
MÉDECIN NUTRITIONNISTE



Gilles Grangé  
GYNÉCOLOGUE ÉCHOGRAPHISTE



Géraldine Farrasona  
SAGE-FEMME



Anne Guilmin  
DIÉTÉTICIENNE NUTRITIONNISTE



Gérard Héluin  
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN



Harry Jorgan  
PSYCHANALYSTE



Sylvia Gaudel  
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIENNE



Dominique Leyronnas  
PÉDIATRE



Sophie Marinopoulos  
PSYCHOLOGUE, PSYCHANALYSTE



Eli Davnon  
PODologue



Olivier Moutarde  
GASTROPÉDIATRE



Capitaine Emmanuel Bécue  
SAPEUR-POMPIER



Sophie Legrix

WWW.PAROLEDEMAMANS-ACADEMY.COM



myNea



evian

Canon



choussée

Biostime

## RENCONTRE AVEC

Caroline Mallard

SAGE-FEMME LIBÉRALE  
À LONDRES

SAGE-FEMME LIBÉRALE À LONDRES DEPUIS 2012.

CAROLINE A LANCÉ AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ  
LE 1ER RÉSEAU DE PÉRINATALITÉ : « BABY & ME - LONDON ».*Propos recueillis par G. Dahan-Tarrasona***Parole de Sages-Femmes : Votre parcours ?**

**Caroline Mallard :** Diplômée en 2003 de l'école de sage-femme de Baudelocque, à Paris, j'ai exercé pendant 4 ans au CHV, Centre Hospitalier de Versailles, puis à la maternité de Beaujon.

Pour des raisons familiales, j'ai déménagé à Londres en 2011. Il fallait alors régulariser ma situation auprès du Nursing & Midwifery council (équivalent du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes français) pour exercer. Cela a pris une année. Une fois le diplôme reconnu, vers quelle voie s'orienter : sage-femme à l'hôpital ou bien en libéral ?

Ici, les sages-femmes officient majoritairement dans les hôpitaux, l'activité libérale est assez rare. Pour autant, j'ai tout de même décidé de sauter le pas et d'ouvrir mon cabinet.

**PDSF :** Maintenant, vous exercez avec plusieurs praticiens et proposez un accompagnement global aux patientes. Pouvez-vous nous en dire plus ?

**CM :** Entreprendre une activité libérale dans une autre ville et surtout lorsque ce n'est pas la « norme » n'a pas été facile. Mais j'avais l'idée de rejoindre d'autres praticiens afin de travailler en équipe et de pouvoir proposer un accompagnement global aux patientes. J'ai

d'abord rencontré une psychologue française, puis une sage-femme française tout juste arrivée à Londres. En quelques mois, on a créé un réseau « Baby & me - London », le premier réseau de périnatalité bilingue, anglais-français, à Londres. Aujourd'hui, ce sont ostéopathe, sages-femmes, médecin, homéopathe, sophrologue, praticien en haptonomie, etc, qui accompagnent les patientes depuis le désir de grossesse, pendant la grossesse, jusqu'au post-partum et les premiers mois de l'enfant.

**PDSF :** En Angleterre, les sages-femmes du National Health Service (équivalent des hôpitaux en France) proposent un accompagnement pendant la grossesse et même l'accouchement à domicile. Alors qu'est-ce que ce réseau offre de plus aux patientes ?

**CM :** Le suivi de grossesse est bien différent par rapport à la France. La fréquence des consultations obstétricales pour les grossesses à bas risque est moindre qu'en France, on ne réalise pas de toucher vaginal durant la grossesse, la surveillance fœtale est également moins poussée (pas de sérologie toxoplasmose, 2 échographies obstétricales, pas de surveillance



**« La fréquence des consultations obstétricales pour les grossesses à bas risque est moindre qu'en France, on ne réalise pas de toucher vaginal durant la grossesse, la surveillance fœtale est également moins poussée... »**

de fin de grossesse...). La préparation à la naissance proposée par l'hôpital correspond à une séance en groupe de 2 heures, où la sage-femme aborde tous les sujets (a priori) et la rééducation périnéale n'est prescrite aux patientes que si leur accouchement a été traumatique (déchirure du 3ème degré).

Certaines patientes et notamment les expatriées sont troublées par ces contrastes, des femmes ne sont pas rassurées et préfèrent compléter leur suivi de grossesse. Nous leur proposons donc un accompagnement pluridisciplinaire et personnalisé pour que la grossesse et l'après soient vécus le plus sereinement possible.

Grâce aux réseaux sociaux, de plus en plus de patientes intègrent « Baby & Me- London » pour leur suivi et ce sont essentiellement des françaises. C'est également un atout pour ces femmes, loin de leur famille et de leurs amis, plus exposées à la dépression du post-partum...

