

COMMENT
DEVIENT-ON
SAGE-FEMME
EXPERT AUPRÈS
DES TRIBUNAUX ?

RENCONTRE

SAGE-FEMME
SAPEUR-POMPIER
AVEC CHRISTELLE GRAF

GROSSESSE & ACCOUCHEMENT

MICI ET GROSSESSE
QUE FAUT-IL SAVOIR ?

**PRÉFÉRENCES
ALIMENTAIRES
DE L'ENFANT:**

COMMENT SONT-ELLES
MODULÉES IN UTERO ?

À LA LOUPE

DPNI
MIEUX LE COMPRENDRE
POUR MIEUX
LE PRESCRIRE

DOSSIER

GROSSESSE ET ADDICTIONS

- LES PRINCIPALES ADDICTIONS ET LEURS EFFETS SUR LA GROSSESSE ET L'ENFANT
 - INFORMER SANS CULPABILISER
- CAS CLINIQUE CONSOMMATION DE TABAC, D'ALCOOL ET DE CANNABIS
PENDANT LA GROSSESSE : EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE
- L'HYPNOSE : UN OUTIL POUR SEVRER UNE ADDICTION ?



PAROLE ^{DE}
MAMANS
-academy.com

UN NOUVEAU MOOC

“Un test fiable et sans danger pour dépister la trisomie 21”
en accès gratuit dans le module « Analyses »

Le DPNI,
c'est quoi ?

Pour qui ?

Est-ce remboursé
par l'assurance
maladie ?

Y a-t-il un risque
pour le bébé ?

Quand faire
le test ?

Ce test est-il
fiable ?



LA PLATEFORME À CONSEILLER AUX FUTURES ET NOUVELLES MAMANS !

WWW.PAROLEDEMAMANS-ACADEMY.COM



myNea

evian

Canon
CANON MEDICAL SYSTEMS



Oligobis

britox
römer

PediAct

BioGaia

moplacencrèche

chousseau

Biostime



ÉDITO

UNE NOUVELLE ANNÉE COMMENCE...

Une nouvelle année commence et à chaque fois les bonnes résolutions battent leur plein. Reprise du sport ? Arrêt du tabac ? Début d'un régime ? Bref, les idées ne manquent pas !

Professionnellement, il y a aussi tant d'objectifs à atteindre... Côté prévention, par exemple. Saviez-vous qu'entre 2006 et 2013, on comptait en France 3207 nouveau-nés avec au moins une conséquence liée à l'alcoolisation fœtale, dont 452 avec un SAF ? Des chiffres probablement sous-estimés parce que les troubles de la période néonatale ne sont pas évidents à diagnostiquer.

Si les chiffres, du baromètre santé 2017, ont révélé que 6 femmes sur 10 ont été informées par leur sage-femme ou leur médecin des risques liés à une consommation d'alcool pendant la grossesse, des efforts restent encore à faire. Un axe de prévention à renforcer, tout comme celui des autres consommations de substances toxiques pendant la grossesse.

Car, qu'en est-il de la consommation d'héroïne, cannabis, opiacés chez les femmes enceintes... ? Si les chiffres sont encore mal connus, les risques pèsent sur l'enfant comme sur l'évolution de la grossesse. C'est pourquoi, dans ce numéro, vous trouverez un dossier consacré aux addictions. L'information de la patiente passe par la sensibilisation du professionnel et la prise en charge, par un accompagnement bienveillant...

Nous profitons de ce numéro, pour vous souhaiter aussi une bonne et heureuse année 2019 !

Bonne lecture à vous

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

*Sources : Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013. Santé publique France.
Baromètre Santé 2017. Alcool et tabac.*

3 Édito

ACTUS

- 5 Actus France :** • Quantifier la douleur des nourrissons avec la roulette "MINOPAIN" • Des préservatifs remboursés • Un nouveau réseau national pour écarter mes médicaments à risque pendant la grossesse • Les rétinoïdes locaux contre-indiqués pendant la grossesse • Hygiène des sondes échographiques : Scandale ou Fake News ? • Maladies chroniques : Les patients acteurs de la recherche avec la plateforme ComPaRe • Le Dossier Médical Partagé enfin lancé ! • Alcoolisation fœtale : Santé publique France a lancé un espace dédié aux professionnels • Le plus souvent asymptomatique l'infection à Chlamydia cause des complications : dépistons-là ! • Les professionnels de santé mobilisés pour la vaccination antigrippale
- 10 Actus Monde : Etats-Unis :** • **Canada :** Même les produits ménagers peuvent perturber le microbiote des nourrissons ! • Il était une fois le premier homme sage-femme • **USA :** La natalité baisse, les mères de plus de 35 ans augmentent et les risques aussi... • **Inde :** Première naissance grâce à une greffe d'utérus • **Afrique :** Mère à 62 ans • **Irlande :** L'IVG légalisée officiellement • **MONDE :** La pollution de l'air tueuse d'enfants • Césarienne : Cette épidémie qu'il faut enrayer !
- 12 À la loupe :** DPNI : Mieux le comprendre pour mieux le prescrire
- 16 Rencontre** Sage-femme et sapeur-pompier, Christelle Graf forme aussi à l'accouchement inopiné

GROSSESSE & ACCOUCHEMENT

- 20 MICI et grossesse :** Que faut-il savoir ? Avec *Charlotte Barboux*

MON MÉTIER AU QUOTIDIEN

- 24 Comment devient-on sage-femme expert auprès des tribunaux ?**
Avec *Catherine Bardin*

DOSSIER : GROSSESSE ET ADDICTIONS

- 30 Tour d'horizon sur les principales addictions et leurs effets sur la grossesse et l'enfant**
- 34 Informer sans culpabiliser**
- 37 Cas clinique - Consommation de tabac, d'alcool et de cannabis pendant la grossesse :** Exemple de prise en charge
- 40 L'hypnose : Un outil pour sevrer une addiction ?**

ÉTUDE

- 42 Rupture prématurée des membranes et primiparité :**
Quels intérêts à prendre en charge en ambulatoire ? *Flora Michel*

ENTRE PROS

- 44 Préférences alimentaires de l'enfant :**
comment sont-elles modulées in utero ?

PROFESSION SAGE-FEMME

- 46 International** Rencontre avec Irène Chain-Kalinowski, sage-femme en Chine
- 48 Dans ma bibliothèque de pro**
- 50 Agenda**

Rédaction

Directrice de la publication
Leslie Sawicka

Rédactrice en chef

Géraldine Dahan Tarrasona

Journalistes

Julia Kadri
Candice Satara-Bartko

Réalisation

Direction artistique

Mathieu Boz
Nilay Cosquer

Photographies

Fotolia, Shutterstock, Wikipédia

Directrice du pôle vidéo

et de la rédaction print
Céline Gerbier

Directrice du Pôle Experts

Sonia Zibi

sonia.zibi@mayanegroup.com
parolledesagesfemmes.com

06 50 50 73 77

Remerciements :

Christelle Graf,
Charlotte Barboux
Catherine Bardin
Anais Bouland
Marie-Josée Falevitch
Corinne Chanal,
Dr Elisabeth Lafont-Battesti
Flora Michel,
Christine Zalejski
Irène Chain-Kalinowski

Mayane|group

Parole de sages-femmes est éditée

par la SARL

Mayane Communication

au capital de 7 700 €

Siège social :

49 rue Marius Aujan

92300 Levallois-Perret

RCS 75017 Paris B 479454829

Dépôt légal : 2018

ISBN : 978-2-9527526-2-6



QUANTIFIER LA DOULEUR DES NOURRISSONS AVEC LA ROULETTE « MINOPAIN »



Photo : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

Deux puéricultrices de la maternité la Conception à Marseille (AP-HM) ont mis au point la roulette « Minopain » pour coter la douleur des bébés. L'idée, rendre plus pratique la grille d'évaluation de la douleur aiguë du nourrisson (DAN), mais aussi favoriser la participation des parents tout en les rassurant.

