PAROLE DE SAGES-FEMMES

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 26 • Automne 2018

LE MAGAZINE QUI VOUS DONNE LA PAROLE

ACCOUCHEMENT

LA DOULEUR DE LA MISE AU MONDE : CONNAÎTRE, COMPRENDRE, FAIRE CONFIANCE

À LA LOUPE

MAÏEUTICIENS : POURQUOI LES HOMMES CHOISISSENT CETTE FORMATION ?

INTERNATIONAL

RENCONTRE AVEC **IDRISSA KABORE** SAGE-FEMME AU BURKINA FASO

ÉTUDE

COUPLES HOMOPARENTAUX : QUAND LA MÈRE SOCIALE SOUHAITE ALLAITER

DOSSIER

LA RECHERCHE EN MAÏEUTIQUE

- **LA RECHERCHE EN MAÏEUTIQUE EST UNE CHANCE SAISISSONS-LÀ !**
- **ARTICLE SCIENTIFIQUE : LES BASES DE LA LECTURE CRITIQUE**
- **PARTAGE D'EXPÉRIENCE**

Biostime®

SN-2 BIO™ PLUS

(1) LA PUISSANCE DE LA SCIENCE ET DE LA NATURE

- **Un profil lipidique de qualité**
  DHA[2], Position SN-2 de l'acide palmitique
- **Alliance de fibres Fos[3] et de ferments lactiques *Bifidobacterium infantis***
- **Une gamme bio et locale avec un lait 100% normand**

DÉCOUVREZ AUSSI BIOSTIME FERMENTS LACTIQUES

(2) Acide docosahexaénoïque (3) Fructo-oligosaccharides (4) Pour un meilleur respect de la biodiversité

Avis important : Le lait maternel est l'aliment idéal et naturel du nourrisson car il convient le mieux à ses besoins spécifiques. En cas d'utilisation d'un lait infantile, lorsque la mère ne peut ou ne souhaite pas allaiter, il importe de respecter scrupuleusement les indications de préparation et d'utilisation, et de suivre l'avis du corps médical.

DOCUMENT STRICTEMENT RÉSERVÉ À L'USAGE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

ÉDITO

BONNE RENTRÉE À TOUS !

C'est avec plaisir que nous vous retrouvons pour ce numéro de la rentrée. Nous sommes ravis de vous proposer des sujets variés et ce, grâce à la participation de sages-femmes qui ont accepté de jouer le jeu du partage !
N'oubliez pas que ce magazine est le vôtre. Il se nourrit d'actualités scientifiques, mais surtout de votre parole, de vos expériences et de vos réflexions.
L'ouverture aux pratiques des uns et des autres est un atout pour s'enrichir professionnellement et humainement, et c'est aussi une façon de donner de la visibilité à nos multiples compétences, alors, saisissons cette opportunité !

Bonne lecture à vous !

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

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 26

3 **Édito**

ACTUS

5 **Actus France :** • IVG : La HAS alerte sur le respect du mode d'administration du misoprostol • Le CHU de Toulouse a mis en place un dépistage ciblé de la pré-éclampsie • Trois fois plus d'infections sexuellement transmissibles en France en 2016 qu'en 2012 ! Le peau à peau en toute sécurité avec les recommandations du GREEN ! Que savez-vous de l'hyperémèse gravidique ? ELFE : Jusqu'à 122 produits chimiques détectés dans les cheveux des femmes enceintes • 8 leçons et demie pour une grossesse et un bébé sans polluant ! • Pour améliorer la situation, l'HCE a publié son rapport sur les violences gynécologiques et obstétricales

8 **Actus Monde : Espagne :** Egalité des congés parentaux en Espagne. **Etats-Unis :** Là où il est dangereux d'accoucher. Un nouveau traitement contre l'endométriose. **Luxembourg :** Jusqu'à 30 ans, le remboursement de la contraception est automatique. **Liban :** 1ère greffe d'utérus. **Cameroun :** « Parfait pour Jaden » lutte contre la mortalité maternelle. **Angleterre :** La dépression prénatale plus fréquente aujourd'hui qu'il y a 25 ans - La vaccination anti-HPV recommandée chez tous les garçons. **Argentine :** IVG : Les femmes toujours dans l'illégalité

10 **Bio et made in France : zoom sur les laits infantiles BIOSTIME®**

12 **À la loupe** Maïeuticiens : pourquoi les hommes choisissent cette formation ?

14 **Rencontre** avec Laura-Charlotte Bruneau, sage-femme, bénévole de l'association ADSF

GROSSESSE & ACCOUCHEMENT

16 **La douleur de la mise au monde :** connaître, comprendre, faire confiance

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

20 **Régimes végétariens et végétaliens :** Quelles conséquences sur la grossesse et l'allaitement ?

DOSSIER : La recherche en maïeutique

24 **La recherche en maïeutique est une chance saisissons-là !**

28 **Article scientifique :** Les bases de la lecture critique

30 **Partage d'expérience**

ÉTUDE

34 **Couples homoparentaux :** Quand la mère sociale souhaite allaiter

PROFESSION SAGE-FEMME

40 **International :** Rencontre avec Idrissa Kabore, sage-femme au Burkina Faso

44 **Dans ma bibliothèque de pro**

46 **À noter dans vos agendas**

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Rédaction

Directrice de la publication
Leslie Sawicka

Rédactrice en chef
Géraldine Dahan Tarrasona

Journalistes
Candice Satara-Bartko
Julia Kadri
Alexiane Guchereau

Réalisation

Direction artistique
Matthieu Boz
Nilay Cosquer

Photographies
Fotolia, Shutterstock, Wikipedia

Directrice du pôle vidéo
Céline Gérbier

Directrice du Pôle Experts
Sonia Zibi
sonia.zibi@mayanegroup.com
06 60 50 73 77

Remerciements :
Alice Olivier,
Laura-Charlotte Bruneau,
Céline Lemay,
Lydia El Ayoubi,
Sébastien Riquet
Pierre Frémondière,
Laurent Gaucher,
Lise Dauvignac,
Idrissa Kabore,

Mayane|group

Parole de sages-femmes est édité par la SARL
Mayane Communicaton
au capital de 7 700 €
Siège social :
49 rue Marius Aufan
92300 Levallois-Perret
RCS 75017 Paris B 479454829
Dépôt légal : 2018
ISBN : 978-2-9527526-2-6

PEFC PEFC/10-31-1118

IMPRIM'VERT

IVG : LA HAS ALERTE SUR LE RESPECT DU MODE D'ADMINISTRATION DU MISOPROSTOL

Dans une fiche de bon usage, la HAS rappelle le protocole à respecter en cas d'IVG médicamenteuse. Suite à l'arrêt de la commercialisation du Cytotec® par le laboratoire Pfizer en mars 2018, les médecins ou sages-femmes doivent recourir pour une IVG médicamenteuse, au misoprostol (Gymiso® ou Misoone®) ou au géméprost (Cervageme®) 36h à 48h après l'administration de mifépristone.

La HAS rappelle que le seul protocole ayant obtenu l'AMM pour le misoprostol pour les IVG jusqu'à 7 semaines d'aménorrhées est une administration par voie orale et à une posologie inférieure à 400 µg (Gymiso® 2 comprimés de 200 µg en une prise ou Misoone®, 1 comprimé de 400 µg).

La HAS insiste sur ces préconisations à respecter, car des évènements rares, mais graves sont survenus dans des situations d'utilisation de misoprostol hors AMM. En effet, des chocs toxiques, des chocs septiques ont été rapportés après administration de misoprostol par voie vaginale et infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux ont été signalés quand la dose dépassait 400 µg.

Source : IVG médicamenteuse : Les protocoles à respecter - HAS - juin 2018

ATTENTION À L'EXCÈS D'IODE DANS LES ALGUES POUR LES FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES !

Brunes, rouges, séchées ou bien fraîches, les algues regorgent de vertus pour la santé. Néanmoins, l'Anses rappelle que leur teneur en iode peut être excessive et de fait, leur utilisation est déconseillée chez les femmes pendant la grossesse et la période d'allaitement sans avis médical. Elles contiennent de l'iode à des dosages variables, qui peuvent dépasser le dosage quotidien recommandé.

La réglementation française fixe la dose journalière d'iode maximale à 150 µg dans les compléments alimentaires (et de 200 à 250 µg pour les femmes enceintes selon l'OMS) . Avec une consommation excessive d'iode, il existe un risque de dysfonctionnements de la thyroïde ainsi que des effets indésirables sur le plan cardiaque ou rénal.

Source : anses.fr

Zimmermann MB. Iodine deficiency in pregnancy and the effects of maternal iodine supplementation on the offspring: a review. Am J Clin Nutr 2009;89:668S-72S.

Trois fois plus d'infections sexuellement transmissibles qu'en 2012 !

Les résultats de l'enquête LaboIST montrent une forte progression des infections à chlamydia et à gonocoque en France entre 2012 et 2016.

Les jeunes de 15-24 seraient les plus concernés et particulièrement les femmes pour les infections à chlamydia. Malgré des chiffres probablement sous-estimés, puisque ne prenant en compte que la déclaration des maladies biologiquement confirmées, l'enquête communique que 267 097 infections à chlamydia et 49 628 infections à gonocoque ont été diagnostiquées en 2016. Et c'est 3 fois plus, comparativement aux estimations de 2012 ! Pourquoi un tel constat ? Probablement, lié à un nombre plus important de partenaires sexuels et une utilisation moins systématique du préservatif.

Pourtant très contagieuses, même si elles peuvent être asymptomatiques, les infections sexuellement transmissibles sont responsables de complications (douleurs pelviennes chroniques, stérilité...) alors le dépistage est une solution simple et efficace pour recevoir, en cas de nécessité, un traitement adapté.

Source : Santé publique France L'enquête LaboIST a été conduite auprès de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale privés et publics. Elle a permis de recueillir pour l'année 2016 des données sur le nombre de personnes testées pour une recherche de Chlamydia ou de gonocoque et le nombre de diagnostics positifs par âge et sexe.

8 leçons et demie pour une grossesse et un bébé sans polluant !

Ludivine Ferrer, directrice de l'Association Santé environnement France (ASEF) et Dr Halimi son co-fondateur ont lancé une méthode gratuite pour supprimer les substances toxiques du quotidien. Pour en prendre connaissance, il suffit aux parents de s'inscrire sur le site : *merenaturespeaking.fr*
Ils recevront alors l'ebook puis un mail par jour pendant 8 jours pour lire la leçon et tester leurs connaissances. Certaines maternités ont aussi joué le jeu de cette chasse aux toxiques en distribuant des sacs contenant, notamment, ces conseils ainsi que les guides pratiques de l'association.

Information sur merenaturespeaking.fr et asef-asso.fr

LE CHU DE TOULOUSE A MIS EN PLACE UN DÉPISTAGE CIBLÉ DE LA PRÉÉCLAMPSIE

Pour dépister la prééclampsie, une équipe toulousaine a identifié, pour une étude, les femmes enceintes à risque de prééclampsie (primipares, antécédents familiaux ou personnels de prééclampsie) grâce à l'algorithme « Fetal Medicine Foundation ». Celui-ci combine les caractéristiques maternelles, la pression artérielle moyenne, l'index de pulsatilité des artères utérines, PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein-A) et PlGF (Placenta Growth Factor). Les résultats obtenus ont été ensuite comparés à un test écartant le PlGF et les données biophysiques.
Parmi les 500 femmes qui ont bénéficié de ce dépistage entre 2016 et 2017, les auteurs ont mis en évidence que 3,6% patientes étaient à risque de développer une prééclampsie avant la 34e SA et 9,6% entre la 34 et 37e SA.
Les femmes âgées de plus 30 ans présentaient un risque légèrement majoré de prééclampsie précoce et deux fois plus important de prééclampsie intermédiaire. En ce qui concerne la détection précoce de la pathologie gravidique, le test a permis de dépister 56% des patientes.

Sources : Genoux A, Guerby P, Morin M, Perret B, Vayssière C, Hamdi SM. [Targeted screening for pre-eclampsia in the first trimester of pregnancy at Toulouse University Hospital]. Ann Cardiol Angeiol (Paris). 2018;67(3):111-118. doi: 10.1016/j.ancard.2018.04.022. PMID: 29786509

Le peau à peau en toute sécurité avec les recommandations du GREEN !

Après l'analyse des données scientifiques, le Groupe de Réflexion et d'Évaluation de l'Environnement des Nouveau-nés (GREEN) a proposé récemment des recommandations pratiques pour la réalisation du peau à peau en salle de naissance et en néonatologie.
Le peau à peau se définit par le « portage d'un enfant vêtu simplement d'une couche et d'un bonnet entre les seins de sa mère ou contre le torse du père ». Les bénéfices sont nombreux (sur les paramètres physiologiques : fréquence cardiaque, respiratoire, saturation, sur le maintien de la température, favorise l'allaitement et la relation d'attachement, diminue la mortalité) et les parents peuvent en user en en abuser à tout moment, sur une période d'au moins 60 minutes. Cependant pour éviter des accidents (bradycardie, désaturation, malaise...), la vigilance des professionnels et des parents est essentielle.
Pour la salle de naissance, le GREEN recommande d'installer le bébé (35 semaines et plus) en peau à peau contre sa mère tout de suite après la naissance, si l'état clinique le permet. Il doit être interrompu si l'enfant ne le tolère pas et qu'il marque des signes d'instabilité. Ce peau à peau doit faire l'objet d'une information en anténatal auprès des parents pour expliquer les bénéfices, les risques, les conditions de faisabilité et l'importance de la surveillance du nouveau-né. C'est pourquoi les professionnels doivent être formés à accompagner et soutenir les parents. Mais pour optimiser la sécurité du nouveau-né, le groupe de réflexion préconise aux équipes de recourir à des procédures bien établies, notamment par une surveillance clinique régulière consignée sur une feuille spécifique, le rappel de la position de la mère et de l'enfant (le bébé en décubitus ventral, visage tourné sur le côté, les voies aériennes supérieures dégagées, la mère en position demi-assise), la présence d'un proche...