**PDSF : Vous arrive-t-il de travailler avec les sages-femmes du NHS ?**

**CM :** Les sages-femmes du NHS sont très nombreuses, et finalement on ne réfère que très rarement les patientes à l'hôpital. Dans certains cas, en France, j'aurai orienté, mais ici, de par les différences de fonctionnement, ce

n'est pas possible. Je pense à une patiente qui présentait un col raccourci, asymptomatique, avant terme pour laquelle j'aurai demandé une échographie du col de l'utérus et un monitoring. Mais ici, on ne pratique pas ces examens dans cette situation. Au final, pour cette patiente le repos a été suffisant et elle a accouché à terme...

**PDSF : Sage-femme libérale à Londres, votre ressenti ?**

**CM :** Finalement, mon mode d'exercice est assez similaire à celui des sages-femmes libérales françaises, sauf qu'ici les sages-femmes ne sont pas habilitées à prescrire.

Frustration ? Pas vraiment, puisque beaucoup de médicaments sont en vente libre alors je n'ai pas besoin d'orienter forcément les patientes vers un médecin pour les obtenir.

Malgré tout, les sages-femmes à Londres ont une meilleure reconnaissance et de nombreuses missions leur sont dédiées dans le système hospitalier.

[www.babyandme-london.co.uk](http://www.babyandme-london.co.uk)

# 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*

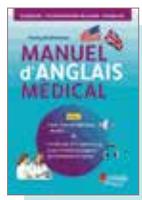


## TOUT SUR LA CONTRACEPTION

Le paysage contraceptif a évolué ces dernières années, notamment suite aux polémiques de 2012, liées aux risques des pilules de 3e et 4e génération. Certaines femmes abandonnent la contraception par désinformation. Alors pour les professionnels de santé, il est capital de diffuser une information fiable à toutes les femmes en période d'activité génitale afin

qu'elles puissent faire un choix éclairé. Pour aider le praticien, cet ouvrage pratique propose 71 fiches synthétiques, avec des tableaux, des schémas, des arbres décisionnels pour aiguiller la prise de décision. Il reprend les généralités, les différents modes de contraception, les circonstances cliniques, les pathologies ainsi que les facteurs de risque. C'est le livre utile pour la pratique quotidienne !

*Guide pratique de la contraception.* Brigitte Raccah-Tebeka, Geneviève Plu-Bureau- Editions Elsevier Masson, 29€



## DO YOU SPEAK ENGLISH ?

Si le temps manque pour suivre une formation en anglais médical, ce manuel peut vous aider à améliorer l'apprentissage de la langue de Shakespeare.

Parler et comprendre anglais est un véritable atout pour les professionnels de santé. Il est même indispensable pour la

lecture d'articles scientifiques. En abordant les bases du vocabulaire médical, de la grammaire, de la conjugaison, cet ouvrage vous aidera à améliorer votre anglais, à trouver les mots justes, évitez les contresens, à vous familiariser avec les expressions médicales, etc. Échanger avec les confrères et les patients anglophones ne sera plus source de stress. Et pour perfectionner l'apprentissage, le "manuel d'anglais médical" propose des conversations en audio et des modules d'e-learning.

*Manuel d'anglais médical* de Françoise Brethenoux-Seguin. Editions Decitre. 35€



## SEXE FÉMININ : FINI LES MYTHES AVEC LES « JOIES D'EN BAS »

C'est avec le succès de leur blog, «Underlivet », dédié à la sexualité féminine que deux étudiantes norvégiennes ont décidé d'écrire le livre « Les joies d'en bas ». Pour faire suite aux innombrables questions reçues sur leur site, ces futurs médecins ont vite compris que beaucoup de mythes circulaient sur la sexualité féminine. En

faisant référence aux dernières recherches, cette bible du sexe démonte toutes les idées reçues. Parmi elles : « l'hymen n'est pas une membrane fermée, c'est une couronne flexible de muqueuse à l'entrée du vagin » ou « que l'orgasme purement vaginal n'existe pas »...

Cet ouvrage reprend toutes les bases et s'adresse aux femmes comme aux hommes. Un livre ludique et une aide pour expliquer aux patientes, ce que tout le monde croit connaître si bien...

*Les joies d'en bas.* Nina Brochmann et Ellen Stookken Dahl. Editions Acte Sud. 22,50€.



## LA MORT PÉRINATALE

Mourir avant de naître, sujet qui soulève plusieurs dimensions. Quand il y a une fausse-couche ou que le fœtus décède aux limites de l'existence, des questions émergent autour du deuil de la famille, des règles de droit, des funérailles, etc. Avec des données de l'histoire, de la sociologie, de la

démographie, cet ouvrage sur la mort périnatale aborde la gestion des corps, l'enregistrement, le vécu familial de ces enfants morts avant de naître.