Elle reprend les mêmes critères que la grille, à savoir les réponses faciales, les mouvements des membres, l'expression vocale de la douleur, mais seules quelques secondes suffisent pour obtenir le score !

Source : [youtube.com/watch?v=a-zcXH7kNwQ](https://www.youtube.com/watch?v=a-zcXH7kNwQ)

UN NOUVEAU RÉSEAU NATIONAL POUR ÉCARTER LES MÉDICAMENTS À RISQUE PENDANT LA GROSSESSE

Alors que de plus en plus de médicaments sont contre-indiqués chez les femmes enceintes, un réseau national de surveillance des effets indésirables des médicaments pendant la grossesse sera mis en place dès 2019 par une équipe du CHU de Toulouse. Des molécules sont déjà dans le collimateur du réseau, dont les psychotropes, les antidépresseurs et les antiépileptiques...

Source : ladepeche.fr

Des préservatifs remboursés !

Afin de lutter contre les maladies sexuellement transmissibles, la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a récemment annoncé le remboursement du préservatif masculin sur prescription médicale. Pour le moment, cette prise en charge par l'Assurance maladie à hauteur de 60% (et à 40% par la mutuelle) ne porte que sur la marque Eden® des laboratoires Majorelle. Les sages-femmes et médecins peuvent désormais le prescrire depuis le 10 décembre 2018.

Sources : Leparisien.fr – France3régions

Les rétinoïdes locaux contre-indiqués pendant la grossesse

Dans un point d'information, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) alerte sur la contre-indication des rétinoïdes par voie cutanée pendant la grossesse. Ces traitements (Tretinoïne, Isotretinoïne, Adapalène, Tazarotène) utilisés en dermatologie (notamment contre l'acné) et en cancérologie étaient déjà contre-indiqués sous leur forme orale chez les femmes enceintes, du fait du risque tératogène. Après évaluation de la balance bénéfices-risques par l'Agence européenne des médicaments (EMA), bien que le passage par voie cutanée des rétinoïdes semble négligeable, celui-ci ne peut néanmoins être écarté. C'est pourquoi la contre-indication des rétinoïdes chez les femmes enceintes a été harmonisée, quelle que soit sa voie d'administration.

Source : ANSM - *Nouvelle contre-indication pendant la grossesse pour les rétinoïdes utilisés par voie cutanée dans le traitement de l'acné - Point d'Information*

Hygiène des sondes échographiques : scandale sanitaire ou Fake News ?

La Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) a récemment pointé du doigt l'hygiène insuffisante des sondes échographiques endocavitaires. Le plus souvent protégées par un « préservatif » et nettoyées entre chaque patiente par une lingette désinfectante (dite désinfection intermédiaire), elles ne seraient désinfectées « complètement » qu'une fois par jour. C'est ce qu'impose au minimum la réglementation française depuis 2007.

Mais les connaissances ont évolué comme le stipule le président de la SF2H, « la découverte de l'américain Craig Meiers sur la résistance accrue aux désinfectants des papillomavirus oncogènes ne peut être négligée. Il montre en effet que les désinfectants oxydants sont ceux qui ont la meilleure efficacité sur ces virus et nous devons en tenir compte dans nos recommandations. Même si le risque clinique n'est pas aujourd'hui démontrable, de par la large diffusion humaine de ces virus, leur transmission lors de soins n'en est pas pour autant acceptable. Le principe de sécurité consiste à toujours proposer les stratégies les plus sûres chaque fois que leur mise en œuvre ne risque pas d'entraîner, pour des raisons de coût par exemple, une baisse de l'offre de soins et donc des délais de prise en charge trop longs pour les patients. »

Avec les 4 millions d'échographies endocavitaires réalisées en France chaque année, quelles seront les nouvelles préconisations ?

En attendant, certains spécialistes mettent en doute cette information : « les préservatifs ne nous protégeraient pas du sida, et les chirurgiens ne pourraient plus opérer sans risque de contaminer malgré leurs gants. Ce risque de contamination est de l'ordre de celui d'être frappé par une météorite en faisant son marché », signale Dominique Dupargne, médecin généraliste, sur France Inter et sur le site atoute.org...

Sources : sf2h.net, ladepeche.fr, Franceinter.fr, Atoute.org



MALADIES CHRONIQUES : LES PATIENTS ACTEURS DE LA RECHERCHE AVEC LA PLATEFORME ComPaRe

On compterait en France 20 millions de Français atteints de maladies chroniques. Ce type de pathologies au long cours entraîne des répercussions sur la qualité de vie, sur le bien-être physique et psychologique. Alors, comment améliorer la vie et les soins de ces patients ? En leur demandant de devenir acteur de la recherche en participant à ComPaRe (Communauté de Patients pour la Recherche) ! Il s'agit d'une plateforme lancée en 2017 par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et pilotée par le Centre d'Épidémiologie Clinique de l'Hôtel-Dieu. Elle invite 100 000 patients à rejoindre la communauté. Via des questionnaires scientifiques, des témoignages, des expériences et même en suggérant leurs propres questions de recherche, les patients prennent part à la recherche. Ils seront suivis sur 10 ans.

Parmi les pathologies étudiées, une première étude d'envergure sera consacrée à l'endométriose.

Pour en savoir plus : compare.aphp.fr

Le Dossier Médical Partagé enfin lancé !

Une quinzaine d'années qu'on en entendait parler, le dossier médical (DMP) a été enfin officialisé le 6 novembre dernier. Ce carnet de santé sécurisé nouvelle génération stockera tout le dossier médical (analyses, consultations, allergie, imagerie, hospitalisation, etc) des patients. Un gain de temps pour reconstituer un dossier surtout lorsque le parcours de soins est compliqué, une façon d'améliorer la prise en charge et d'éviter les examens redondants.

Si le patient ne souhaite pas que des données apparaissent dans le DMP, il pourra les sélectionner. Il aura également la possibilité de faire part de ses souhaits, comme celui du don d'organes. Apparemment d'ici 5 ans, 40 millions de DMP seront actifs.

Sources : Figaro.fr, RTL.fr

Alcoolisation fœtale : Santé publique France a lancé un espace dédié aux professionnels

Éviter les troubles causés par l'alcoolisation fœtale, c'est miser sur la prévention. Mais que sait-on de l'alcoolisation fœtale ? Comment informer, repérer, prendre en charge... ? Parler alcool avec une femme enceinte est-ce si facile pour le professionnel ? Pour aborder une consommation d'alcool pendant la grossesse sans tabou et être plus à l'aise dans la prise en charge de ces patientes, alcoolinfoservice.fr a mis en ligne un espace professionnel proposant des outils, des mises en situation, des ressources, etc.

Plus d'infos sur : alcool-info-service.fr

Le plus souvent asymptomatique l'infection à Chlamydia cause des complications : dépistons-là !