Source : Unexpected postnatal collapse of newborn infants: a review of cases, definitions, risks, and preventive measures. Transl Stroke Res 2013;4:236-47. Le portage en peau à peau-Perfectionnement en Pédiatrie 2018;1:100-107

Que savez-vous de l'hyperémèse gravidique ?

À ce jour, les étiologies des nausées et des vomissements de la grossesse restent obscures. Respectivement, leurs taux de prévalence seraient de 50 à 80% et 50%. L'incidence de la forme extrême, l'hypérèmese gravidique est de 0,3% à 3%. Cette forme peut entraîner des désordres hydroélectrolytiques et des carences nutritionnelles nécessitant une hospitalisation, durant laquelle les thérapeutiques sont assez limitées. Mais que savons-nous aujourd'hui de ces vomissements incoercibles de la grossesse ?

Une toute jeune association ayant pour nom - Association De Lutte Contre l'Hyperémèse Gravidique - a été créée par 4 de ces femmes atteintes par cette pathologie de la grossesse. Cette association vise à aider, à accompagner les femmes atteintes et leur famille, à sensibiliser les professionnels de santé, à les informer et à améliorer la prise en charge pluridisciplinaire de cette pathologie ignorée.

Et dans l'avenir, à les soutenir à entreprendre des recherches pour un traitement efficace.

Si des sages-femmes souhaitent s'impliquer pour informer, améliorer la prise en charge de ce trouble de la grossesse, et faire avancer la recherche, elles/ils seront les bienvenu (e) s au côté de l'Association De Lutte Contre l'Hyperemesis Gravidique.

Infos : www.facebook.com/associationdeluttecontrelhyperemesegravidique/

ELFE : Jusqu'à 122 produits chimiques détectés dans les cheveux des femmes enceintes

Des résultats de la cohorte nationale ELFE ont révélé que les femmes enceintes sont exposées à des substances chimiques potentiellement toxiques sur la reproduction.

Dans l'étude publiée dans Environment International, les auteurs ont testé 111 pesticides et 29 métabolites (largement utilisés en agriculture en France, ou retrouvés dans l'environnement et la nourriture) sur des échantillons de cheveux suffisamment longs pour analyser l'effet cumulatif des substances durant la grossesse chez les femmes venant d'accoucher.

Ils ont détecté une médiane de 43 produits toxiques par femme et 122 substances ont été retrouvées au moins une fois. Parmi les substances retrouvées avec des concentrations médianes plus élevées : la Perméthrine (insecticide), le p-nitrophénol (métabolite de pesticide organophosphoré), pentachlorophénol (pesticide organochloré).

Source : Multiple pesticide analysis in hair samples of pregnant French women: Results from the ELFE national birth cohort. Béranger R1, Hardy EM2, Dexet C2, Guldner L3, Zaros C4, Nougadère A5, Metten MA6, Cheurier C3, Appenzeller BMR2 Environ Int. 2018 Jul 28;120:43-53. doi: 10.1016/j.envint.2018.07.023

Pour améliorer la situation, l'HCE a publié son rapport sur les violences gynécologiques et obstétricales

Avec le hashtag sur Twitter #PayeTonUterus lancé en novembre 2014, les témoignages de femmes sur des violences gynécologiques et obstétricales n'ont cessé de se multiplier. Le Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes (HCE) a publié un rapport pour prendre conscience de ces violences et surtout pour y mettre fin avec 3 grands objectifs : « reconnaître les faits, prévenir les actes sexistes et faciliter les procédures de signalement et condamner les pratiques sanctionnées par la loi ». Pour ce dernier, l'HCE mise, entre autres, sur une meilleure information des femmes tout au long de leur vie, basée notamment sur l'éducation à la sexualité chez les plus jeunes, sur une plus grande implication des femmes au cours de leur grossesse, la généralisation de l'entretien prénatal précoce, puisqu' en 2016, selon l'Enquête périnatalité, seules 28% des accouchées en ont bénéficié...

Source : Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical- Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaitre, prévenir et condamner le sexisme. Rapport n°2018-06-26-SAN-034 du Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes voté le 26 juin 2018.

ACTUS MONDE

États-Unis
Là où il est dangereux d'accoucher

Le Journal USA Today a révélé des chiffres préoccupants : il y aurait 26,4 décès maternels pour 100 000 naissances aux États-Unis. L'enquête, menée sur 4 ans, a constaté que 500 femmes mouraient chaque année et que 50 000 souffraient de complications à l'accouchement. Après examen des cas, le rapport souligne que la « moitié des décès auraient pu être évités et les complications réduites, voire éliminées ».
En 2016, une première étude parue dans « Obstetrics and Gynecolgy » avait déjà pointé du doigt l'augmentation du taux de mortalité pour 48 États d'Amérique et Washington. Un constat plaçant le pays développé au 1er rang mondial pour le taux de mortalité et infantile.

Source : information.tv5monde.com – slate.fr

Un nouveau traitement contre l'endométriose

Accepté par les autorités de santé des États-Unis, un nouveau médicament contre l'endométriose a été commercialisé. Dans l'essai clinique contrôlé, publié dans le New England Journal of Medicine, l'Elagolix, nom de cette nouvelle thérapeutique, diminuerait les douleurs menstruelles pour plus de 40% des femmes (900 femmes incluses avec des douleurs d'endométriose modérées à sévères).
Cet antagoniste de la GnRH est moins puissant, il peut donc se prescrire sur plusieurs années, car les effets secondaires sont moindres qu'une mise en ménopause artificielle avec les traitements habituels. S'il semble prometteur, il n'est cependant pas accessible à toutes les bourses puisque son tarif, pour un traitement mensuel, est d'environ 730€.

Source : newscientist.com

Luxembourg
Jusqu'à 30 ans, le remboursement de la contraception est automatique

Depuis août dernier, les Luxembourgeoises dont l'âge est inférieur ou égal à 30 ans bénéficient du remboursement automatique de la contraception. Cette initiative avait déjà été lancée en 2012 pour les femmes jusqu'à 25 ans, en cas de prescription de la pilule, du patch et de l'anneau vaginal. Désormais, en plus de cibler une plus grande tranche d'âge, cette nouvelle convention s'étend aussi à différents types de stérilets.

Sources: Gouvernement Luxembourgeois (27/07/2018) genethique.org

Argentine
IVG : Les femmes toujours dans l'illégalité

En Argentine, la question sur la légalisation de l'IVG divise la société. Si en juin dernier les députés avaient voté pour la légalisation de l'IVG, les sénateurs ont, quant à eux, rejeté la loi. Les Argentines ne pourront toujours pas avorter dans leur pays sauf en cas de viol ou lorsque la grossesse représente un danger pour leur santé.

Source : Franceinter.fr

Angleterre
La dépression prénatale plus fréquente aujourd'hui qu'il y a 25 ans

Dans une étude de cohorte longitudinale, les auteurs ont comparé les symptômes dépressifs sur 2 générations. Les femmes étaient toutes âgées de 19 à 24 ans et nées dans le sud-ouest de l'Angleterre. Ils ont étudié une première génération dont la grossesse a eu lieu entre 1990 et 1992 puis la génération suivante entre 2012 et 2016.
Les niveaux de dépression ont été mesurés avec l'échelle d'Édimbourg. Un score supérieur ou égal à 13, sur une échelle de 0 à 30, indiquait une humeur dépressive. Les résultats suggèrent que la dépression prénatale était 51% plus fréquente chez les mères d'aujourd'hui qu'il y a 25 ans ! À ce jour, la dépression prénatale touche 10 à 20% des femmes, avec des risques d'évolution en dépression postnatale et un impact sur la relation mère enfant. Des résultats qui soulignent le besoin de favoriser le dépistage et le soutien des mères.

Source : Austin MP, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. Acta Psychiatr Scand 2003; 107(1): 10-7 - jamanetwork

La vaccination anti-HPV recommandée chez tous les garçons

Le gouvernement britannique a annoncé récemment que le programme de vaccination anti-HPV (gratuit) serait applicable chez tous les garçons, dès 12 ans. Jusque-là, le dispositif scolaire a déjà permis d'atteindre une couverture vaccinale de 80% chez les adolescentes.

Source : theguardian.com

Cameroun
« Parfait pour Jaden » lutte contre la mortalité maternelle

L'association « Parfait pour Jaden » est née d'un constat, celui d'une mortalité maternelle en constante augmentation au Cameroun sur ces dernières années, alors que dans le monde, elle a chuté de 45% depuis 1990. Le ministère de la Santé publique a enregistré, en 2017, 6000 décès maternels. Conditions d'hygiène, manque d'assistance médicale par une personne qualifiée à l'accouchement, des décès sont pourtant évitables !
Pour lutter contre ce fléau, l'association s'engage à améliorer les conditions d'accouchement, renouveler le système de santé, sensibiliser et développer la prévention en matière de santé maternelle. Pour les sages-femmes qui souhaitent participer au développement de l'association, rendez-vous sur : www.parfaitpourjaden.com

Retrouvez l'Interview avec Amélie Ebongué sur ***paroledesagesfemmes.com***

Liban
1re greffe d'utérus

Quatre ans après la première naissance d'un enfant issu d'un utérus greffé, en Suède, le Liban devient le 10e pays à réussir cette technique complexe. Les médecins du Centre Médical Bellevue à Mansourieh ont pratiqué la greffe d'utérus chez une femme âgée de 26 ans souffrant d'infertilité, l'organe reproducteur provenant de sa mère, âgée de 50 ans.
Une nouvelle prouesse ! Mais avant de tenter une fécondation in vitro, il faudra maintenant patienter 1 année pour s'assurer du non-rejet de la greffe.

Source : Bio News, Georgia Everett (30/07/2018), Lebanon becomes tenth country to perform uterus transplant. genethique.org

LES LAITS INFANTILES Biostime®

SN-2 BIO PLUS

EN PHARMACIE DÈS OCTOBRE 2018!

Bio et made in France, après sa commercialisation dans les magasins bio, les laits infantiles Biostime®, seront vendus en octobre dans les pharmacies.

Inspirée par ses recherches sur le lait maternel, aliment idéal et naturel du nourrisson, la marque Biostime a développé sa gamme SN-2 Bio Plus, de laits infantiles bio de qualité, respectueux des besoins nutritionnels des enfants de 0 à 3 ans* et de l'environnement, produits en France par la coopérative normande Isigny Sainte-Mère.

DES ATOUTS POUR LA NUTRITION DES BÉBÉS :

- Forts de leurs recherches sur le profil lipidique du lait maternel, les laboratoires Biostime ont remplacé l'huile de palme par la crème de lait Isigny Sainte-Mère, naturellement plus riche en acide palmitique en configuration SN-2. L'utilisation de la crème de lait, en complément d'huiles végétales (colza, coprah, tournesol) permet aux formules de laits infantiles Biostime d'avoir un excellent profil lipidique, tout en réduisant l'impact sur la biodiversité.

- Il contient du DHA**, un acide gras polyinsaturé qui contribue au développement normal de la vision des enfants de moins de 12 mois***. L'apport de DHA deviendra obligatoire dans tous les laits infantiles en 2020.

- Les formules SN-2 Bio Plus contiennent également des ferments lactiques *Bifidus infantis* et des fibres fructo-oligosaccharides (FOS).

De la réception du lait jusqu'à la commercialisation, le produit fait l'objet de plus de 250 contrôles.

ET AUSSI POUR LEUR SÉCURITÉ :

- Ce lait infantile répond à la réglementation relative aux aliments destinés aux nourrissons et aux enfants en bas âges mais aussi à celle de la production bio. Le lait de vache utilisé dans les formules Biostime SN2 BIO PLUS provient de 23 fermes bio de la Coopérative Isigny Sainte-Mère, situées en Normandie. Ces vaches sont élevées principalement en plein air et nourries de l'herbe des prés et de fourrages, sans fongicides et sans pesticides*.

- De la réception du lait jusqu'à la commercialisation, le produit fait l'objet de plus de 250 contrôles.

- La gamme Biostime SN-2 Bio Plus pour les bébés de 0 à 3 ans sera disponible en pharmacie dès octobre 2018.

« *L'allaitement exclusif au sein pendant les 6 premiers mois de vie est le mode d'alimentation optimal du nourrisson.* » (OMS)

Références :
K. Kennedy, et al. (1999) Am J Clin Nutr. 70(5): 920-927.
Brennaet al. 2007 Docosahexanoicand arachidonica-cidconcentrations in humanbreast milkworldwide

** conformément à la réglementation en vigueur*
*** acide docosahexaénoïque*
**** effet bénéfique obtenu avec un apport quotidien de 100mg de DHA*

MAÏEUTICIENS : POURQUOI LES HOMMES CHOISISSENT CETTE FORMATION ?

La formation de sage-femme est accessible aux hommes depuis 1982. Elle reste toutefois l'une des filières de l'enseignement supérieur les plus féminisées : en 2015, on comptait 97% de femmes. Mais alors pourquoi des hommes choisissent ce cursus ?

Avec **Alice Olivier,** doctorante à l'Observatoire Sociologique du Changement (Sciences Po) et à l'Institut national d'études démographiques (Labex iPOPs), Paris

DES CHOIX ÉCLECTIQUES

Dans sa recherche, Alice Olivier, doctorante en sociologie, a mené des entretiens et des observations au sein de 4 écoles de sages-femmes.

Parmi les 31 étudiants hommes rencontrés, il n'y a pas une, mais plusieurs voies d'orientation vers la formation. Ces hommes sont caractérisés par des origines sociales, des aspirations parentales, des trajectoires scolaires et des dispositions de genre variées. À la croisée de ces éléments, certains estiment que le choix d'études ne doit pas être dépendant du sexe et se tournent vers la formation de sage-femme en raison d'un fort intérêt pour la profession. D'autres voient dans cette filière la perspective d'une stabilité professionnelle. D'autres encore la choisissent avant tout pour les possibilités de réorientation vers d'autres formations de santé auxquelles elle donne accès.