*Morts avant de naître - La mort périnatale,* Catherine Rollet, Gaëlle Glavandier, Nathalie Sage Pranchère, Philippe Charrier, Vincent Gourdon. Editions Presse universitaire François Rabelais. 24€



### TÉMOIGNAGE DE PARENTS POUR UN ENFANT PARTI TROP TÔT

« Il est parti un mercredi... N'est-ce pas la journée des enfants ? » Gaspard atteint d'une maladie lysosomale, nommée maladie de Sandhoff, caractérisée par une dégénérescence du système nerveux central a quitté le monde à 3 ans et demi. Dans cet ouvrage, les parents, Marie-Axelle et Benoît, racontent leur histoire,

leur combat dans cette maladie sans espoir de guérison. Dans cette injustice, ils trouvent la force d'appréhender la suite avec optimisme, ils commencent d'ailleurs l'ouvrage par une citation de Vladimir Nabokov « *La vie est un grand lever de soleil, dit l'homme. Je ne vois pas pourquoi la mort ne pourrait pas en être un autre, encore plus grand* ». Un témoignage poignant, une expérience douloureuse pour les parents et la fratrie, mais qui rappelle « la fragilité de la vie et son incroyable richesse ».

*Gaspard entre terre et ciel*, Marie-Axelle et Benoît  
Clermont- Editions Cerf- 18€



### UN PEU DE DÉTENTE AVEC L'OUVRAGE POÉTIQUE D'UNE SAGE-FEMME

Sage-femme et auteure, Catherine Coq a publié son premier livre « *Ecrire, c'est aimer* ». Entre fiction, poésie, théâtre, elle aborde la femme, l'aimante, l'artiste dans une rencontre amoureuse. Ecriture où se mêlent sensualité et originalité.

Une nouvelle à dévorer, sans voir le temps passer !

Découvrez l'interview avec Catherine Coq sur

[paroledesagesfemmes.com](http://paroledesagesfemmes.com)

*Ecrire, c'est aimer* de Catherine Coq. Editions Voix Tissées. 10€



# À noter dans vos agendas

Du 22 au 24 juin 2018 - Belgique

The 4<sup>th</sup> International Neonatology  
Association Conference

→ Informations & inscription :  
[2018.worldneonatology.com](http://2018.worldneonatology.com)

Du 27 au 29 juin 2018 - Antibes-  
Juan-Les-Pins

16<sup>es</sup> Congrès international de gynécologie-  
obstétrique et reproduction de la Côte  
d'Azur

→ Informations & inscription :  
[gynazur.eu](http://gynazur.eu)

Le 14 et 15 septembre 2018 - Marseille

8<sup>es</sup> Rencontres à 2 mains

→ Informations & inscription : [ra2m.fr](http://ra2m.fr)

21 septembre 2018 - Paris

6<sup>es</sup> Congrès National des Centres de  
Référence de la Mort Inattendue du  
Nourrisson

→ Inscription & informations : [www.atoutcom.com](http://www.atoutcom.com)

30 septembre 2017 - Paris

Journées d'actualités en néonatalogie

→ Informations & inscription : [infocongres.com](http://infocongres.com)

## La Rétrospective



### 23<sup>È</sup> JOURNÉES DE MÉDECINE FŒTALE

C'est au cœur du Vieux Port de Marseille que s'est tenu cet événement prestigieux en avril dernier. Nous avons assisté à des journées de grande qualité pour être à la pointe, en matière de médecine fœtale. D'autres sujets, notamment ceux portant sur les « informations anténatales à donner aux parents », ont donné lieu à des échanges riches soulevant des questions sociales, éthiques, philosophiques...

(À lire sur [paroledesagesfemmes.com](http://paroledesagesfemmes.com) « Malformation fœtale incurable : les difficultés de la consultation anténatale ».)



### 11<sup>È</sup> ÉDITION DE LA MÉDECINE DE LA FEMME

Encore à Marseille, le rendez-vous scientifique pour se tenir à jour des dernières actualités en gynécologie, obstétrique et en échographie. Cette année une conférence, ouverte au public, a présenté la plateforme CREER, Couple Reproduction Enfant Environnement & Risque. Elle a ouvert ses portes en mai 2018 à l'hôpital la Timone (Marseille). Un projet innovant proposant une prévention et un diagnostic d'exposition aux polluants aux couples infertiles ou lorsque la grossesse est compliquée. C'est aussi une plateforme de recherche transversale en santé environnementale.

Info sur : [creer.osupytheas.fr](http://creer.osupytheas.fr)



# UNE DOUBLE EXIGENCE POUR UNE DOUBLE QUALITÉ

Respect rigoureux des exigences réglementaires

infantile  biologique



LAIT DE VACHE

FORMULE CLASSIQUE



1 2

FORMULE AU BIFIDUS



1 2

FORMULE ÉPAISSIE



1 2

FORMULE CROISSANCE



3

LAIT DE CHÈVRE

FORMULE CLASSIQUE



1 2 3

Lancement du  
**1<sup>ER</sup> 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

# PAROLE <sup>DE</sup> SAGES-FEMMES

Rejoignez  
la grande communauté  
des sages-femmes  
sur

facebook



Une césaire en fin de parcours la grossesse ne peut entraver un accouchement par nature.

71% VRAI

23% FAUX



DR GILLES GRANDJEAN

Une maman au téléphone: « c'est quand même mieux de parler à une professionnelle que de chercher dans Wikipedia! »

PAROLE SAGES-FEMMES



Flashez ce code  
et aimez notre  
page facebook