Parmi les jeunes femmes de 15-25 ans, l'infection à Chlamydia trachomatis est l'IST la plus fréquente. Pour réduire sa prévalence, la HAS recommande un dépistage « *systématique chez les femmes de 15 à 25 ans sexuellement actives y compris chez les femmes enceintes et qu'il puisse être réalisé dans plus de lieux* ». Elles sont 60 à 70% à ne présenter aucun symptôme, à ignorer qu'elles ont été infectées, pourtant l'infection à Chlamydia peut causer des salpingites, une grossesse extra-utérine et une stérilité tubaire.

Pour faciliter l'accessibilité du test de dépistage, la HAS demande aux médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes de le réaliser à leur cabinet. Une formation complémentaire sera prochainement mise en place.

Source : IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes. Communiqué de presse - octobre 2018

Les professionnels de santé mobilisés pour la vaccination antigrippale

La vaccination antigrippale est le 1er geste pour limiter la propagation du virus. Afin d'améliorer la couverture vaccinale, des ordres nationaux de professions de santé (médecins, sages-femmes, infirmiers, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues) se sont engagés à signer une charte. À travers 6 engagements, elle a pour but d'encourager notamment les professionnels à se faire vacciner, mais aussi à ce qu'ils transmettent des informations de bonnes pratiques sur la vaccination.

Les Ordres nationaux des professionnels de santé s'engagent, collectivement, à promouvoir la vaccination des professionnels de santé, en :

- 1 Incitant les professionnels de santé à se faire vacciner et à promouvoir la vaccination de leurs salariés et collaborateurs selon les recommandations en vigueur par tous moyens disponibles.
- 2 Relayant les actions d'information sur la vaccination en direction des professionnels de santé en utilisant tous les leviers existants. (bulletins des ordres, messages adressés aux professionnels, semaine européenne de la vaccination, etc.)
- 3 Soutenant les initiatives locales favorisant la vaccination des professionnels de santé.
- 4 Initiant ou consolidant des partenariats avec les acteurs concernés : ARS, Assurance Maladie, structures et organismes de prévention, sociétés savantes, etc.
- 5 Diffusant les bonnes pratiques professionnelles dans le champ de la vaccination dans le cadre des actions de formation continue notamment.
- 6 Réaffirmant avec force l'importance de la vaccination contre la grippe saisonnière, et en impulsant et promouvant la vaccination antigrippale annuelle des professionnels de santé et de leurs collaborateurs.

Sources : santepubliquefrance.fr, ordre-sages-femmes.fr

Acteur en nutrition infantile depuis plus de 100 ans,
notre volonté de mettre à la disposition des **professionnels de santé
et des parents** des laits toujours **plus sûrs** est un engagement
fondamental de notre marque.

Suite aux événements ayant conduit à une interruption complète
de notre production, nous avons choisi de revoir notre stratégie de contrôles
et de fixer de nouvelles exigences, **bien au-delà des normes
imposées par la réglementation**, pour atteindre aujourd'hui
un niveau de sécurité inédit sur le marché.



LES ENGAGEMENTS TRANSPARENCE

LABORATOIRES
Picot
Depuis 1896

3 ENGAGEMENTS POUR OFFRIR UN NIVEAU DE SÉCURITÉ BIEN AU-DELÀ DES NORMES IMPOSÉES

1

5 X PLUS D'ÉCHANTILLONS contrôlés qu'imposé par la réglementation.

Nos échantillons sont confiés à plusieurs laboratoires indépendants, accrédités par les instances officielles et aux méthodes d'analyse différentes.



2

UN ACCÈS IMMÉDIAT AUX CONTRÔLES RÉALISÉS, via un QR code sur chaque boîte.

Ce code à flasher permet d'accéder en ligne au parcours de contrôles de chaque lot.



3

UN LAIT LOCAL COLLECTÉ AUPRÈS D'ÉLEVEURS PARTENAIRES, engagés à travers une charte de qualité.

Notre charte «Cap sur l'Avenir», certifiée par un organisme indépendant, engage nos éleveurs partenaires sur la traçabilité, la qualité de l'alimentation, le bien-être animal et l'hygiène des installations.



Canada

Les produits ménagers peuvent perturber aussi le microbiote des nourrissons !

Selon une étude canadienne présentée dans Canadian Medical Association Journal (CMAJ), les enfants exposés aux produits ménagers dans leur habitat auraient un équilibre métabolique perturbé et un risque d'obésité augmenté. Pour aboutir à ces conclusions, les auteurs de l'étude ont étudié la flore intestinale de 757 nourrissons entre 3 et 4 mois, leur poids à 1 et 3 ans et leur exposition aux détergents. Les bébés les plus exposés (au moins une fois par semaine) présentaient un microbiote altéré : moins de bactéries Haemophilus et Clostridium et plus de Lachnospiraceae. L'IMC de ces enfants à 3 ans était aussi plus élevé (p 0,02).

Si la compréhension de ces mécanismes nécessite des études complémentaires, les auteurs suggèrent néanmoins l'utilisation de produits écologiques pour réduire l'impact des produits ménagers sur le microbiote des enfants.

Source : Postnatal exposure to household disinfectants, infant gut microbiota and subsequent risk of overweight in children CMAJ September 17, 2018 190 (37) E1097-E1107;

DOI: doi.org/10.1503/cmaj.170809

www.cmaj.ca/content/190/37/E1097

Il était une fois le premier homme sage-femme

Le premier homme au Québec a achevé sa formation pour devenir sage-femme. Mais Louis Maltais a un parcours bien atypique ! Ex-artiste dans un cirque, il a consacré quatre années pour cette reconversion professionnelle et parvenir à son but ultime : vivre sa passion !

Son histoire a suscité intérêt, si bien qu'un film documentaire « Un homme sage-femme » a été tourné pendant son parcours initiatique.

Un Homme sage-femme - bande annonce : vimeo.com/245433060

www.facebook.com/unhommesagefemme/



USA

La natalité baisse, les mères de plus de 35 ans augmentent et les risques aussi...

L'évolution sociologique, le recours à la PMA sont venus modifier la natalité et les comorbidités maternelles et néonatales aux USA. La cohorte rétrospective « Perspective Database » a montré qu'entre 2006 et 2015, la natalité avait augmenté pour les 30-34 ans de 18%, de 26% pour les 45-54 ans alors qu'elle a chuté de 15% chez les 18-24 ans. Cette augmentation de naissance vers des âges plus avancés n'est pas dénuée de risque pour ces femmes. On retrouve une fréquence plus importante chez les 45-54 ans de pré-éclampsie (10,4% vs 6,1% entre 40-44 ans), un taux accru de césarienne (62,8% vs 31,7% pour les 25-29 ans). De façon générale, cette tranche d'âge présentait le plus grand risque pour développer une pathologie maternelle grave (5,3% vs 1% chez les 35-39 ans)...

Source : Sheen J-J, Wright JD, Goffman D, et coll. : Maternal age and risk for adverse outcomes. Am J Obstet Gynecol., 2018; 219: 390.e1-15.



Irlande

L'IVG légalisée officiellement

Au référendum de mai dernier, près de 66% des irlandais s'étaient montrés favorables à l'IVG. Sept mois plus tard, le 13 décembre 2018, le Parlement a voté pour sa légalisation. Une fois, en vigueur, la loi prévoira d'autoriser l'IVG sans condition jusqu'à 12 semaines de grossesse ou dans les cas de « risque pour la vie » ou de « grave danger pour la santé » de la femme enceinte, également, en cas d'anomalie fœtale qui pourrait conduire à une mort in utero.