UNE PROFESSION PEU CONNUE

Les étudiants hommes sont plus nombreux encore que les étudiantes femmes à ne pas connaître la profession de sage-femme avant leur première année d'études de santé. Le plus souvent, ils ne la découvrent que parce qu'elle est accessible par un recrutement commun à plusieurs filières. Ainsi, lorsque le concours d'entrée en formation est mutualisé à celui d'autres filières médicales en 2002, la proportion d'hommes dans la filière passe de 1,4 % à 8,5 % en un an. C'est alors souvent leur classement aux épreuves communes qui les conduit à cette orientation. Depuis 2010, il faut choisir les filières présentées au concours dès la fin du premier semestre de l'année commune aux études de santé. Les hommes sont de nouveau beaucoup moins nombreux à intégrer la formation de sage-femme. Autrement dit, le nombre d'hommes dans la formation est intimement lié aux modalités de recrutement.

TROUVER SA PLACE PARMI LES ÉTUDIANTES

Généralement, les hommes qui trouvent le mieux leur place au sein des promotions sont ceux qui sont le plus à l'aise avec leur choix d'études. Ceux qui sont déçus de leur orientation sont quant à eux réticents à l'atténuation de la distinction entre les sexes et déploient différentes stratégies pour y résister : mise en scène d'une forte « virilité », surjeu de la « féminisation » ou encore regroupement avec les autres hommes de la classe. Entre les deux, certains s'adaptent progressivement. D'abord gênés par leur présence au sein d'un groupe étudiant composé de très nombreuses femmes, ils s'y intègrent finalement petit à petit, à mesure que s'affirme leur souhait de devenir sage-femme.

D'un point de vue extérieur, les étudiants hommes sages-femmes sont associés à une meilleure ambiance dans les promotions. Par ailleurs, sur les terrains de stage, ils sont généralement accueillis chaleureusement. Parce qu'ils sont peu nombreux, ils sont plus facilement repérés, ce qui favorise souvent leur apprentissage. Avec les patientes, la situation peut être plus complexe. Certaines refusent d'être prises en charge par des hommes, ce qui peut provoquer de la frustration pour les étudiants. Cependant, ces cas sont assez rares, et les étudiants disent aussi qu'être un homme les aide parfois à créer un lien avec les patientes qui se montrent intéressées par leur parcours.

Référence :
Hommes en formation de sage-femme : des étudiants singuliers, des profils pluriels », La Santé en action, n° 441, « Genre et santé » ; 2017

"Généralement, les hommes qui trouvent le mieux leur place au sein des promotions sont ceux qui sont le plus à l'aise avec leur choix d'études."

RENCONTRE AVEC LAURA-CHARLOTTE

SAGE-FEMME ET BÉNÉVOLE POUR L'ADSF

Laura-Charlotte est sage-femme depuis 2016. Lorsqu'elle n'est pas de garde à la maternité d'Antoine Béclère, elle s'implique aux côtés de l'Association pour le Développement de la Santé des Femmes (ADSF) pour offrir des soins aux plus démunies.

Laura-Charlotte Bruneau,
sage-femme à Antoine Béclère (Clamart)

Parole de Sages-Femmes : **Pourquoi vous êtes-vous impliquée dans une association ?**

Laura-Charlotte Bruneau : Je me suis toujours intéressée aux projets humanitaires, j'ai sauté donc le pas dès mon diplôme en poche. L'Association pour le Développement de la Santé des Femmes (ADSF) avait déjà attiré mon attention alors que j'étais étudiante.

Pdsf : **Quelle était votre 1ère mission ?**

LCB : Après un entretien, j'ai participé à ma première maraude, un après-midi d'août 2016. Au départ, j'appréhendais, mais on est très vite mis dans le bain et les deux autres bénévoles qui m'accompagnaient, n'étaient pas à leur première mission, alors c'est assez rassurant ! C'était dans un bidonville de Saint-Denis, il fallait transmettre les rendez-vous médicaux aux femmes déjà rencontrées.
Ici, elles sont peu nombreuses à parler français, alors on vérifie les résultats de leurs examens, on les oriente, on les aide à prendre leur rendez-vous dans les PMI ou dans les centres les plus accessibles.
L'objectif est de les intégrer dans le système de santé. Pour celles qui n'ont pas l'ouverture de droits sociaux, on leur fournit une attestation de présence sur le territoire afin d'entamer les procédures pour l'obtention de l'AME (aide médicale d'État).

« Je me suis toujours intéressée aux projets humanitaires »

Pdsf : **Quelles sont les autres actions ?**

LCB : On intervient en banlieue parisienne, mais aussi à Paris intra-muros. Par exemple, à la Halte Femmes (Paris XII), centre d'accueil pour les femmes sans domicile fixe, on leur propose de réaliser un frottis, elles peuvent assister à un groupe de parole autour de l'anatomie, la sexualité, la contraception, sur l'importance d'un suivi gynécologique, etc. Il y a aussi des entretiens psychologiques pour celles qui en ressentent le besoin, leurs conditions de vie sont tellement difficiles ! Nous allons également dans les hôtels sociaux, où nous offrons les mêmes actions. Le premier samedi du mois, le local de l'association propose aux femmes un accueil

« hygiène, santé ». On leur distribue des vêtements, des protections hygiéniques, elles ont la possibilité de bénéficier d'une manucure, d'un frottis, d'un entretien psychologique…

Les missions les plus difficiles ?

LCB : Les maraudes dans les rues. Les femmes se cachent et sont plus difficiles à rencontrer, elles sont plus méfiantes…

Photo : hôtel social ® ADSF

***Pdsf :* Comment êtes-vous accueillis pour ces interventions ?**

LCB : On est plutôt bien accueillis. Il peut y avoir un peu de méfiance au départ ou certaines estiment qu'elles n'ont besoin de rien. Mais la plupart du temps, elles sont ravies de nous voir.

***Pdsf :* Qu'est-ce qui vous marque le plus ?**

LCB : Le plus marquant : leurs parcours ! On rencontre de plus en plus de migrantes, leur vie est compliquée, elles ont traversé des épreuves plus que difficiles (perte d'un enfant, violences physiques, sexuelles, mentales…), elles sont loin de leur famille, de leurs enfants, mais elles ont la force de continuer. Je suis vraiment admirative !

***Pdsf :* Peut-on concilier son activité professionnelle et ces missions ?**

LCB : Il est tout à fait possible de mener sa vie professionnelle tout en participant aux maraudes. Pour ma part, j'essaye en moyenne d'intervenir une fois par mois. On dispose d'un agenda en ligne, qui nous permet de nous organiser pour les missions. C'est vraiment quand on peut. C'est aussi ce qui m'a plu dans cette association, parce que ce mode de fonctionnement est adapté à notre planning de sage-femme.

***Pdsf :* Que diriez-vous aux sages-femmes qui souhaiteraient entreprendre des actions dans ce type d'association ?**

LCB : Il y a une bonne ambiance et ces expériences sont vraiment très enrichissantes, tant personnellement, que pour sa pratique quotidienne. Lorsqu'aujourd'hui, j'accueille à l'hôpital une patiente dans des conditions précaires, je comprends mieux son parcours social et ses difficultés.
Et bien sûr, dans de telles missions, on se sent vraiment utile et c'est gratifiant de voir ce que l'on peut apporter à ces femmes !

adsfasso.org

Retrouvez l'interview de l'association ADSF sur Paroledesagesfemmes.com : sur **paroledesagesfemmes.com** : **« *L'accès aux soins pour toutes : Des bénévoles partent à la rencontre des femmes précaires* ».**

LA DOULEUR DE LA MISE AU MONDE

CONNAÎTRE, COMPRENDRE, FAIRE CONFIANCE

La douleur de la mise au monde est une réalité qui est connue par toutes les femmes dans le monde. Elle les préoccupe dans toutes les sociétés et à toutes les époques. Une démarche pour favoriser l'accouchement physiologique demandera de tenter de connaître et de comprendre cette douleur qui en fait partie.

Par **Céline Lemay**, Sage-femme, PhD, chargée de cours au baccalauréat en pratique sage-femme à l'Université du Québec à Trois-Rivières.*

EN QUOI LA DOULEUR D'ACCOUCHEMENT DIFFÈRE-T-ELLE DES AUTRES DOULEURS CHEZ LES ÊTRES HUMAINS ?

Il y a plusieurs points de différence : elle n'est pas un symptôme de blessure ou de maladie, elle s'auto-limite (le travail actif et l'accouchement durent rarement plus de 24 heures). Elle est essentiellement rythmique, car une contraction peut durer une minute et revenir de façon régulière, avec un intervalle sans douleur entre deux contractions. Enfin, elle s'intensifie graduellement avec le temps, ce qui donne le temps de s'adapter.

La douleur de l'accouchement a été étudiée de façon approfondie par Verena Schmid (2011) dans son livre « Birth pain – explaining sensations, exploring possibilities ». Nous allons en évoquer ici quelques éléments afin de mieux comprendre le phénomène et mieux intégrer ces connaissances. Cela peut faire une différence pour les équipes cliniques qui souhaitent faire une démarche pour favoriser l'accouchement physiologique dans leur milieu.

En ce qui concerne le travail et l'accouchement, il est paradoxal de constater qu'un processus physiologique du corps féminin soit douloureux. Il doit donc y avoir des raisons pour cela. Pour Schmid (2011), la douleur de la mise au monde a plusieurs fonctions :

- UNE FONCTION PHYSIQUE : C'est un signal d'un important travail en cours et de la nécessité pour la mère de chercher un endroit où elle se sent en sécurité (intimité et protection). Elle sert donc de guide pour la mère et pour le bébé. Avec les contractions en alternance avec le repos, la douleur stimule fortement le système endocrinien, particulièrement

Céline Lemay est l'auteure de « La mise au monde: revisiter les savoirs », Les Presses de l'Université de Montréal, (2017)

« Le haut niveau d'endorphines et d'ocytocine met la mère dans un état d'éveil et d'orientation totale vers son enfant. »

l'ocytocine et les endorphines dont le niveau augmente graduellement et fortement durant les accouchements physiologiques. Les endorphines réduisent l'expérience de la douleur et induisent un état altéré de conscience chez la mère, ce qui l'aide à se laisser immerger dans le processus, même quand il est long et ardu. Elles facilitent la libération de prolactine, présente dans le lait maternel.

- UNE FONCTION PSYCHIQUE : la douleur est l'expression de la douleur de la séparation d'avec le bébé. Elle est aussi un élément du processus de transformation personnelle. Les transitions sont rarement faciles.

- UNE FONCTION ÉNERGÉTIQUE : la douleur stimule l'énergie sexuelle de la femme et concentre les énergies dans la zone génitale. Les endorphines produites par la douleur aident la femme à « suivre les énergies » puissantes qui la traversent. Après la naissance, cette fabuleuse décharge d'énergie, la femme récupère ses forces, se sent apaisée et souvent euphorique et extatique.

- UNE FONCTION AFFECTIVE : la douleur stimule le système limbique du cerveau primaire qui est lié aux fonctions affectives humaines. Le haut niveau d'endorphines et d'ocytocine met la mère dans un état d'éveil et d'orientation totale vers son enfant. Ce dernier est aussi inondé par les mêmes hormones du bien-être et du lien.

Toutes ces fonctions de la douleur sont liées au bon fonctionnement de l'accouchement.

LA DOULEUR INFLUENCÉE PAR DES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES

Cependant si la physiologie est unique, l'expérience de la douleur l'est aussi. Voici des facteurs psychologiques qui influencent la perception de la douleur :

- ➔ Le conditionnement négatif venant de circonstances négatives : pauvre estime de soi, expériences antérieures traumatiques, histoires d'horreur entendues.

- Le conditionnement positif qui prépare la femme à vivre la douleur de la mise au monde.
- Le conditionnement culturel : vision culturelle de la grossesse, de l'accouchement et de la maternité, valeur positive ou négative de la douleur (ennemi à combattre)
- L'expérience de vie : toutes les expériences douloureuses (y compris les deuils), maturité émotionnelle, relation personnelle face à la douleur, aux changements dans la vie, la sexualité, etc.

D'AUTRES FACTEURS SONT RECONNUS POUR EXPLIQUER L'AUGMENTATION OU LA DIMINUTION DE LA DOULEUR LORS DU TRAVAIL.

CE QUI AUGMENTE LA DOULEUR
Les tensions musculaires
L`étirement des ligaments
La pression sur les terminaisons nerveuses lombo-sacrées
L`hypertonie utérine (ischémie)
Une position non-physiologique (dos)
Un seuil de tolérance bas à la douleur
L`absence d`attachement avec le bébé
La stimulation du néocortex
La peur et la peur de la douleur
Les interventions sans consentement
La passivité/non utilisation de son pouvoir
L`inactivité
L`absence de soutien continu
Le stress continu
L`absence de repos/détente entre les contractions
Les interventions médicales comme l`intraveineuse, l`amniotomie, l`étirement manuel du col, la poussée dirigée, l`épisiotomie, etc.
La séparation de la mère et du bébé après la naissance

CE QUI DIMINUE LA DOULEUR
La mobilité, les mouvements
La capacité de tendre et détendre les muscles pelviens
Des postures qui ouvrent le bassin
Un col favorable
Un tonus utérin normal
Suivre son instinct
Le respect de son rythme
La compréhension du rôle de la douleur
Travailler avec la douleur
De la motivation et avoir des attentes réalistes
Une atmosphère calme et intimiste
Se sentir protégée et respectée
Le soutien continu d`une personne choisie
Avoir du soutien professionnel
Un bon lien d`attachement avec le bébé
Des soins conservateurs
Un bain chaud
La relaxation profonde entre les contractions
La poussée physiologique
Un périnée sans traumatisme
Un contact immédiat avec le bébé à la naissance

Ainsi, lorsque la femme se détend physiquement et psychologiquement entre ses contractions, respire, bouge, parle, crie, pleure, chante pendant ses contractions, se sent en sécurité et protégée, se sent à l`aise de suivre ses instincts, alors la formation réticulée du tronc cérébral ne reçoit aucun signal d`alarme. Le signal douloureux est donc modulé à la baisse et la production d`endorphines augmente. C'est tout un contraste avec le comportement idéalisé actuel qui est celui de la femme sous péridurale.