Sources : lemonde.fr - 20minutes.fr

MONDE

La pollution de l'air tueuse d'enfants

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 600 000 enfants sont morts dans le monde en 2016 à cause de la pollution de l'air. Un bien triste constat issu d'un rapport diffusé à l'occasion de la 1re conférence mondiale sur " la pollution de l'air et la santé" d'octobre dernier.

Les points forts du rapport mettent en évidence que :

→ Chaque jour, 1,8 milliard d'enfants de moins de 15 ans dans le monde respirent un air tellement pollué que leur santé est gravement mise en danger.

→ La pollution de l'air cause des infections pulmonaires aiguës des voies inférieures et nuit au développement neurologique.

→ Chez les moins de 5 ans, la pollution de l'air entraîne 1 décès sur 10.

Source : communiqué de presse - Genève- octobre 2018 - who.int/fr

Césarienne : Cette épidémie qu'il faut enrayer !

Alerte, le taux de césarienne augmente dans le monde ! Constat de l'International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) relayé dans The Lancet. Ce taux est passé de 6% en 1990 à 19% en 2014. S'il existe des disparités selon les pays : environ 20% en Europe du Nord, au-delà de 50% en Europe de l'Est, en Chine, ou bien en Amérique du Sud... Selon les auteurs, 10 à 15 % de césariennes seraient nécessaires pour des motifs médicaux et non au-delà. Cette augmentation vertigineuse n'aurait donc pas de rapport avec l'evidence-based medicine. Face à ces chiffres, la FIGO appelle l'aide des organismes gouvernementaux, de l'ONU, d'organisations professionnelles et des usagers et propose des pistes pour enrayer l'épidémie de césariennes, dont des frais identiques, quel que soit le mode d'accouchement, l'obligation pour les hôpitaux de publier leur taux de césarienne, d'améliorer l'information des patientes sur les risques et les bénéfices de la césarienne...

Source :

FIGO position paper : how to stop the caesarean section epidemic
Gerard H A Visser, Diogo Ayres-de-Campos, Eytan R Barnea, Luc de Bernis, Gian Carlo Di Renzo, Maria Fernanda Escobar Vidarte, and others

The Lancet, Vol. 392, No. 10155, p1286-1287 - October 13, 2018
[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32113-5/fulltext?code=lancet-site](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32113-5/fulltext?code=lancet-site)



Cameroun Mère à 62 ans

C'est au Centre Hospitalier de recherche et d'application en chirurgie endoscopique et reproduction humaine Paul et Chantal Biya (Chracerh), qu'une Camerounaise sexagénaire a mis au monde une petite fille en octobre dernier. Elle aura attendu 30 ans pour en arriver là, entre prise en charge médicale et techniques plus traditionnelles et spirituelles, c'est grâce à une fécondation in vitro qu'elle est parvenue à son souhait de devenir maman.

Source : cameroontribune.com



Inde Première naissance issue d'une greffe d'utérus

Depuis le premier enfant né suite à une greffe d'utérus en 2014, en Suède, la prouesse médicale se généralise. Cette fois, c'est en Inde qu'un bébé a vu le jour grâce à cette technique. Avec la greffe de l'utérus de sa propre mère, la femme a mené une grossesse jusqu'au terme pour donner naissance, par césarienne, à une petite fille. En moins de 5 ans, plus d'une dizaine de bébés sont nés avec cette méthode !

Source : Sciences et Avenir



DPNI

MIEUX LE COMPRENDRE POUR MIEUX LE PRESCRIRE

VÉRITABLE INNOVATION, LE TEST DE DÉPISTAGE DE LA TRISOMIE 21 PAR ANALYSE DE L'ADN LIBRE CIRCULANT (COMMUNÉMENT APPELÉ DPNI POUR DÉPISTAGE PRÉNATAL NON INVASIF) EST UNE RÉVOLUTION DANS LE MONDE DU DÉPISTAGE PRÉNATAL. POUVOIR PROPOSER AUX COUPLES UN TEST FIABLE À PLUS DE 99%, ET SANS DANGER POUR LA MÈRE ET LE FETUS, EST UNE AVANCÉE MAJEURE. CE TEST DE DÉPISTAGE S'INSCRIT DANS LES RECOMMANDATIONS FAITES PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ EN MAI 2017.



Parole de Sages-Femmes, en partenariat avec le laboratoire de biologie médicale ABO+ membre du réseau Laborizon, a organisé une formation à destination des sages-femmes le 15 octobre dernier à Tours. Cette matinée a permis de leur expliquer comment est réalisé ce test afin de mieux le comprendre et de pouvoir l'intégrer à leur pratique quotidienne.

LE TEST DES MARQUEURS SÉRIQUES EN PREMIÈRE INTENTION

Selon les recommandations de la HAS, le test des marqueurs sériques reste l'examen de 1^{ère} intention (établi pour les grossesses monofoetales) et doit être proposé à toute femme enceinte dans son suivi de grossesse.

Ce dépistage, qui doit être réalisé au premier trimestre, repose sur un calcul qui combine l'âge maternel, la mesure de la clarté nucale fœtale (à l'échographie) et le dosage des marqueurs sériques maternels (HCG et PAPP). Sa valeur prédictive positive est de l'ordre de 1/30 à 1/35.

LE PRÉLÈVEMENT INVASIF EN CAS DE RISQUE CALCULÉ \geq À 1/250

Jusqu'à l'arrivée du DPNI, en cas de risque calculé \geq à 1/250, la seule option proposée à la patiente était un prélèvement invasif (biopsie du trophoblaste ou ponction de liquide amniotique) afin d'établir un caryotype fœtal. Ce test diagnostic, lorsqu'il suit une indication médicale, est remboursé par l'Assurance Maladie. Malheureusement, ce geste invasif est accompagné d'un risque de perte fœtale de

"Le dépistage de la trisomie 21 par analyse de l'ADN libre circulant ne nécessite qu'une simple prise de sang maternel et a des résultats très performants avec une sensibilité et spécificité supérieures à 99%."

0,5 à 1%. Dorénavant, le DPNI est une alternative fiable qui peut être proposé au couple et qui est recommandé par l'HAS si le résultat du test des marqueurs sériques calcul un risque supérieur à 1/1000.

LE DPNI : UN TEST SIMPLE, PERFORMANT, RAPIDE ET SÉCURISÉ

Le dépistage de la trisomie 21 par analyse de l'ADN libre circulant, est basé sur l'analyse de l'ADN circulant de la femme et du placenta du fœtus. Il ne nécessite qu'une simple prise de sang maternel et a des résultats très performants avec une sensibilité et spécificité supérieures à 99%. Il permet de détecter avec une forte valeur prédictive positive la présence ou l'absence d'une trisomie 21 placentaire (ainsi que pour les trisomies 13 et 18).

Théoriquement, avec sa mise en place, il permettrait de diminuer de 90 à 95% le recours aux prélèvements invasifs.

Selon le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, cette technologie devrait devenir le test de référence pour le dépistage d'anomalies chromosomiques foetales pendant la grossesse. Notons toutefois qu'il s'agit d'un dépistage et qu'en cas de détection d'une trisomie, celle-ci doit être confirmée ou infirmée sur du matériel fœtal (liquide amniotique). En effet, ce test a des limites liées principalement aux mosaïques placentaires qui peuvent induire des faux positifs comme des faux négatifs.

DPNI : LE TEST EN PRATIQUE

Ce test de dépistage doit être proposé lors d'une consultation individuelle, par un praticien qui suit la grossesse (sage-femme, obstétricien, gynécologue, médecin généraliste).

La patiente doit être informée qu'il s'agit d'un test de dépistage et non d'un test diagnostic. Les limites du test doivent lui être clairement explicitées :

- l'existence de faux positifs : mosaïques placentaires, mosaïques maternelles, jumeau évanescent
- l'existence de faux négatifs : mosaïques fœtales, triploïdies, taux trop faible d'ADN placentaire libre circulant
- il ne recherche ni les anomalies géniques ni les autres syndromes cytogénétiques de type microduplication et/ou microdélétion.

Le consentement éclairé de la patiente doit être recueilli par écrit sur un formulaire dédié ainsi que l'attestation de consultation du praticien.

La patiente peut se faire prélever dans tout laboratoire. Elle doit présenter :

- une ordonnance
- l'attestation de consultation du praticien et son consentement
- un formulaire de demande rempli avec l'indication
- ses résultats des marqueurs sériques et de son échographie du premier trimestre.

Une fois l'échantillon réceptionné dans un laboratoire spécialisé, les résultats sont disponibles dans les 5 à 7 jours ouvrés. Ils seront remis exclusivement au prescripteur. La DGS « Direction générale de la santé » vient d'annoncer à partir de Janvier 2019, sa prise en charge par l'assurance maladie en lien avec les recommandations de la HAS. Jusqu'alors son coût était de 390€, certaines mutuelles proposent le remboursement total ou partiel du test.



ANALYSER DE L'ADN FŒTAL DANS LE SANG MATERNEL, C'EST POSSIBLE !

Dès la 6^e semaine de grossesse de l'ADN placentaire est présent dans le sang maternel, et il peut être détecté dès la 10^e semaine d'aménorrhée. Sa proportion augmente au cours de la grossesse. Pour dépister une trisomie 21 par analyse de l'ADN libre circulant, il faut s'adresser à un laboratoire spécialisé car ils ne disposent pas tous des moyens techniques nécessaires. Le séquençage à très haut débit, couplé à de puissants calculs informatiques, permet de séquencer et d'analyser rapidement plusieurs millions de molécules d'ADN appartenant à la mère et au placenta. Cela permet de détecter une surexpression statistiquement significative de molécules d'ADN appartenant au chromosome 21 qui est alors imputée à la probable présence d'une trisomie 21 fœtale.

Dans tous les cas, ce test de dépistage est contre indiqué en cas de nuque épaisse (>3,5mm) et de signes d'appels échographiques et n'est pas recommandé pour le dépistage des anomalies de chromosomes sexuels ni pour les syndromes micro-délétionnels.

Sources : D'après la présentation ABO+ Biologie Médicale et Parole de sages-femmes - Agathe Plaubel, Mélanie Jimenez, Géraldine Dahan-Tarrasona

*Arrêté du 23 juin 2009 fixant « les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21 » Légifrance.

*Lo YMD et al. Presence of fetal DNA in maternal plasma and serum. Lancet.

*Chiu RW et al. Non invasive prenatal assessment of trisomy 21 by multiplexed maternal plasma DNA sequencing, large vality study. BMJ 2011 ;342 :c7401.

*Palomaki GE et al. DNA sequencing of maternal plasma reliably identifies trisomy 18 and trisomy 13 as well as Down Syndrome : an international collaborative study. Genet Med. 2012 ;14(3) :296-305.

*Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Non-Invasive Prenatal Testing of Chromosomal Abnormality using Maternal Plasma DNA. SCientific Impact Paper N°.15, March 2014.

*Communiqué du CNGOF du 17 juin 2016. Recommandation pour l'utilisation de l'ADN foetal circulant dans le sang maternel pour le dépistage de la trisomie 21.

*Journée du 16/06/2017 à Marseille- le DPNI : tout ce que vous devez savoir

*HAS - Place des tests d'ADN libre circulant dans le sang maternel dans le dépistage de la trisomie 21 foetale - 2017



Scannez le code et retrouvez un extrait de la formation du 15 octobre 2018 à Tours en vidéo !

FICHE PRATIQUE

À QUI PROPOSER CE TEST ?

La HAS a émis ses recommandations pour la nouvelle stratégie de dépistage de la trisomie 21 depuis mai 2017. Elles se limitent aux grossesses monofoetales :

- En première intention : le dépistage des marqueurs sériques combinés du 1er trimestre
- En deuxième intention : dépistage par analyse de l'ADN libre circulant ou prélèvement invasif :
 - Si le risque est compris entre 1/1000 et 1/250 : proposer le DPNI, pas de geste invasif
 - Si le risque est compris entre 1/50 et 1/250 : proposer le DPNI en 1ère intention, la patiente peut choisir un prélèvement invasif pour caryotype foetal
 - Si le risque est $\geq 1/50$, proposer en 1ère intention un prélèvement invasif pour caryotype foetal, la patiente peut choisir le DPNI

Le CNGOF a émis d'autres recommandations et le DPNI peut être proposé si :

- la grossesse est considérée à risque ($\geq 1/1000$) après le dépistage par les marqueurs sériques quelle que soit la stratégie utilisée (1^{er} ou 2^e trimestre).
- La patiente a plus de 38 ans et n'a pas bénéficié du dépistage par les marqueurs sériques
- La patiente présente un antécédent de grossesse avec trisomie 21

L'association des cytogénéticiens de langue française a également émis des recommandations pour ce test en plus de celles précédemment citées en cas de :

- Grossesse gémellaire
- parent porteur d'une translocation robertsonnienne impliquant les chromosomes 13 ou 21



& SAGE-FEMME & SAPEUR-POMPIER

CHRISTELLE FORME AUSSI À L'ACCOUCHEMENT INOPINÉ

DIPLÔMÉE DEPUIS 1996, CHRISTELLE NE S'ARRÊTE JAMAIS ! LORSQU'ELLE N'EST PAS DE GARDE AU CHU DE MONTPELLIER, C'EST EN INTERVENTION AVEC LES POMPIERS OU LE SAMU QU'ELLE S'OCCUPE DES PATIENTES. L'URGENCE N'A PLUS DE SECRET POUR CETTE EXPERTE DE L'ACCOUCHEMENT INOPINÉ !

Christelle Graf, sage-femme expert sapeur-pompier dans le département de l'Hérault, clinicienne au CHU de Montpellier et formatrice

Parole de Sages-Femmes : **Pourquoi cette envie d'élargir vos compétences avec le métier de sapeur-pompier ?**

Christelle Graf : En janvier 2000, je rentre de vacances avec ma fille de 3 ans, je me gare devant mon immeuble à Montpellier en même temps que les sapeurs-pompiers. Je reconnais le médecin sapeur-pompier volontaire de garde, c'était un anesthésiste avec qui je travaillais au CHU de Montpellier. Il intervenait pour un accouchement inopiné dans ma résidence et il m'a demandé de venir l'aider, il semblait soucieux. J'y suis donc allée avec ma fille qui a attendu dans la salle à manger...