LA LIBERTÉ DU MOUVEMENT

En fait, la réaction physiologique inévitable à la douleur est le mouvement. Or, lorsqu'une femme ne peut pas bouger spontanément, sans inhibition, l'expérience de la douleur devient moins supportable et moins justifiable. Nous constatons que dans trop de situations les positions de la mère durant le travail et l'accouchement sont déterminées par des protocoles et des traditions de milieux cliniques qui les présentent comme « obligatoires ». Disons que la position de lithotomie est la plus commune, même si les désavantages et les risques pour la mère et le bébé sont bien documentés scientifiquement. Pourtant, la liberté de mouvement permet à la femme de trouver instinctivement les positions qui rendent la douleur plus supportable tout en étant celles qui offrent le moins de pression et de résistance pour la tête du bébé, facilitant sa descente et sa naissance.

Retrouvez sur **paroledesagesfemmes.com** : **« Accouchement : faut-il soulager ou travailler avec la douleur ? ».** par Céline Lemay

**"Cet article est relié autant à ma longue expérience de sage-femme, essentiellement autour d'accouchements physiologiques, que mes fréquentations avec les sciences biomédicales que j'enseigne et les sciences humaines et sociales de mes démarches académiques de maîtrise en anthropologie et de doctorat en Sciences Humaines Appliquées"*

Références :
Bachelard G., (1999), "Le nouvel esprit scientifique", Paris: Quadrige/PUF
Belzègue J.J. (1999-2000) "La douleur a-t-elle un sens ou est-elle un non-sens ?", Diplôme universitaire d'éthique médicale, non publié, Faculté de médecine de Marseille
Brabant I., (1987) « Ne touchez pas à ma douleur ! », in Revue L'une à l'autre, vol. 4 (1) : 9-16.
Goldsmith J., (1990) "Childbirth wisdom", Brockline, Mass: East West health Books
Humbert N., (1989). « La douleur : un cri du corps et de l'âme », Neuchâtel : Victor Attinger
Illich I., (1975). « Némésis médicale », Paris : Seuil, coll. « Techno-critique »
Jordan B., (1993), "Birth in four cultures: a Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States". Prospect Heights, Ill.: Waveland Press
Le Breton D., (1996) « Anthropologie de la douleur », Paris : Métailié
Lemay, C. (1998). L'accouchement à la maison au Québec : les voix du dedans. Mémoire de maîtrise en anthropologie (non publié), Université de Montréal.
McGrath, P., (1997). Putting Spirituality on the Agenda ,The Hospice Journal,12:4,1-14
Rabuzzi KA., (1994), "Mother with Child: Transformation through Chilbirth", Indianapolis: Indiana University Press
Rich A., (1980), « Naître d'une femme, la maternité en tant qu'expérience et institution », Paris : Denoël-Gonthier
Schmid V., (2011) "Birth pain- explaining sensations, exploring possibilities"-,2e éd, London: FreshHearth Publishing
Simkin P., Ancheta R., (2011) « The Labor Progress Handbook : Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia »,3rd ed, John Wiley & Sons
Sloterdijk P., (2002), « Bulles Sphères 1 », Paris: Pauvert, 2002
Walsh D., (2012) « Evidence-based Care for Normal Labour and Birth_a guide for midwives », London : Routledge
Zborowsky M.,(1969), "People in pain", San-Francisco: ed. Jossey-Bassine

RÉGIMES VÉGÉTARIENS ET VÉGÉTALIENS

QUELLES CONSÉQUENCES SUR LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT ?

Par convictions religieuses, culturelles, raisons de santé ou bien éthiques, etc, des femmes se tournent vers des régimes particuliers tels que le végétarisme ou végétalisme. Mais qu'en est-il de leurs impacts sur la grossesse et l'allaitement ?

Par **Lydia El Ayoubi**, sage-femme au centre hospitalier de Mayotte

VÉGÉTARISME OU VÉGÉTALISME : QUE FAUT-IL SAVOIR ?

➔**Le régime végétarien est une pratique alimentaire où la consommation de chair animale est exclue. On distingue par ailleurs plusieurs formes de végétarisme :**

- L'ovo-lacto-végétarisme ou végétarisme occidental est la forme la plus fréquente. Elle se définit par une consommation de végétaux, de champignons et de produits d'origine animale tels que les œufs, le miel et les produits laitiers à savoir les fromages, le beurre et les yaourts.
- Le lacto-végétarisme, nommé aussi végétarisme indien, consiste à consommer les produits laitiers, mais exclut les œufs, notamment dans les produits transformés comme les pâtes alimentaires ou les gâteaux.
- L'ovo-végétarisme bannit tous les produits laitiers, mais intègre les œufs.

La privation de chair animale de ces différents régimes impacte les équilibres nutritionnels et vitaminiques : apport alimentaire riche en hydrates de carbone, acides gras ω-6, fibres, caroténoïdes, acide folique, vitamine C, vitamine E, flavonoïdes, potassium et magnésium et déficit en protéines, graisses saturées, cholestérol, acides gras ω-3 de longue chaîne, rétinol, calcium, vitamine D, vitamine B12 et zinc, à l'origine de nombreuses carences alimentaires.

➔**Le régime végétalien, quant à lui, incorpore les végétaux, les champignons, les minéraux et les microorganismes comme les levures ou les bactéries, mais bannit tout produit issu de l'exploitation animale, y compris les œufs, le lait, le fromage et le miel. Ce régime comprend deux autres formes plus restrictives de comportement alimentaire :**

- Le fruitarisme qui consiste à consommer uniquement les fruits, noix, graines et matières végétales qui peuvent être

« La carence la plus fréquente est la carence en vitamine B12, vitamine exclusivement présente dans les produits d'origine animale. »

recueillies sans abîmer les plantes (haricots, tomates, cucurbitacées…).

- Le crudivorisme selon lequel la nourriture peut-être chauffée, mais à moins de 48°C, et il consiste à ne manger que des fruits et légumes crus, noix et pâtes de noix, germes de céréales et de légumineuses, graines, huiles végétales, légumes de la mer, herbes et jus de fruits frais. Les crudivores mangent les aliments crus pour des raisons de santé.

Le végétalisme est notamment prôné par le mouvement végan dans lequel les individus, en plus d'être végétaliens, évitent d'utiliser tout produit d'origine animale comme le cuir, la laine, la fourrure, la cire d'abeille et les produits cosmétiques, testés sur les animaux par exemple.

DES RÉGIMES À RISQUE POUR LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT ?

Les régimes végétariens et végétaliens équilibrés peuvent être considérés sans risque pendant la grossesse et la lactation à condition de supplémenter les femmes enceintes et allaitantes pour prévenir de diverses carences potentielles. Il faut savoir aussi que la durée de ces pratiques alimentaires est un élément essentiel à considérer pour évaluer les risques d'insuffisance.

La carence la plus fréquente est la carence en vitamine B12, vitamine exclusivement présente dans les produits d'origine animale. Selon l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa), les apports recommandés en vitamine B12 sont d'environ 0,5 à 1 µg par jour chez le nourrisson, 2,4 µg par jour chez une personne adulte, 2,6 µg par jour chez la femme enceinte, 2,8 µg par

« Dans nos actions de dépistage, de prévention et d'information, il convient de poser systématiquement la question aux femmes enceintes sur leurs habitudes alimentaires. »

jour chez la femme allaitante et 3 µg par jour chez une personne âgée de plus de 75 ans.
Cette carence induit de nombreuses conséquences maternelles, fœtales et néonatales : anémie macrocytaire maternelle, fœtale et néonatale, fausses couches spontanées à répétition, accouchements prématurés, hypertension artérielle gravidique, prééclampsie, défaut de fermeture du tube neural, anencéphalie, retard de croissance intra-utérin et altération de la croissance néonatale, altération du développement et du fonctionnement des processus neurologiques en période néonatale (absence de myélinisation, démyélinisation, retard de développement...).

Ces régimes sont également susceptibles d'entraîner des carences en zinc, oligoélément indispensable à l'Homme.
Pendant la grossesse et la lactation, cette carence est potentiellement la cause de fausses couches spontanées, de retard de croissance intra-utérin, de mort in utero, de prématurité, de complications du travail et de l'accouchement, de malformations fœtales (anomalie du tube neural...), d'anomalies du développement neurologique, de retard de croissance et de retard psychomoteur du nouveau-né, de perte d'appétit et de perturbation de la fonction immune du nouveau-né...
Les végétariennes et végétaliennes sont également plus exposées à développer une carence en fer pendant la grossesse et la période d'allaitement dont la principale conséquence est l'anémie ferriprive maternelle.
Dans nos actions de dépistage, de prévention et d'information, il convient de poser systématiquement la question aux femmes enceintes sur leurs habitudes alimentaires. Les régimes particuliers doivent être identifiés pour mieux cibler les éventuelles carences et réduire des pathologies qu'elles peuvent causer.

Références : Les conséquences des régimes végétariens et végétaliens pendant la grossesse et la lactation, sur la femme enceinte, le fœtus, le nouveau-né et le nourrisson à partir d'une revue de la littérature. L. El Ayoubi et F. Comte. EU3M - École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée
Futura Santé, www.futura-sciences.com/fr/definition/t/biologie-4/d/lactovegetarien_6242/, janvier 2016
Passeport santé, « Régime végétarien ou végétalien », www.passeportsanté.net/fr/Nutrition/Regimes/Fiche.aspx?doc=vegetarism e_regime, Janvier 2016
[6] Key TJ, Appleby PN, Rosell MS, « Health effects of vegetarian and vegan diets », Procedings of the Nutrition Society, Février 2006, 65(1), p35-41
The American Dietetic Association, « Position of the American Dietetic Association : Vegetarian diets », 2009 [8] Site anglais des fruitariens, http://www.fruitarian.com, Janvier 2016 [9] Vegan Society, « What is vegan ? », May 2010
S. Muthayya, P. Dwarkanath, M. Mhaskar, R. Mhaskar, A. Thomas, CP Duggan, WW Fawzi, S. Bhat, M. Vaz, AV Kurpad, « The relationship of neonatal serum vitamin B12 status with birth weight », Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 2006, 15(4), p538-543
Anne M. Molloy, Peadar N. Kirke, Lawrence C. Brody, John M. Scott, James L. Mills, « Effects of folate and vitamin B12 deficiencies during pregnancy on fetal, 60 infant and child development », Food and Nutrition Bulletin, 2008, 29(2)
Roman Pawlak, Scott James Parrott, Sudha Raj, Diana Cullum-Dugan, Debbie Lucus, « How prevalent is vitamin B12 deficiency among vegetarians ? » Nutrition Reviews, 2006, 71(2), p110-117
Christopher Duggan, Krishnamachari Srinivasan, Tinku Thomas, Tinu Samuel, Ramya Rajendran, Sumithra Muthayya, Julia L. Finkelstein, Ammu Lukose, Wafaie Fauzi, Lindsay H. Allen, Ronald J. Bosch, Anura V. Kurpad, « Vitamin B12 Supplementation during Pregnancy and Early Lactation Increases Maternal Breast Milk ans Infant Measures of Vitamin B12 Status », The Journal of Nutrition, 2014, 144, p758-764
Agence française de sécurité sanitaire des Aliments, décembre 2015
Nutri-facts, Tout sur les vitamines et plus, « Zinc », www.nutri_facts.org/fra/oligoelements/zinc/en_bref, 22 août 2012
Thierry Souccar éditions, « Grossesse : pourquoi et comment ne pas manquer de zinc ? », www.thierrysouccar.com/nutrition/info/grossessepourquoi-et-comment-ne-pas-manquer-de-zinc-2311, janvier 2016

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 antimitotiques et/ou la radiothérapie

Prokinyl® LP

Métoclopramide

Gélules
à libération prolongée

TECHNI·PHARMA
LABORATOIRES

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

Nukleus 02-2017 - VISA 17/01/638457622/PM/003 - APR-PROK-1701-V1

LA RECHERCHE EN MAÏEUTIQUE EST UNE CHANCE SAISISSONS-LÀ!

Depuis juillet 2011, une disposition réglementaire de la loi de bioéthique (Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, article 39 L. 1121-5) reconnaît la qualification des sages-femmes français(e)s pour les recherches biomédicales dans le domaine de la maïeutique. Et c'est une chance, pour améliorer les pratiques et « optimiser les processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la reproduction. » (Maïeutique – Résumé analytique de la série du Lancet. Juin 2014).

Dossier coordonné par G.Dahan-Tarrasona

Par **Sébastien RIQUET**, Sage-femme enseignant, PhD. Aix-Marseille université, École universitaire de maïeutique, France. Chercheur associé. Université Paris 13, Laboratoire éducations et pratiques de santé EA 3412, France

LA RECHERCHE EN MAÏEUTIQUE EST RÉCENTE

Impulsée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans les années 80, sa définition n'a été publiée que très récemment en juin 2014 dans une série spéciale du Lancet désignant un « *processus rigoureux d'études qui a pour but de produire des connaissances et un éclairage sur l'efficacité et l'efficience de la pratique sage-femme ; ses conséquences sur les femmes, les nouveau-nés, les parents, les familles, la culture et la société. Il inclut la recherche en éducation et sur la formation clinique des sages-femmes, sur le développement et l'apprentissage de la maïeutique, le travail en équipe pluridisciplinaire, l'utilisation de l'information et des technologies de communication, l'organisation et sur les services délivrés aux femmes dans les maternités, les conditions de travail et sur les thèmes influençant la vie professionnelle des sages-femmes* »[1].

Reconnaître en France un exercice propre aux sages-femmes pour faire de la recherche a été un préalable obtenu en 2010 auprès de la Commission générale de terminologie et de néologie. Ainsi le terme maïeutique désigne la discipline médicale exercée par les sages-femmes similairement à celui de « midwifery » dans les pays anglo-saxons. À l'international, la maïeutique se définit comme des « *soins spécialisés, basés sur la connaissance et attentionnés pour les femmes enceintes, les*

« Or actuellement, plus de 80% des recherches réalisées sur la période périnatale portent sur des complications obstétricales qui concernent moins d'un quart des femmes et des mères [2]. »

nouveau-nés et leurs familles pendant la période précédant et durant la grossesse, l'accouchement, les suites des couches et les premières semaines de vie ».

POURQUOI LA RECHERCHE EN MAÏEUTIQUE ?

En France, le champ d'action des sages-femmes est étendu : les actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, la surveillance et pratique de l'accouchement, les soins postnataux pour la mère et l'enfant, les consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, les activités d'assistance médicale à la procréation... Les sujets de recherche en maïeutique ont donc pour but d'optimiser les processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la reproduction et en puériculture. Ils visent aussi à prévenir et à prendre en charge rapidement les complications, à consulter et orienter les femmes et les nouveau-nés vers d'autres services, à intervenir dans la prise en charge des complications, tout en respectant la situation et les points de vue individuels des femmes pour renforcer leurs capacités à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles.

La recherche en maïeutique existe en promotion de la santé, en éducation à la santé, sur l'évaluation des pratiques professionnelles et sur la formation, mais aussi sur les pratiques profanes et le vécu des usagers, la prévention et le dépistage auprès de populations en bonne santé : les femmes en âge de procréer, leurs enfants et les membres de leur entourage familial, social et professionnel. Or actuellement, plus de 80% des recherches réalisées sur la période périnatale portent sur des complications obstétricales qui concernent moins d'un quart des femmes et des mères[2].

À une époque où les systèmes de santé sont basés sur l'évidence des preuves en médecine (EBM), la recherche en maïeutique est donc un enjeu important pour améliorer la santé des femmes, des nouveau-nés et des familles ; et tout autant pour l'avenir de la profession. Elle doit nous permettre de nous détacher d'affirmations et de certitudes influencées par les habitudes de pratique.

« Développer la maïeutique au travers d'une démarche de recherche est une chance à saisir pour la transformer et faire évoluer la profession. »

Pourquoi faire des investigations là où il n'y a pas de problématique et de traitement médical ? La problématique en maïeutique se situe pourtant là où nous n'avons pas besoin d'un traitement curatif pour une pathologie identifiée. Avoir pour autonomie un champ de compétences défini dans la physiologie, place alors le métier dans sa complexité. La maïeutique représente « la norme » emblématique de la maternité et des situations d'une haute complexité en périnatalité que commencent aujourd'hui à questionner et ambitionner les sages-femmes françaises.

Quel professionnel sage-femme ne s'est jamais retrouvé face à des difficultés dans des situations pourtant normales allaitement, autant maternel qu'artificiel, ou encore les réajustements à la vie conjugale et parentale, à l'arrivé d'un nouveau-né… ? Autant d'actions professionnelles à éprouver auprès et pour des usagers afin de nous assurer du bien-fondé des pratiques « maïeuticiennes ».

QUELLES PERSPECTIVES ?

Des sages-femmes aujourd'hui formé(e)s au grade de docteur (Bac + 8) et ayant l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR) pour l'une d'entre nous [3], sont impliqué(e)s et en mesure de proposer des recommandations pour la pratique clinique à l'instar de celles diffusées par le Collège National des Sages-Femmes (CNSF), organe fédérateur et scientifique de la profession, sur l'utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané, publiées en 2017[4], en collaboration avec le Collège national des gynécologues obstétriciens de France (CNGOF).

La publication de nos résultats de recherche en maïeutique est importante, car elle nous permet de mettre en évidence des avancées qui vont profiter au plus grand nombre possible. Les publications se font généralement dans des revues scientifiques avec peer-reviewed (publications approuvées par des pairs indépendants) ce qui garantit une certaine qualité (en France, par exemple La revue Sage-femme…).

De nombreux résultats de recherches en maïeutique sont également publiés dans des revues professionnelles hors du champ de la maïeutique témoignant d'une interdisciplinarité, mais assurant aussi une diffusion scientifique de nos résultats chez les autres professionnels de santé. Pour les plus à l'aise avec l'anglais, publier dans Midwifery (UK) ou Birth (USA) de par leur notoriété internationale est l'opportunité d'exposer ses résultats de recherche dans le monde entier.

La diffusion de nos résultats de recherche nous permet de baser nos conduites à tenir non plus sur les conclusions d'autres professionnels intervenant en périnatalité, mais sur les nôtres et de fait, de nous autonomiser dans nos conduites à tenir.

Ainsi développer la maïeutique au travers d'une démarche de recherche est une chance à saisir pour la transformer et faire évoluer la profession. D'abord dans le cadre de sa formation initiale (du grade master au grade de docteur en maïeutique encore inexistant en France), puis dans sa pratique en appliquant les principes de ses propres recherches. La maïeutique comme « science » sur ses résultats de recherche peut prétendre à construire son propre avenir [5] au travers de « l'art » propre à sa science.

À cet effet, des postes d'enseignant(e)s-chercheurs en maïeutique sont une nouvelle étape sur le point de se concrétiser par un premier recrutement de maître de conférences pour une sage-femme enseignante au département de maïeutique de l'UFR des sciences de la santé Simone Veil à l'université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, pour transmettre les résultats issus de la recherche en maïeutique aux futurs professionnels sages-femmes. Les propositions du rapport *Le Bouler*, sur l'universitarisation des formations en santé, rendues aux Ministères de la santé et de l'enseignement supérieur, engagent le gouvernement actuel à prévoir l'élargissement de ce mode de recrutement pour les futurs enseignant(e)s sages-femmes. Pour ce faire, il prévoit l'ouverture d'une voie de qualification en maïeutique ratifiant la reconnaissance de la discipline au niveau du Conseil national des universités (CNU).

LA RECHERCHE EN FRANCE ET AILLEURS

Les pays anglo-saxons (Angleterre, Australie, USA), ayant une plus longue tradition de recherche par les sages-femmes, publient davantage que les Français, encore débutants dans le domaine. Ce n'est pas étonnant puisqu'ils disposent d'infrastructures de formation initiale et continue universitaires et de fonds financiers pour développer leurs projets en maïeutique. Cependant depuis 15 ans un virage semble être amorcé en France, environ 30 sages-femmes sont recensé(e)s au grade de docteur et certain(e)s d'entre eux sont qualifié(e)s aux fonctions de maître de conférences (niveau exigé pour enseigner à l'université) et s'impliquent de plus en plus dans la recherche en maïeutique, l'enseignement et le développement de projets de service. Des prix en maïeutique existent aujourd'hui : le Grand prix Evian récompense les travaux de fin d'études d'étudiant(e)s ou encore le prix Mustela en maïeutique soutient spécifiquement de jeunes sages-femmes diplômé(e)s qui saisissent la voie de la recherche. Partager les résultats de nos recherches hors de nos frontières est la prochaine étape pour obtenir la reconnaissance de nos pairs sur la scène internationale. Pour cela, le congrès triennal de l'International confederation of midwives (ICM) est une vitrine inestimable regroupant près de 4000 sages-femmes du monde entier à chacune de ses manifestations. Lors de la précédente, à Toronto, en 2017, un seul sage-femme français a communiqué à l'oral sur ses travaux[6]. Soumettre des communications scientifiques et professionnelles en français au prochain rassemblement prévu en 2020 à Bali doit être effectif par les sages-femmes de France. Pouvoir communiquer en français (ou en anglais) dans ce congrès partenaire des associations internationales suivantes : the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), the International Pediatric Association (IPA) et the International Council of Nurse (ICN), sous l'égide de l'OMS accorde une ouverture et un rayonnement international à la recherche française en maïeutique. La recherche, c'est aussi contribuer au partage entre professionnels des différentes nations pour concourir à une coalisation professionnelle à travers le monde. La sage-femme y est alors positionnée et reconnue comme le professionnel de santé de référence pour la santé des femmes et des nouveau-nés en premier recours. La recherche en maïeutique est une chance et elle concerne tout(e)s les sages-femmes : étudiant(e)s, praticien(ne)s, enseignant(e)s, retraité(e)s, impliqué(e)s pour le développement de la profession dans son champ de compétences autonomes en France et à travers le monde.

Références.
[1] The Lancet. Midwifery series. June 2014. [Accès] : www.thelancet.com/series/midwifery
[2] Say L, Souza JP, Pattinson RC, WHO working group on Maternel mortality and morbidity classifications. Maternal near miss-towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2009; 23(3): 287-296.
[3] Corine Dupont, première sage-femme française titulaire d'une HDR. Contact Sage-femme 2017; 49: 32-33.
[4] Dupont C, Carayol M, Le Ray C et al., Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. La Revue Sage-femme 2017; 16: 111-118.
[5] Nguyen F. Sage-femmerie ou maïeutique ? Les Dossiers de l'obstétrique 2013; 426: 17.
[6] Riquet S, Bernard E, Tari C, Zakarian C. The early postnatal consultation, a new tool to respond to post childbirth women stress and prevent depression. Communication scientifique orale pour le 31e congrès de l'International Confederation of Midwives, Toronto les 18-22 juin 2017. Canada.

ARTICLE SCIENTIFIQUE
LES BASES DE LA LECTURE CRITIQUE

Quelles questions se poser à la fin de chaque section IMRaD (Introduction, Methods, Results and Discussion) ? Pour les sages-femmes novices en matière d'analyse des publications scientifiques, voici quelques clés pour les guider dans la lecture critique.

Par **Pierre Frémondière**, enseignant EU3M Enseignant sage-femme à l'école de maïeutique Marseille Méditerranée EU3M. Chercheur associé au laboratoire Anthropologie Biologique, Droit Ethique Santé UMR 7268.Faculté de médecine Nord, Boulevard Pierre Dramard, 13015 Marseille

L'INTRODUCTION

L'introduction est une « mise en bouche » de l'étude. Nous devons avoir l'impression, à la fin de sa lecture, que le sujet étudié est d'une importance capitale : c'est la pertinence du sujet de recherche. Si à la fin de l'introduction vous vous demandez pourquoi le sujet de recherche proposé dans l'étude n'a jamais été étudié puisqu'il semble si pertinent, c'est que l'introduction est réussie et de qualité !
La pertinence du sujet passe par :

- Son actualité : les articles qui décrivent l'état de la question sont récents (d'où l'intérêt, entre autres, de regarder les références citées en fin d'article)
- Son impact en termes de santé publique : pour des sujets médicaux, préciser que l'on travaille sur un sujet où la mortalité/morbidité est importante apporte du poids. Lorsque l'on étudie des pathologies plus communes, mettre l'accent sur leur plus grande fréquence fait prendre conscience de l'importance au sujet.
- Son impact scientifique : si aucun travail scientifique n'a jusqu'alors été réalisé sur ce sujet, alors celui-ci devient plus important.

LES MATÉRIELS ET MÉTHODES

Avec la section « Discussion », ce sont finalement les seules sections qui sont véritablement critiquables.
Lorsque l'on aborde une question de recherche, on ne peut pas généralement appliquer la méthode idéale pour mener à bien notre investigation : on souhaiterait travailler sur de grands échantillons, représentatifs, sans perte de vue… Ceci n'est pas faisable pour des raisons pratiques, financières, éthiques… et impose à l'investigateur de faire des choix dans sa méthode. Ce sont ces choix qui sont critiquables (presque toujours). Pourquoi fait-il/elle le choix de recruter ces patientes de cette manière ? Pourquoi faire le choix d'une étude sur un seul centre hospitalier, dont la population ne sera représentative que pour la région de ce centre ? Bien qu'aucune règle ne puisse être généralisée à l'étude de publications, on peut toutefois noter qu' :

- un faible échantillon et donc une faible puissance statistique déstabilisera l'interprétation des résultats,
- une méthode aléatoire de recrutement dite randomisée évitera les biais de sélection,

mais qu'ils peuvent, malgré tout, survenir à l'insu même des investigateurs.

- enfin, cette section « matériels et méthodes » est souvent rédigée de manière très homogène avec en premier lieu une description des critères d'inclusion, de l'échantillon, puis les méthodes statistiques, la valeur significative du « p », et les aspects éthiques.

Il faut se méfier de cette homogénéité de rédaction, car à chaque sujet de recherche correspond une question de recherche, et à chaque question de recherche correspond une méthode idéale. Les méthodes statistiques ne devraient donc pas être toutes homogènes et il n'est donc pas nécessaire pour chaque question de recherche de produire un « p ». Par exemple, les analyses discriminantes ne produisent aucun « p », mais sont tout à fait adaptées à l'analyse de la variabilité anatomique.

LES RÉSULTATS

On ne peut pas contredire des résultats. Certains résultats peuvent surprendre, mais cette surprise doit être mise en lien avec les choix effectués dans la section « matériels et méthodes ». On peut aussi critiquer le manque de description dans les résultats, par exemple lorsque des moyennes sont calculées avec des groupes trop larges, où l'on souhaiterait avoir plus de détails sur les sous-groupes.

LA DISCUSSION

Cette partie correspond à l'interprétation des résultats. L'interprétation peut avoir une part de subjectivité qui peut être « attaquable ». L'auteur(e) donne à ses résultats « bruts » une signification biologique. Il faut faire attention au raccourci de raisonnement. Lorsque l'on connaît bien le sujet et que l'on a une vision assez précise des publications dans le domaine de recherche de l'article, il peut être intéressant de constater l'absence de mention d'un article de référence, ou l'absence de mention d'un article contredisant les résultats de l'étude. Cela traduit un oubli, ou une volonté délibérée de l'auteur(e), correspondant dans tous les cas à une faiblesse à relever.

LA CONCLUSION

La conclusion reprend l'idée principale de l'article. Cette section est difficilement critiquable, hormis si l'on note un biais d'interprétation qui aura été de toute manière relevé dans la section discussion.

Le niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques) et les grades des recommandations sont consultables sur :

Ces classifications permettent une première répartition des publications scientifiques selon leur solidité méthodologique. Certains points doivent être lus avec prudence et demandent plus de précision : par exemple, il est nécessaire de définir ce qu'est une « étude bien menée » pour que ce critère soit reproductible à chaque étude analysée. En l'absence d'étude, les recommandations pour la pratique clinique sont fondées par un accord professionnel.