Il s'agissait d'une femme qui n'avait connaissance de sa grossesse que depuis 2 semaines, une drôle de surprise pour le couple, et dans cette situation, pour nous aussi !

Le bébé n'était pas loin, au petit couronnement, puis 30 minutes plus tard une petite fille de 3800g est née. La mère l'a glissée de façon instinctive sous son t-shirt, c'était très beau ! Ensuite, les pompiers ont conduit la mère et l'enfant au CHU de Montpellier.

"Je souhaitais obtenir un statut qui soit en totale cohérence avec mes compétences de sage-femme..."

Je dois dire que ce jour-là, je me suis sentie complètement désarmée et l'équipe l'était aussi. C'était un accouchement, mais tellement différent de ma pratique clinique quotidienne ! De cette expérience est née l'envie d'apporter mon expertise de sage-femme aux sapeurs-pompiers et de me former au pré-hospitalier.

PDSF : **Alors vous avez donc décidé de sauter le pas et de vous former pour devenir sapeur-pompier...**

CG : En effet, je me suis lancée ! Pour intégrer le corps des sapeurs-pompiers volontaires au sein du centre de secours de Gignac, il m'aura



fallu presque 10 ans. Je n'avais pas le statut de sage-femme. J'ai appris ce qu'était un corps de sapeurs-pompiers, j'ai effectué la formation sur le feu, les accidents... J'ai signé mon 1er arrêté en 2007. J'ai toujours été considérée comme « la sage-femme » et j'ai bien compris que si je m'habillais en pompier je ne pouvais intervenir pour un accouchement inopiné ou une parturiente, je restais donc en civil...

PDSF : Aujourd'hui, vous êtes enfin sage-femme expert sapeur-pompier, comment vous êtes-vous en arrivée là ?

CG : Une nuit de juin 2012, la nuit de la fête de la musique, on m'a appelée en me disant qu'une gémellaire était en train d'accoucher dans mon village. J'y suis allée, je me suis retrouvée face à une patiente qui poussait, à 31 SA. Il s'agissait d'une grossesse gémellaire monochoriale, j'ai réalisé une grande extraction pour J2. Deux petits garçons sont nés, Liam et Vassily. Toute la famille se portait à merveille.

Puis de nombreux accouchements inopinés ont suivi... Je souhaitais obtenir un statut qui soit en totale cohérence avec mes compétences de sage-femme... Mais comme disait Gandhi

"Je suis une des seules en France où ma fiche opérationnelle me permet d'effectuer des interventions."

« Les opportunités ne sont pas offertes. Elles doivent être arrachées. Et cela demande de la persévérance et du courage » ! On m'a nommée en octobre 2012, sage-femme expert sapeur-pompier volontaire au SDIS 34 (Service départemental d'incendie et de secours). Je suis une des seules en France où ma fiche opérationnelle me permet d'effectuer des interventions.

PDSF : Quand vous êtes appelée pour une intervention alors que vous êtes de garde à l'hôpital, comment cela se passe-t-il ?

CG : Je donne des avis pour orienter la décision et je fais de la guidance pour les gestes par téléphone et selon l'endroit, j'essaye d'envoyer des collègues que j'ai formés.

PDSF : Quelles sont vos réflexions sur les interventions d'accouchements inopinés que vous avez effectués jusque-là?

CG : J'ai très vite constaté que le nombre d'accouchements inopinés augmentait de façon exponentielle dans l'Hérault. C'est pour cette raison que j'ai intégré l'Observatoire National des Accouchements Inopinés en France en 2013, en y incluant pour l'Hérault, en plus des équipes SMUR 34, les équipes médicales des pompiers du SDIS 34. J'en parle d'ailleurs dans mon mémoire de master 2 de sciences humaines. J'ai pu constater que sur 186 dossiers de l'Hérault, les accouchements sont rapides avec une médiane à 2h50, il s'agit essentiellement de 2^e pares à 38-39 SA qui décrivent un accouchement extrêmement rapide. L'analyse des données a montré également un pourcentage élevé de complications maternelles et néonatales et un pourcentage élevé de prématurité par rapport à la population générale

Face à ces constatations, il me semble important de former les acteurs de santé, car le pré-hospitalier est un terrain inconnu alors que les accouchements inopinés sont de plus en plus fréquents...

PDSF : Et lorsque vous n'êtes pas en intervention ou à l'hôpital ?

CG : J'interviens pour la formation du C.E.S.U (Centre d'Enseignement Des Soins d'Urgence) auprès des étudiants sages-femmes et des sages-femmes dans un institut de formation et au CHU de Montpellier. Je propose à mes collègues des cas cliniques, des manœuvres d'accouchement sur mannequin, on travaille sur les textes, la déontologie, etc, pour qu'ils se sentent le plus à l'aise possible pour intervenir dans les accouchements extra-hospitaliers.

PDSF : Une histoire marquante à raconter ?

CG : J'ai été appelée pour une patiente avec une rupture prématurée des membranes à 30 SA, alors que je devais donner des cours au Samu. Mais l'officier santé des pompiers a été suffisamment persuasif pour que je me rende au domicile de cette patiente. En chemin, j'ai réfléchi à la raison de cet appel, quelque chose ne me plaisait pas, si

bien que j'ai appelé pour me faire remplacer aux cours que je devais dispenser.

Lorsque je suis arrivée en renfort des pompiers de Gignac, c'était en fait une patiente avec une grossesse gémellaire monochoriale à 29 SA, ce n'était pas une rupture prématurée de la poche des eaux : son pantalon, le canapé et une couverture étaient imbibés de sang,

Au départ, j'ai évalué les pertes sanguines à 1,8L. Mais en fait, en tout, elle avait perdu 3L. Son col était dilaté à 9 cm. J'ai effectué le bilan immédiatement, et j'ai demandé auprès du médecin régulateur une demande de renfort médical et pédiatrique.

La première jumelle est née rapidement en présentation céphalique, puis 15 minutes plus tard, la seconde en siège. Elles pesaient chacune environ 1kg. Mais la seconde s'adaptait difficilement à la vie extra-utérine, il a donc fallu débiter des soins de réanimation. Lorsque les médecins sont arrivés, elle respirait enfin. Nous avons transféré la patiente et ses jumelles au CHU. En chemin, j'ai tenté une délivrance artificielle, mais la patiente a fait un choc, on l'a intubée, transfusée... Arrivée à l'hôpital elle s'est remise à saigner... Elle a passé 24h dans le service de réanimation. L'histoire finit bien, toute la famille est en bonne santé.

QUELS SONT VOS 3 CONSEILS POUR UN ACCOUCHEMENT EXTRA-HOSPITALIER ?

- Connaître la différence entre l'appel aux pompiers et au Samu et demander de parler au médecin régulateur pour évaluer la gravité de la situation
- Ne pas hésiter à rappeler pour demander du renfort et exprimer ses difficultés en cas d'accouchement compliqué
- Attention à l'hypothermie du nouveau-né, le séchage, le peau à peau, le port du bonnet sont très importants !

MICI ET GROSSESSE QUE FAUT-IL SAVOIR ?