LES CONSEILS ET ASTUCES

- Relire plusieurs fois l'article jusqu'à sa totale compréhension, d'autant plus, lorsqu'il s'agit d'un article en anglais.
- Se faire confiance, si vous ne comprenez pas bien, cela peut provenir d'une erreur méthodologique et pas forcément d'une absence d'habitude à lire des articles. Les auteur(e)s doivent aussi faire des efforts pédagogiques afin de rendre leurs explications compréhensibles au plus grand nombre.
- Parcourir la section « conflit d'intérêts », celle-ci est le plus souvent obligatoire dans les revues pour énoncer les liens des auteur(e)s avec d'éventuelles entreprises privées, fonds privés ou publics, etc.

PARTAGE D'EXPÉRIENCE

Laurent Gaucher, sage-femme clinicien occupe aussi un poste de recherche. Il nous livre son parcours, ses sujets d'étude, ses conseils pour se lancer dans la recherche.

Laurent Gaucher, Sage-Femme des Hôpitaux Hospices Civils de Lyon.
Doctorant EA 7425 HESPER. Pôles Santé Publique & CNN

Quel est votre parcours ?

Laurent Gaucher : Après avoir validé la première année du premier cycle des études médicales à l'UFR de médecine de Grenoble, j'ai intégré son département de maïeutique jusqu'à l'obtention de mon diplôme de sage-femme en 2009.
Avant même d'obtenir le diplôme, j'ai été sollicité pour intégrer, en tant qu'attaché de recherche clinique, le pôle de santé publique des Hospices Civils de Lyon. J'ai depuis toujours concilié des missions de recherche avec une activité clinique, en intérim d'abord, puis enfin en CHU.

« Il ne faut pas être trop scolaire pour travailler dans la recherche, car, même s'il faut savoir structurer sa pensée, il faut avant tout apprendre à penser en dehors des sentiers battus. »

Pourquoi cette orientation vers la recherche ?

Je ne me suis pas spontanément orienté vers la recherche. C'est le premier travail qui m'a été proposé. J'ai saisi cette opportunité, d'autant que cette activité de recherche à temps partiel me permettait de garder une activité clinique et de suivre le diplôme universitaire d'échographie auquel j'étais inscrit. Une fois dans ce domaine, par contre, je n'ai jamais pensé en sortir. Il est très enrichissant de remettre continuellement en question sa pratique. Par exemple, il y a deux ans, j'ai eu la chance de participer aux 1res recommandations pour la pratique clinique initiées et rédigées par des sages-femmes sous l'égide de notre société savante, le Collège National des Sages-Femmes de France. Cela a contribué à l'évolution de ma pratique, de mes prescriptions, et au positionnement de la patiente et/ou du couple dans des décisions qui les concernent pleinement. Les progrès à faire en médecine, et plus spécifiquement en maïeutique, sont infinis et représentent autant de perspectives de recherche !

Votre cursus pour y parvenir ? Vos conseils ? Les difficultés rencontrées ?

Actuellement, je suis doctorant en 2e année dans la discipline de santé publique. Pour

y parvenir il m'a fallu valider un master de santé publique. Cela ne représente pas de difficultés particulières, simplement du temps et un minimum d'investissement. Bien sûr, il faut se replonger dans les biostatistiques, la médico-économie, le droit, la recherche qualitative... Mais ces disciplines qui paraissent abruptes et très théoriques trouvent tout leur sens quand on les aborde au regard d'une expérience clinique. Ces disciplines sont donc facilement accessibles aux cliniciens, à condition qu'ils se trouvent dans un esprit, une démarche universitaire d'ouverture. Il ne faut pas être trop scolaire pour travailler dans la recherche, car, même s'il faut savoir structurer sa pensée, il faut avant tout apprendre à penser en dehors des sentiers battus.

Quels sont vos sujets de recherche ?

Mon travail de thèse concerne les trajectoires de soins en périnatalité. Concrètement, je cherche à trouver de nouvelles façons d'organiser le parcours de nos patientes afin qu'ils soient plus personnalisés, plus humains et plus sûrs. L'objectif est d'abord de comprendre l'impact des parcours qu'empruntent actuellement les femmes pour ensuite pouvoir intervenir et les adapter à leurs facteurs de risque. C'est aussi replacer les patientes et les professionnels libéraux et territoriaux au cœur de ces parcours. Le débat actuel sur les « violences obstétricales » nous a également interpellé et nous avons déposé un projet de recherche pour mesurer l'étendue, l'impact et mieux comprendre ce phénomène.

Aujourd'hui, vous menez de front la recherche et une pratique clinique, comment s'articulent ces 2 modes d'exercice ?

J'assure 6 gardes de 12h par mois et je consacre le reste de mon temps à la recherche, ainsi qu'une petite part à l'enseignement. Enchaîner les gardes de nuits avec des réunions, des cours et trouver le temps de travailler sur sa thèse demande un minimum d'investissement. Je ne conseille pas ce parcours à celles et ceux qui cherchent une échappatoire au rythme de l'hôpital. Et ce d'autant plus, qu'il me semble essentiel de conserver un minimum d'activité clinique pour rester pertinent et audible.

Si une consœur/confrère après 10 ans de pratique clinique souhaite se lancer dans la recherche, que lui conseillerez-

« Il est toujours très intéressant pour des investigateurs-coordonnateurs de recruter des cliniciens-iennes pour recueillir des informations dans des dossiers médicaux. »

vous ? Sans master en poche, peut-on mettre "un pied" dans la recherche, si oui comment ?

Dans ma discipline qui intègre la recherche sur les services de santé, une façon simple de s'inscrire dans une démarche de recherche est de construire des démarches d'évaluations des pratiques professionnelles. Il est ainsi relativement aisé de recueillir des indicateurs tels que le taux d'épisiotomie ou d'hémorragie dans sa maternité. La Haute Autorité de Santé a édité des guides simples et en français pour aider les professionnels à définir, recueillir et analyser ce type d'indicateurs. Une autre façon de se lancer et de postuler à un poste d'attaché de recherche clinique. Il est toujours très intéressant pour des investigateurs-coordonnateurs de recruter des cliniciens-iennes pour recueillir des informations dans des dossiers médicaux. En effet, une sage-femme connaît les pratiques de ses consœurs, leurs abréviations… La qualité du travail est souvent excellente.

Que diriez-vous à une sage-femme qui hésite à sauter le pas ?

Je lui conseillerais d'abord de réfléchir à son plan de carrière. Où se voit-elle dans 10 ans ? Quelles sont ses appétences en science (épidémiologie, sociologie, psychologie…) ? Quels sont ses motivations et ses regrets ? Ensuite, elle peut rentrer en contact avec des sages-femmes qui ont eu un parcours semblable. La Commission scientifique du CNSF peut assurer ce lien. Il suffit d'envoyer un email à *contact@cnsf.asso.fr*

Retrouvez sur **paroledesagesfemmes.com** : le témoignage de Marina Salomé, « **Attachée de recherche clinique et sage-femme : Marina nous délivre son expérience** »

babybio

UNE DOUBLE EXIGENCE POUR UNE DOUBLE QUALITÉ

Respect rigoureux des exigences réglementaires

infantile + biologique

- AU BIFIDUS*
- APPORT EN ACIDES GRAS ESSENTIELS
- JUSTE DOSE DE PROTÉINES
- LAIT DE VACHE FRANÇAIS
- SANS HUILE DE PALME, NI DE COPRAH

LAIT DE VACHE

- FORMULE CLASSIQUE — PRIMEA — 1 2
- FORMULE AU BIFIDUS — OPTIMA — 1 2
- FORMULE ÉPAISSIE — LUNEA — 1 2
- FORMULE CROISSANCE — CROISSANCE — 3

LAIT DE CHÈVRE

- FORMULE CLASSIQUE — CAPREA — 1 2 3

Lancement du
1ER LAIT INFANTILE FRANÇAIS BIO
il y a plus de **20 ans**

PRODUIT EN FRANCE

AB AGRICULTURE BIOLOGIQUE

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

COUPLES HOMOPARENTAUX
QUAND LA MÈRE SOCIALE SOUHAITE ALLAITER

Aujourd'hui de plus en plus de couples homoparentaux féminins ont des enfants[1], et si l'une souhaite porter la grossesse, il arrive que la deuxième mère désire endosser le rôle nourricier. Lise Dauvignac, sage-femme, a traité ce sujet dans son mémoire de fin d'études. Elle nous éclaire sur cette pratique peu connue en France.

Avec **Lise Dauvignac**, sage-femme au Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud à Gap.

Vous abordez dans votre travail, la lactation des mères sociales chez les couples homoparentaux, pourquoi avoir choisi cette idée de mémoire ?

Lise Dauvignac : C'est en 3e année d'école de sage-femme, lors d'un stage chez une sage-femme libérale, que j'ai découvert l'existence de cette pratique d'allaitement. Dans le cadre d'un PRADO, nous nous sommes rendues au domicile d'un couple homosexuel*, jeunes parents d'une petite fille. Elles souhaitaient dans leur projet d'allaitement que la mère sociale nourrisse leur bébé au sein, et non la mère de naissance. Interpelée par cette situation, c'est de ce cas clinique qu'est née mon interrogation à propos de la lactation induite chez les couples homoparentaux de femmes.

Pendant mon cursus, la question de la lactation induite n'a jamais été abordée. Jusqu'à cette rencontre avec ce couple, j'en ignorais même l'existence, si bien que je me suis retrouvée démunie pour les aider et les conseiller.

On en parle peu en France, qu'est-ce que la lactation induite ?

La lactation induite est une pratique de mise au sein chez les mères sociales. Elle permet d'allaiter un enfant adopté ou porté par la conjointe dans les couples lesbiens et possède une double fonction : nutritive et relationnelle. Régine Prieur - auteure de l'article *Relactation et lactation induite*, publié dans la revue Allaiter aujourd'hui en 2005[2] - désigne la lactation induite par la « capacité des femmes à allaiter sans passer par la grossesse ». Cette pratique peut concerner des nulligestes et des femmes ayant allaité antérieurement désirant reprendre un allaitement après un sevrage d'au moins six mois, même s'il est probable que la lactation induite soit facilitée par la grossesse encore relativement proche. En deçà de six mois, il s'agit d'une relactation : « processus permettant de reprendre l'allaitement après un sevrage datant au plus de six mois ». Toutefois, il n'y a pas d'accord international concernant ces définitions, ce sont seulement des définitions pratiques.

« Cette pratique peut concerner des nulligestes et des femmes ayant allaité antérieurement désirant reprendre un allaitement après un sevrage d'au moins six mois »

Le Dr Jack Newman, pédiatre canadien, a établi un protocole (disponible sur internet[3]) dans le but de simuler un état de grossesse pour aboutir à une lactation, en imitant l'impact hormonal de la grossesse et de l'accouchement. Le but est de nourrir exclusivement, en partage avec la mère de naissance ou en soutien à celle-ci. Ce protocole sert de recommandation et de support, mais ne représente pas un modèle standard de traitement. Il y a possibilité de le modifier selon les objectifs maternels. Il associe divers procédés thérapeutiques et fonctionnels : contraceptif oral oestroprogestatif, motilium et stimulation mammaire. C'est un protocole lourd et il débute à partir du 4e mois de grossesse. Le lait obtenu est mature, sans phase de colostrum. Si ce protocole est reconnu par le système de santé canadien, ce n'est le cas dans aucun pays européen. Il faut retenir que ce sont les effets secondaires combinés des différents médicaments qui conduisent à produire du lait et donc que la santé est engagée. Il paraît alors évident que ce protocole doit être discuté et validé par le système de santé français.

Dans la littérature française, les références sur la lactation induite sont rares, encore plus lorsqu'elles concernent les couples lesbiens. À première vue, il ne semble pas circuler d'informations à propos de cette pratique d'allaitement au sein de la société, ni même au sein de la communauté homosexuelle féminine. Ce qui pourrait le justifier c'est que « les études sur l'allaitement partent habituellement du principe que la mère allaitante est hétérosexuelle, identité majoritaire et considérée comme la "norme" dans nos sociétés. Cette perception sociale induit souvent la marginalisation ou l'exclusion sociale des "altersexuels" ». Cela

« ...la maternité, quelle qu'elle soit, est le cœur de notre métier, et ces couples homoparentaux ont besoin d'informations et de notre soutien. »

s'explique, en partie, par une méconnaissance persistante concernant cette capacité féminine à allaiter sans être enceinte.
La grande majorité des données retrouvées sont des sources étrangères principalement canadiennes et portent surtout sur la relactation ou la lactation induite chez des mères adoptives. C'est un sujet relativement développé parce qu'il s'agit d'une pratique plus courante au Canada : « au moins 250 mères adoptives réussirent à déclencher la lactation » en suivant le protocole du Dr Jack Newman[3]. Le rapport de l'OMS en 2000 sur « *la relactation : Connaissances acquises et recommandations relatives à cette pratique* » s'appuie sur de nombreuses sources bibliographiques internationales. Autrefois, ces pratiques étaient exceptionnelles et peu documentées. De nos jours, de plus en plus d'études s'y intéressent et montrent qu'il est possible de relacter ou de provoquer une lactation et que ce n'est pas seulement un mythe. Les techniques abordées jugées efficaces et les connaissances actuelles ont permis d'établir des recommandations pratiques consacrées aux mères désirant relacter ou induire la lactation.
Mais aucune publication d'études randomisées n'existe à ce jour et les principales données proviennent d'expériences personnelles de ces mères.

Qu'avez-vous voulu mettre en évidence dans votre mémoire ?

Même si cette pratique est aujourd'hui, peu fréquente en France, elle existe et nécessite que l'on en parle. Il est aussi important pour les professionnels de santé d'adapter ses pratiques médicales à une société en constante évolution, car la maternité, quelle qu'elle soit, est le cœur de notre métier, et ces couples homoparentaux ont besoin d'informations et de notre soutien.
Selon les recherches effectuées et les observations en stage, il s'avère que nombreuses sont les sages-femmes ignorant la lactation induite. Certaines, parfois, sont même informées via les mamans. Même si la pratique n'est pas courante, elle n'en reste pas moins concrète. Je trouvais donc important que l'existence de cette pratique soit prise en considération pour offrir une prise en charge optimale à ces mères.
Je souhaitais aussi mettre en lumière, outre la pratique de la lactation induite, les représentations et le savoir en circulation à ce sujet au sein des couples lesbiens, en particulier chez les mères sociales.

Dans votre travail, 2 femmes ont induit la lactation. Quelles sont les techniques et combien de temps pour l'anticiper ?

En fait, une seule mère a induit la lactation. La seconde a tenté d'induire, mais sans résultat. Les deux mères sociales interrogées ont opté pour deux manières différentes de mettre en place la lactation induite, chacune adaptée à un objectif singulier : l'une a privilégié le protocole médicamenteux du Dr Jack Newman, la seconde, une méthode non pharmacologique.

Mère ayant opté pour le protocole médicamenteux :

Il s'agit d'un couple, dont la mère sociale a eu une expérience d'allaitement antérieure lors d'une précédente grossesse et la mère de naissance, était enceinte pour la première fois de jumeaux. La mère sociale a induit la lactation en s'inspirant du protocole médicamenteux proposé par le Dr Newman et l'a adapté à sa manière. Six semaines avant le terme prévu, elle a pris du Motilium® (4 comprimés de 10 mg/j pendant une semaine puis 8 comprimés de 10 mg/j) en l'associant à une stimulation des seins avec le tire-lait (4 à 5 sessions /j environ 10 à 15 minutes chaque sein). Malgré la modification du protocole, elle obtient les premières gouttes de lait une semaine après avoir commencé. Au 10e jour, la lactation s'est mise en place, puisqu'elle tirait 10 ml de lait par jour. Sa production s'est accrue quotidiennement jusqu'à atteindre 100 ml au 24e jour, jour à partir duquel ont débuté des écoulements nocturnes spontanés. Le maximum de sa production a atteint 160 ml par jour, au 36e jour après la mise en place du protocole. À la naissance, les 2 mères allaitaient, mais la spécificité de ce cas de lactation induite résidait dans le choix concerté de privilégier au départ la mise au sein par la mère de naissance, le lait de la mère sociale – le plus souvent tiré – venant « en soutien et en bonus ». Puis elle a pris de plus en plus de place dans l'allaitement des jumeaux, en particulier la nuit. Au moment de la diversification alimentaire, concomitante de la reprise du travail, les tétées se sont espacées, mais elle a continué à prendre du motilium et à tirer son lait pour qu'il soit donné aux enfants à la crèche, mais aussi pour maintenir sa lactation. Les deux mères ont allaité pendant huit mois leurs jumelles en alternant les tétées, mais aussi les enfants.

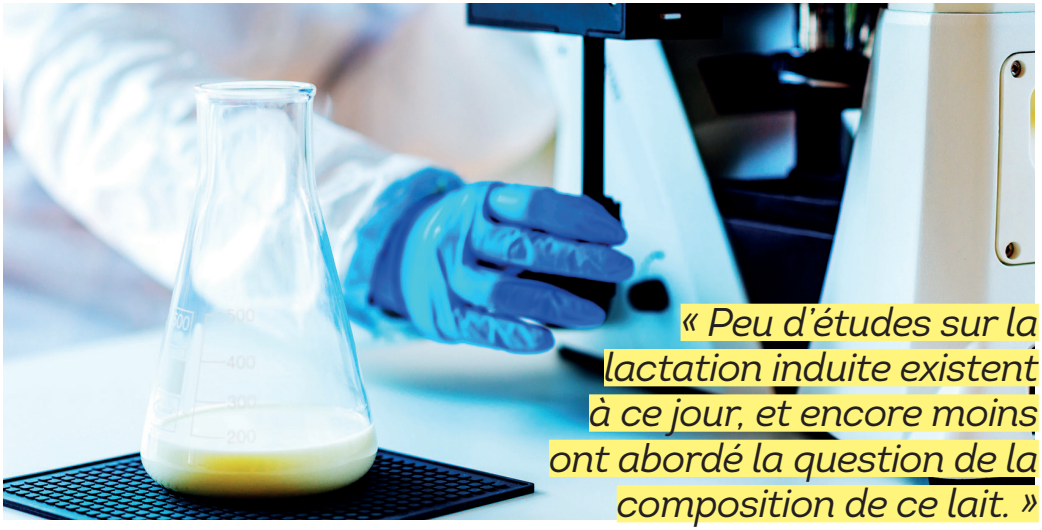
Mère ayant opté pour une méthode non pharmacologique :

Il s'agit d'un couple de nullipares, dont la mère sociale a opté pour une méthode non médicamenteuse, à savoir la stimulation mammaire et l'homéopathie. Elle a consciencieusement stimulé ses seins à l'aide d'un tire-lait manuel pendant la grossesse de sa compagne, mais l'induction naturelle n'a pas fonctionné. À la naissance de leur fille, elle l'a mise au sein, mais les tétées étaient brèves, car non nutritives. C'est alors qu'elle a mis en place un DAL (dispositif d'aide à l'allaitement) avec du lait artificiel. Ce dispositif permettait de prolonger la durée de la tétée. La mère sociale allaitait sa fille au DAL en alternance avec sa compagne qui donnait le biberon. L'allaitement a été poursuivi durant le premier mois de vie de l'enfant jusqu'au sevrage naturel.

Qu'en est-il de la qualité du lait ?

Peu d'études sur la lactation induite existent à ce jour, et encore moins ont abordé la question de la composition de ce lait. Une récente étude sur le taux lacté de protéines après induction d'une lactation a été publiée en 2015 dans le Journal of Human Lactation[4]. L'objectif de cette étude consiste à étudier le taux total de protéines et de certaines protéines bioactives (activité des immunoglobulines A (IgAs), taux de lysozymes et de lactoferrine) à la suite d'une lactation induite.

Cette étude a été menée auprès de deux femmes de 38 ans (femme A) et de 46 ans (femme B) sans antécédents notables, nullipares et n'ayant jamais allaité auparavant. Elles ont suivi le protocole médicamenteux



du Dr Jack Newman alliant hormones, galactogènes et stimulation des seins. À compter du début de la lactation, des échantillons ont été recueillis toutes les semaines pendant deux mois. Ces échantillons ont été comparés à des échantillons de lait mature à 11 mois du post-partum, issus d'un groupe témoin composé de trois femmes allaitant l'enfant qu'elles ont mis au monde. Le lait obtenu par lactation induite avait l'aspect du lait mature, sans période de colostrum. Le lait est apparu après 12 jours de stimulation des seins pour la femme A (qui produisait au maximum 64 mL par jour) et 2 jours pour la femme B (dont la production lactée maximale était de 26 mL par jour). Le taux total de protéines était plus élevé chez les femmes ayant induit (respectivement 23 et 22 g/L) que chez les femmes du groupe témoin (13,8g/l). L'activité des IgAs est supérieure au groupe témoin puis diminue fortement pour atteindre des taux similaires au groupe témoin. Le taux de lactoferrine est supérieur au groupe témoin, mais le taux de lysozyme, lui, est inférieur au groupe témoin et augmente pour tendre à s'en rapprocher.

Toutefois, cette étude présente des limites : la faible population de femmes ayant induit la lactation, seuls le taux de protéines et la production lactée induite peu abondante peuvent expliquer ce taux élevé de protéines. Ainsi, le lait obtenu, suite à une lactation induite est une bonne source de protéines dont les taux sont en moyenne supérieurs ou similaires aux échantillons de lait mature provenant des femmes ayant allaité l'enfant qu'elles ont mis au monde.

Quelles sont vos conclusions ?

L'importance et la richesse des témoignages montrent qu'au-delà de la lactation induite, il existe une diversité de pratiques de mise au sein chez les mères sociales. En effet, sur les 15 mères sociales interrogées, 5 d'entre elles ont mis leur enfant au sein. Ces pratiques ne sont pas à négliger puisqu'elles concernent un tiers de l'échantillon. Cela implique la nécessité pour les soignants de savoir que ces pratiques existent et de connaître les différentes formes qu'elles peuvent prendre. Il est possible d'avoir un désir de mettre au sein le bébé sans pour autant vouloir l'allaiter. Mettre au sein peut être envisagé comme un objectif, dans le but de tester, de réconforter l'enfant ou d'allaiter, que la lactation aboutisse ou non.

Voici les 3 formes de pratiques de mise au sein rencontrées au travers des entretiens menés :

- La pratique hédoniste consiste à mettre au sein pour le plaisir que procure ce rapprochement de la mère sociale avec l'enfant. Voici les paroles d'une

maman, qui, incertaine de pouvoir un jour être enceinte, souhaitait découvrir personnellement non pas la sensation d'allaiter, mais celle de mettre au sein : « *Je suis très curieuse au niveau des sensations. [...] J'étais torse nu et je voulais essayer la succion, voir la sensation* » (Une mère l'a pratiquée)

→ La pratique de soin consiste à mettre l'enfant au sein pour le réconforter : « *J'ai donné le sein pour la calmer en me disant peut-être qu'elle va téter et que ça va l'apaiser* » (Une mère l'a pratiquée)

→ La pratique nourricière inclut divers cas (3 mères l'ont pratiquée) :

- 1er cas : utilisation du DAL par la mère sociale à la naissance de l'enfant
- 2e cas : lactation induite
- 3e cas : variante du co-allaitement. Une mère sociale s'est inspirée de la pratique du co-allaitement et en a fait une variante : elle allaitait toujours sa fille de naissance quand sa compagne a mis au monde des jumeaux. Tout en poursuivant l'allaitement de sa fille, elle allaitait les jumeaux de sa compagne.

D'autre part, les couples homoparentaux féminins sont confrontés quotidiennement aux normes hétérosociales, ne facilitant ainsi pas leur projet parental. Certains couples homoparentaux préfèrent l'invisibilisation et vivre dans le non-dit : « la peur du regard des « normaux » et de l'injure homophobe les poussent à cacher leur situation familiale » (Mailfert, 2002[5]). Ces mères peuvent en arriver à marginaliser leur envie d'allaiter ou de mettre leur enfant au sein, à se priver de certaines pratiques de maternage et ainsi à s'invisibiliser en tant que mère. Cependant, il faut bien sûr informer à propos de ce qui est possible tout en précisant qu'il y a différents buts (nourrir l'enfant, le réconforter ou pour le plaisir de la mère) et que la réussite varie selon la méthode, le moment auquel le protocole a été commencé et la motivation. Cependant, le principal reste que les professionnels de santé participent à la mise en circulation dans le monde social d'un savoir au sujet de la lactation induite et, plus largement, des pratiques de mise au sein qui existent chez les couples de femmes. Ce point semble capital à la fois pour la prise en compte et la diffusion de pratiques de maternage existantes, mais aussi pour l'amélioration des prises en charge et la normalisation de la place et du rôle de la mère sociale. En effet, les entretiens menés auprès des mères sociales ont révélé une carence dans la prise en charge de ces femmes pour diverses raisons : d'une part, les couples lesbiens sont dans ce choix de l'invisibilisation sociale et d'autre part, il existe un non-accompagnement de ces mères par les soignants du fait d'un déni du rôle de la mère sociale, fortement lié à l'hétéronormativé de la pensée sociale et médicale. Ces mères sociales ont besoin d'être accompagnées dans leur rôle de mère, qui n'est ni un rôle de mère de naissance ni un rôle de père, et qu'elles ont une place dans la parentalité et dans la pratique de maternage. Si la lactation induite est connue chez les femmes adoptantes, cette pratique n'est que rarement, sinon jamais associée aux mères sociales des couples homoparentaux féminins.

**Dans ces couples, deux mères sont distinguées : la mère de naissance, qui est celle qui porte l'enfant et qui accouche, et sa compagne, la mère sociale, qui ne porte pas l'enfant.*

Références :

La lactation induite chez les mères sociales des couples homoparentaux féminins – Université de Nice Sophia-Antipolis- Faculté de Médecine ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE - Lise Dauvignac & directrice de mémoire Celine Verguet. 2017

1 L'Association des Parents et futurs parents Gays et Lesbiens (APGL) estimait, dans une enquête publiée dans le magazine TETU, que 11% des lesbiennes ont des enfants, et 45% des lesbiennes désiraient en avoir (janvier 1997).

2 Prieur R., Relactation et lactation induite. Allaiter Aujourd'hui. 2005 ; 63 : 8-12.

3 Newman J., Goldfarb L. 2002. Les protocoles pour induire la lactation : guide pour maximiser la production de lait maternel (http://docplayer.fr/10390490-Les-protocoles-pour-induire-la-lactation.html)

4 Wilson E., et al., A Pilot Study on the Protein Composition of Induced Nonpuerperal Human Milk. Journal of Human Lactation. 2015; 31: 166-171.

Farrow A., Lactation Support and the LGBTQI Community. Journal of Human Lactation. 2015; 31: 26-28

5 Mailfert M., Homosexualité et parentalité. Socio-anthropologie. 2002 ; 11 : 1-13.

RENCONTRE AVEC

Idrissa Kabore

SAGE-FEMME AU BURKINA FASO

Parole de Sages-femmes :
Quel est votre parcours ?

Idrissa Kabore : Après le BAC en 2009, j'avais la possibilité de poursuivre au campus ou d'opter pour les concours. J'ai finalement réussi au concours direct de recrutement de 120 Sages-Femmes et 70 Maïeuticiens d'État en 2009. La formation a duré 3 ans à l'École Nationale de Santé Publique de Ouagadougou. J'ai commencé par un centre médical avec antenne chirurgicale, en juillet 2012 (niveau 3 du système de santé du Burkina) ou, j'ai exercé pendant 2 ans, puis j'ai été affecté dans un centre de santé et de promotion sociale dans une commune rurale (premier niveau), où j'ai été respectivement responsable maternité et chef de poste.
Ensuite en 2017, j'ai intégré l'organisation internationale britannique Marie Stopes.