EN FRANCE, LES PATIENTES EN ÂGE DE PROCRÉER ATTEINTES DE MICI (MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN) SONT ASSEZ NOMBREUSES. CES PATHOLOGIES SONT SOUVENT MAL VÉCUES PAR LES FEMMES ET PEU CONNUES PAR LES PROFESSIONNELS. QU'EN EST-IL DU PRONOSTIC DE LA GROSSESSE ET DU RISQUE DE RECHUTE EN POST-PARTUM POUR CES FEMMES SOUFFRANT DE CETTE PATHOLOGIE ? CHARLOTTE BARBOUX, SAGE-FEMME, A TRAVAILLÉ SUR CES QUESTIONS DANS SON MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES, ELLE NOUS APPORTE SON ÉCLAIRAGE.

Avec **Charlotte Barboux**, sage-femme au Mans



QUELLES DIFFICULTÉS RENCONTRENT LES FEMMES ATTEINTES DE MICI PENDANT LA GROSSESSE ?

Les MICI sont des pathologies multifactorielles qui ont tendance à être "silencieuses" durant la grossesse, et pour beaucoup de femmes, la grossesse est un vrai moment de répit dans l'histoire de la maladie. Lors d'une grossesse, l'objectif principal est de concevoir et de maintenir la MICI en phase quiescente afin d'éviter toute répercussion sur la grossesse et l'évolution de la maladie.

Parmi les 30 femmes interrogées dans mon mémoire, les difficultés rencontrées se situent surtout dans le post-partum, là où le risque de rechute est plus important. En effet, les récides de la maladie après l'accouchement sont souvent mal vécues par les patientes et représentent un obstacle à l'épanouissement maternel et à la relation mère-enfant.

COMMENT LA MALADIE IMPACTE-T-ELLE LA GROSSESSE ET VICE-VERSA ?

Même si la grossesse doit être considérée à risque chez une femme atteinte de MICI, l'issue de celle-ci est généralement favorable. Dans notre étude rétrospective et observationnelle, portant sur 129 femmes ayant accouché au CHU de Caen entre le 1er janvier 2006 et le 31 décembre 2015, 76.7% des grossesses se sont bien déroulées alors que 23.3% ont été marquées par une ou plusieurs complications obstétricales. Parmi celles-ci, on retrouvait principalement la menace d'accouchement prématuré (MAP) et le petit poids d'âge gestationnel (PAG), des données en accord avec la littérature. Du côté néonatal, les complications souvent retrouvées étaient la prématurité et l'hypotrophie néonatale.

Le degré d'activité des MICI n'a pas pu être associé à une augmentation de ces complications. Néanmoins, l'étude portait sur un faible effectif de patientes ayant une MICI active lors de la conception et durant la gestation. En regard avec d'autres études

"Parmi les 30 femmes interrogées dans mon mémoire, les difficultés rencontrées se situent surtout dans le post-partum, là où le risque de rechute est plus important"

de plus grand échantillon, il est important de considérer le degré d'activité des MICI comme un facteur de risque d'apparition et de sévérité de ces complications. Un facteur de bon pronostic est donc l'obtention d'une grossesse en période de rémission ainsi qu'un suivi pluridisciplinaire rigoureux.

En ce qui concerne l'évolution de la maladie, la grossesse n'est pas un facteur de risque de rechute lorsque la conception a lieu en phase de rémission. Néanmoins, nous avons pu mettre en évidence qu'une MICI active à la conception est un facteur de risque majeur de rechute durant la grossesse. Dans ce cas, la majorité des poussées a lieu au 1er ou 2e trimestre. La rémission de la maladie durant la période conceptionnelle et gestationnelle est donc le meilleur facteur pronostic, tant pour le déroulement de la grossesse que l'évolution de la maladie.

LA SAGE-FEMME ET LES MODALITÉS DU SUIVI DE LA GROSSESSE

Le suivi de la grossesse chez une patiente atteinte de MICI demande une surveillance particulière ainsi qu'un travail en pluridisciplinarité. Gynécologue, gastro-entérologue, sage-femme ainsi que psychologue ont chacun un rôle essentiel dans ce suivi. Lorsque la MICI est quiescente, la sage-femme peut effectuer le suivi de grossesse en collaboration avec le gynécologue, c'est pourquoi il est essentiel

de connaître les risques liés à la pathologie chez les femmes enceintes.

Dans un premier temps, la sage-femme doit informer et orienter le couple vers le gastro-entérologue avant de démarrer un projet de grossesse ou bien, si celle-ci est déjà en cours, pour réaliser un bilan de l'activité de la maladie. Après avis du gastro-entérologue, une consultation chez le gynécologue est fortement recommandée afin d'établir un calendrier de suivi et pour rassurer le couple.

Si la grossesse débute en phase quiescente, lors des consultations, la sage-femme doit évaluer le bien-être obstétrical, mais aussi gastro-entérologique. Elle peut recourir à différents scores dont le « Crohn Disease Activity Index »(CDAI), utilisé dans mon mémoire, il répertorie :

- le nombre de selles liquides ou très molles par semaine
- la présence de douleurs abdominales
- le bien-être général
- la présence de symptômes tels que la fièvre, les nausées ou vomissements, les rectorragies et l'anémie
- la prise d'un anti-diarrhéique ou autre traitement
- la prise ou la perte de poids

Si les réponses sont en faveur d'une MICI active, le suivi sera alors assuré par le gynécologue et le gastro-entérologue, de même en cas de rechute de la maladie.

Sur le plan obstétrical, les sages-femmes doivent porter une attention particulière au risque de MAP et de PAG. Il faudra aussi se montrer vigilants face aux risques de malnutrition et à l'évaluation de l'observance du traitement. En effet, beaucoup trop de femmes arrêtent spontanément leur traitement suite à la diminution des symptômes durant la grossesse, ce qui peut être à l'origine d'une rechute et d'un rebond d'activité de la MICI. Lors du suivi, l'obstétricienne posera l'indication écrite du mode d'accouchement.

Il est également important à chaque consultation de proposer aux patientes un entretien psychologique, car la maladie peut

"Afin de maintenir la maladie en rémission tout au long de la grossesse, une bonne stratégie thérapeutique est nécessaire."



être source d'angoisse et de stress ce qui peut répercuter sur la relation mère-enfant en post-partum.

QUELLES ALTERNATIVES THÉRAPEUTIQUES ?

Afin de maintenir la maladie en rémission tout au long de la grossesse, une bonne stratégie thérapeutique est nécessaire. Très peu de médicaments sont contre-indiqués durant la grossesse et justifient une substitution : le methotrexate, le thalidomide et la ciprofloxacine. Cependant, l'arrêt ou la substitution d'un traitement doit être discuté en amont avec le gastro-entérologue.

L'ECCO (European Crohn's and colitis Organisation) de 2010 recommande d'ailleurs que le traitement médical des MICI soit continué pendant la grossesse parce que les avantages l'emportent sur les risques des médicaments. Cela est également vrai pour la plupart des molécules lors de l'allaitement. Il doit donc être encouragé et encadré. Néanmoins, on sera plus vigilants avec les immunomodulateurs (comme l'azathioprine) pour le suivi de l'enfant (effets hématologiques - CRAT).

QUE FAUT-IL SAVOIR POUR LE POST-PARTUM ?

Après avoir constaté que les MICI ont tendance à être silencieuses durant la grossesse (66.7% n'ont eu aucun symptôme et 18.6% ont eu de légers symptômes durant la grossesse), nous nous sommes demandés s'il existait un risque de rechute plus important en post-partum. Peu d'études se sont intéressées au risque de récurrence après l'accouchement et les résultats en post-partum restent controversés.