PDSF : **Pouvez-vous nous en dire davantage sur l'organisation Marie Stopes ? Quel est votre rôle au sein de celle-ci ?**

IK : Cette organisation internationale intervient dans le domaine de la santé de la reproduction et plus particulièrement dans la planification familiale. L'ONG Marie Stopes est une organisation à but non lucratif intervenant dans 40 pays, la plupart dans les pays en voie de développement. Elle offre des services de planification familiale gratuits dans les zones les plus reculées avec l'appui des bailleurs de fonds. Elle a pour slogan : « *Des enfants par choix et non par surprise* ».
Mon rôle s'articule principalement autour des services de planification familiale tels que l'insertion d'implant contraceptif ou bien la pose de dispositif intra-utérin. J'assiste également un médecin pour les ligatures de trompes en mini laparotomie (Nous appliquons une technique qui est propre à Marie Stopes).

PDSF : **Pourquoi avoir choisi sage-femme ? Au Burkina, combien y a-t-il d'hommes sages-femmes ?**

IK : Pour dire vrai, je n'ai pas choisi la profession de sage-femme car c'est suite à une réussite au concours parmi 3, vu que la demande d'emploi est forte au Burkina Faso. Et j'ignorais complètement les missions d'un maïeuticien. L'amour de la profession est survenu durant la formation et je suis très fier d'être sage-femme aujourd'hui.
Le nombre d'hommes sages-femmes au Burkina est environ 30% de l'effectif.

PDSF : **Comment parvient-on à être sage-femme au Burkina ?**

IK : Il y'a 3 possibilités :

1. Par concours direct lancé chaque année par le Ministère de la Fonction publique. La durée de la formation est de 3 ans dans les Écoles Nationales de Santé publique.
2. Par inscription, à titre privé pour ceux qui veulent devenir sages-femmes sans passer par le concours. La formation se déroule dans les écoles privées de santé et le cursus s'étale aussi sur 3ans.

« L'amour de la profession est survenu durant la formation et je suis très fier d'être sage-femme aujourd'hui »

3. Enfin par concours professionnel pour les professionnels de santé ayant 5 ans d'expérience et ayant le profil d'accoucheuse ou d'infirmier breveté. La formation est alors de 2 ans.

PDSF : Quelles sont les missions des sages-femmes au Burkina Faso ? Quelles sont les difficultés rencontrées ?

IK : La mission principale de la sage-femme est la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Au Burkina, la sage-femme participe à un vaste champ d'intervention :

1. Le suivi de la grossesse normale et pathologique,
2. La surveillance du travail d'accouchement,
3. La prise en charge des accouchements eutociques et dystociques,
4. La prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA
5. La prise en charge de la malnutrition et des maladies intégrées de l'enfant
6. La surveillance des nourrissons
7. Le dépistage et la prise en charge des pathologies de la femme et des IST
8. Le suivi gynécologique
9. Planification familiale offre de service de toutes les méthodes de longue durée
10. Consultation médicale
11. La prise en charge des cas de stérilité

Nos difficultés sont énormes :

- La formation est pour le moment limitée à 3 ans et n'est pas intégrée au système LMD
- La formation n'inclut pas l'échographie
- L'intégration professionnelle est difficile et il n'existe pas de formation professionnelle prenant en compte uniquement les sages-femmes
- La charge du travail est élevée
- La place de la sage-femme dans l'organigramme est mal définie souvent sous la coupe de l'infirmier,
- Les plateaux techniques sont insuffisants tout comme la formation continue
- Les sages-femmes du Burkina sont techniquement compétentes, mais le cursus de formation est une cause défavorisante pour le recrutement dans les organismes internationaux.

« Ici, le taux de mortalité maternelle et infantile est toujours élevé, et l'accouchement sans assistance à domicile existe toujours. »

PDSF : Pour le suivi de grossesse et l'accouchement : comment cela se passe-t-il pour les femmes au Burkina ? Qu'en est-il de la santé maternelle et infantile ?

IK : Le suivi de la grossesse est généralement basé sur la consultation prénatale recentrée réalisée par les sages-femmes et souvent par des accoucheuses et des infirmiers. L'accouchement est assuré à tous les niveaux du système de santé par ces mêmes intervenants.

Ici, le taux de mortalité maternelle et infantile est toujours élevé, et l'accouchement sans assistance à domicile existe toujours. Les fistules obstétricales, l'excision sont des fléaux qui perdurent.

Les principales causes de décès maternels sont l'hémorragie, les infections, les IVG, et les causes de morbidité et de mortalité infantile sont : le paludisme, la prématurité, la malnutrition.

La prévention des maladies à potentielle épidémique est effectué à travers un programme

élargi proposant des vaccinations gratuites chez les nourrissons de 0 à 15 mois, prenant en charge 9 maladies.

PDSF : Quelle place pour les sages-femmes au Burkina ? Comment souhaiteriez-vous que le statut des sages-femmes s'améliore ?

IK : Au Burkina Faso, la sage-femme fait partie du corps paramédical, elle est souvent reléguée au second plan après les infirmiers. C'est une profession en manque de reconnaissance, tant sur le terrain que dans les postes et fonctions occupés dans l'organigramme du système de santé.

Depuis quelques années, la formation est ouverte à des instituts privés qui pour la recherche du gain bâclent la formation.

Je déplore l'absence d'instituts diplômants dans la formation continue des sages-femmes. Les conditions de travail sont aussi très dures avec des charges trop élevées, un plateau technique insuffisant et une rémunération insuffisante.

Personnellement, je souhaiterais que le niveau de la formation soit relevé, que la sage-femme intègre le corps médical, et que des offres de postes à responsabilité s'élargissent dans le système de santé.

J'aimerais également que l'on nous offre la possibilité d'obtenir des bourses pour se former et des possibilités de formation en santé publique, en procréation médicalement assistée, en échographie et en nutrition.

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

LES RECOMMANDATIONS DU CNGOF SUR LE POST-PARTUM

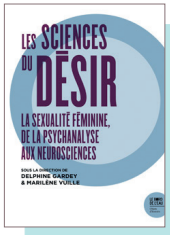
Ciblé sur le post-partum, le CNGOF propose un guide sur la prise en charge de la femme et du nouveau-né. Du dépistage et de la prévention des troubles psychiques à l'allaitement en passant par la rééducation périnéale, cet ouvrage rassemble l'essentiel des recommandations pour la pratique clinique.

Post-partum : Recommandations CNGOF pour la pratique clinique – Loïc Marpeau , Marie-Victoire Sénat, Loïc Sentilhes – Elsevier-Masson. 39€

LE GUIDE DE L'ACCOUCHEMENT ET DU RETOUR À LA MAISON

Après une expérience hospitalière, Nathalie Charbonnier, sage-femme, s'est tournée vers le secteur libéral. Ses réflexions, son accompagnement des couples sur le chemin de la naissance l'ont poussée à écrire cet ouvrage sur le dernier mois de la grossesse et le retour à domicile. Dans ce 1er tome, elle y aborde toutes les questions que peuvent se poser les mères autour du travail, de la péridural, de l'accouchement, de l'allaitement, de l'hospitalisation... Pédagogique et pratique, il est à conseiller aussi bien aux primipares qu'aux multipares.

Tome 1 - L'accouchement - Le guide pratique– Du dernier mois de la grossesse aux premiers moments à la maison- Nathalie Charbonnier, Edité par Innovations Santé- 24€ (laparentalite.com)



TOUR D'HORIZON SUR L'INFLUENCE DE LA SCIENCE SUR LA SEXUALITÉ FÉMININE

Inédit, cet ouvrage traite de la sexualité féminine en s'appuyant sur diverses recherches, d'anthropologie, d'histoire, de sociologie, avec des spécialistes de l'étude sociale des sciences et des études de genre. Les auteures s'intéressent aux savoirs sur le sexe et la manière dont les individus s'approprient leurs connaissances pour donner sens à leurs conduites sexuelles.

Le désir sexuel peut-il être matérialisé? Sa nature et son expression diffèrent-elles chez les hommes et les femmes? Le sexuel est-il affaire d'instinct, de physiologie ou de psychologie?... En abordant autant de questions, ce livre propose un panorama des enjeux autour du « désir des femmes » dans la société occidentale actuelle.

Les Sciences du Désir. La Sexualité Féminine De La Psychanalyse Aux Neurosciences – Delphine Gardey et Marilène Vuille - Éditions Le bord de l'Eau. 24,20€.

TOUT SUR LES AFFECTIONS DE LA GROSSESSE

Cet ouvrage propose des conduites à tenir pour les principales maladies chroniques antérieures à la grossesse et celles spécifiques de l'état gravidique. Il aborde également les principales affections du post-partum.

Médecine de la grossesse – Conduites à tenir - Olivier Pourrat, Éditions Maloine – 35€

ÉVEILLER LES CONSCIENCES POUR QUE LES MIGRANTS ATTEIGNENT UNE VIE MEILLEURE

"*Je ne suis ni diplomate, ni géopoliticienne. Je suis sage-femme. Par-dessus tout, je suis indignée. Indignée par la misère dans le monde, indignée qu'au XXIe siècle, tant de femmes meurent encore en couches, indignée que tant périssent en essayant d'atteindre une vie meilleure.*"

Alice Gautreau, sage-femme, est partie en mission pour Médecins sans frontières. Après une première expérience à l'est du Congo, elle a embarqué à bord de l'Aquarius, où l'association propose des soins médicaux aux migrants.

Beaucoup de misère, une expérience où l'indignation demeure. Des femmes accouchent sur le bateau, d'autres meurent, de mort évitable... Pour essayer d'offrir des conditions de prise en charge dignes, les bénévoles de Médecins sans Frontières font preuve d'une humanité extraordinaire. Dans cet ouvrage, Alice Gautreau veut alerter le public sur les questions des migrations et éveiller les consciences, car "*à grands coups de solidarité, on peut changer le monde !*".

Seuls les poissons morts suivent le courant - Alice Gautreau - Éditions Pygmalion, 18€

DANS MON SMARTPHONE DE PRO

APP-ELLES : À CONSEILLER ET À TÉLÉCHARGER !

Gratuite et solidaire, c'est la première application qui permet aux témoins et aux victimes de violences faites aux femmes de donner l'alerte. Les victimes ou témoins d'agression peuvent contacter 3 numéros de leur choix rapidement : amis proches, associations... et en même temps, appeler les secours. Une fois le signal lancé, cet outil permet d'activer le GPS et le microphone. Ainsi la personne contactée pourra géolocaliser en temps réel la femme victime ou témoin d'agression, écouter et enregistrer les sons environnants, servant d'éventuelles preuves, en cas d'enquête judiciaire. Disponible gratuitement sur Google Play

À noter dans vos agendas

Retrouvez tous les événements sur
www.paroledesagesfemmes.com

Les 14 et 15 septembre 2018 - Marseille

8es Rencontres à 2 mains
→ *Inscription & informations : ra2m.fr*

21 septembre 2018 – Paris

6e Congrès National des Centres de Référence de la Mort Inattendue du Nourrisson
→ *Inscription et informations : atoutcom.com*

30 septembre 2018 – Paris

Journées d'actualités en néonatologie
→ *Inscription & informations : infocongres.com*

Les 4 et 5 octobre 2018 – Montpellier

Les soins de développement individualisés (Groupe d'étude en néonatologie Languedoc-Roussillon)
→ *Inscription & informations : gen-montpellier.fr*

Les 4, 5 et 6 octobre 2018 – Pau

Infogyn
→ *Inscription & informations : congres-infogyn.com*

5 octobre 2018 – Lyon

5e journée Régionale de l'Allaitement Maternel Auvergne –Rhône-Alpes
→ *Inscription & informations : info-allaitement.org*

Le 9 novembre 2018 – Paris

Congrès In Utero – La place du père
→ *Inscription & informations : in-utero.fr*

Les 14 et 16 novembre 2018 – Marseille

48es Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale – Marseille
→ *Inscription et Informations : atoutcom.com*

Les 15, 16 et 17 novembre 2018 – Avignon

13e colloque international de périnatalité (ARIP)
→ *Inscription & informations : arip.fr*

Les 16 et 17 novembre 2018 - Paris

Dialogue Mondial Scientifique et Culturel sur l'Acupuncture
→ *Inscription & informations : wad-o.com*

Les 22 et 23 novembre 2018 – Auxerre

Congrès national de la sage-femme libérale
→ *Inscription & informations : profession-sage-femme.com*

Le 24 novembre 2018 – Paris

Les Rencontres de Port-Royal
→ *Inscription & informations : infocongres.com*

Le 28 novembre 2018 – Paris

Journée Restauration vulvo-vaginale – Paris
Inscription & Informations : atoutcom.com

Les 7 et 8 décembre 2018 – Paris

GYPSY XVIII – « Intimités en danger ? »
→ *Inscription & Informations : gypsy-colloque.com*

ÉRYTHÈME FESSIER

Pour des fesses toutes douces !

OXYPLASTINE®
POMMADE

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

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

Pour plus d'information, consultez le site internet http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr

Visa n°17/10/60756600/GP/001/F01.

ALLIANCE

annapurna8000 PHOTO SHUTTERSTOCK - OX/17/040/AP - Mars 2018

PAROLE DE MAMANS -academy.com

UN NOUVEAU MOOC

“Couches pour bébé, comment faire son choix ?”

en accès gratuit dans le module « Hygiène et soin »

- À quoi sert une couche ?
- Qu'y a-il sous le voile protecteur ?
- À quoi sert la lotion présente dans les couches jetables classiques ?
- Les composants utilisés sont-ils sûrs pour les bébés ?
- Combien de couches porte un enfant jusqu'à ses 3 ans ?
- Qu'est ce qui transforme l'urine en gel ?

LA PLATEFORME À CONSEILLER AUX FUTURES ET NOUVELLES MAMANS !

WWW.PAROLEDEMAMANS-ACADEMY.COM

RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ · myNea · evian · Canon CANON MEDICAL SYSTEMS · Laboratoire C.C.D · I&Oligobs · britax römer · PediAct · BioGaia · maplaceencrèche · chaussea · Biostime