Dans notre deuxième étude prospective menée sur la première année du post-partum et portant sur 30 patientes souffrant de MICI (CHU de Caen entre janvier 2014 et décembre 2015), nous avons constaté que 23.3% des patientes avaient une MICI active pendant la grossesse contre 46.7% en post-partum. Nos résultats sont donc en faveur d'un rebond d'activité de la maladie en post-partum malgré une différence non significative et probablement liée à l'échantillon de petite taille. Cependant, nous n'avons pas mis en évidence d'augmentation de complications sévères

après l'accouchement (lésion ano-périnéale ou la nécessité d'une résection chirurgicale digestive).

Par ailleurs, il semble exister un risque de rechutes des MICI dans l'année suivant la grossesse, mais ni l'allaitement maternel ni la voie d'accouchement ne sont des facteurs de risque. L'activité des MICI durant la grossesse ne prédit en rien l'évolution du phénotype de la maladie, mais une bonne stratégie thérapeutique durant la grossesse est nécessaire pour prévenir des rechutes en post-partum.

Par la suite, la visite post-natale avec un examen minutieux du périnée doit être assurée par un gynécologue et une consultation par un gastro-entérologue dans les 6 mois suivant la naissance.

De plus, il est important que les patientes soient entourées lors du retour à domicile pour ne pas accumuler trop de fatigue et de stress, car ces facteurs pourraient avoir une influence sur le risque de poussées en post-partum.

Sources : Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et grossesse : étude du pronostic de la grossesse et du risque de rechute en post-partum Charlotte Barbox. Sous la direction de Beucher Gaël En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-Femme Année Universitaire 2016/2017. Ecole de sages-femmes CHU de Caen. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01548022/document>

Amate P, Seirafi M, Bouhnik Y, Luton D, Ducarme G. Gynécologie, obstétrique et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2011 Nov ;40(7):612-19.

Ducarme G. Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) et grossesse. Livre des conférences « Maladie chroniques et grossesse : un défi raisonné ». Journée scientifique du Collège de gynécologie de Normandie. 16 Nov 2013, Le Havre

Beniada A, Besnoit G, Maurel J, Dreyfus M. Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005 Oct;34(6):581-88.

Association François-Aupetit. (Page consultée le 29/05/16). Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique. [en ligne]. www.afa.asso.fr/categorie/maladie-decrohn-rch.html

Vermeire S, Carbonnel F, Coulie PG, et al. Management of inflammatory bowel disease in pregnancy. J Crohns Colitis. 2012 Sep;6(8):811-23.

Pedersen N, Bortoli A, Duricova D, et al. The course of inflammatory bowel disease during pregnancy and postpartum: a prospective European ECCO-EpiCom Study of 209 pregnant women. Aliment Pharmacol Ther. 2013 Sep;38(5):501-12.

[24] Van Assche G, Dignass A, Reinisch W, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations. J Crohns Colitis. 2010 Feb;4(1):63-101

QUELQUES CHIFFRES

En 2015, on comptait **212 700** patients pris en charge pour une MICI

→ Parmi eux, **116 200** sont des femmes de tout âge confondu

→ Et **75 200** sont des femmes entre 15 et 54 ans, soit en âge de procréer.

Sources : Données du SNIIRAM sur les MICI en 2015



COMMENT DEVIENT-ON SAGE-FEMME EXPERT AUPRÈS DES TRIBUNAUX ?

SAGE-FEMME CLINICIENNE, ENSEIGNANTE, FORMATRICE, CATHERINE A MULTIPLIÉ SES COMPÉTENCES AU FIL DE SA CARRIÈRE. ON PEUT DIRE QU'ELLE A EXPÉRIMENTÉ QUASIMENT TOUTES LES FACETTES DE LA PROFESSION AVEC L'ENCADREMENT ET AUSSI L'EXPERTISE AUPRÈS DES TRIBUNAUX. MAIS QUE CONNAISSEZ-VOUS DE CETTE FONCTION ET DE SES MODALITÉS D'ACCESSIBILITÉ ? CATHERINE BARDIN, DÉSORMAIS RETRAITÉE NOUS APPORTE SON ÉCLAIRAGE.

Avec **Catherine Bardin**, sage-femme retraitée, Paris

Catherine Bardin a été sensibilisée dès le début de sa carrière sur les risques médico-légaux, par un médecin, chef de service expert auprès des tribunaux. L'augmentation des procédures judiciaires au milieu des années 70 a contribué à son orientation. À cette période, aucune sage-femme ne figurait parmi les experts, aucune n'était nommée pour une mission d'expertise alors que certaines voyaient leurs responsabilités engagées dans des procédures judiciaires. Quelques sages-femmes ont alors présenté leur candidature auprès des Cours d'Appel avec les encouragements des obstétriciens. Et c'est alors qu'en 1986, Catherine a commencé cette fonction d'expertise médico-judiciaire et ce, jusqu'en 2013.

Faut-il se former pour accéder aux fonctions d'expertise médico-judiciaire ? Si oui, quelles formations ?

Avant 2004, la Cour d'Appel de Paris organisait des journées de formation continue chaque année. Depuis, il existe d'autres formations destinées aux experts dans les congrès de gynéco-obstétrique, des formations spécifiques organisées par les associations d'experts, ou même un DIU dans certaines universités (comme le DIU d' « aptitude à l'expertise médicale »). Même si pour déposer sa candidature, il n'est pas obligatoire d'être titulaire d'un DIU de droit médical ou d'expertise médicale, évidemment, cette qualification supplémentaire reste très appréciée.

Comment candidater ?

Toute sage-femme française âgée de moins de 70 ans, quel que soit son mode d'exercice, peut demander son inscription sur la liste des experts des Cours d'Appel des Tribunaux de Grand Instance. L'expérience professionnelle considérée doit être supérieure à 10 ans en pratique, mais peut être variable.

« Il n'est pas obligatoire d'être titulaire d'un DIU de droit médical ou d'expertise médicale, évidemment, cette qualification supplémentaire reste très appréciée. »

Depuis la loi du 11/02/2004, relative à la modification du statut des experts judiciaires, la première demande d'inscription est probatoire (3 ans). À l'issue des 3 années, une 2ème candidature est présentée et en cas d'acceptation, la, ou le candidat est inscrit pour 5 ans renouvelables, ou pas. Les renouvellements s'effectuent tous les 5 ans sur demande ; ils ne sont pas systématiques. Pour candidater, les dossiers sont à retirer auprès des tribunaux ou sur leur site internet, ils doivent obligatoirement contenir une copie de la pièce d'identité, une copie du diplôme de sage-femme et autres DIU, DU, etc, un extrait de casier judiciaire, un CV détaillé du parcours professionnel (secteurs d'activité, durée de l'activité clinique), les formations continues suivies, des titres et travaux publiés (très important), ainsi qu'une lettre de motivation.

Quelles sont les obligations des sages-femmes experts ?

Il faut savoir que l'expert est un professionnel nommé par un juge pour une mission d'ordre clinique et technique ; il ne dit pas le droit, il ne juge pas. Mais il doit obligatoirement prêter serment, se prêter à un devoir d'impartialité, de discrétion, et d'objectivité, il a un devoir de réserve et l'expert doit aussi entretenir des relations courtoises avec les parties et les autres experts. Le respect du secret professionnel intègre également ses obligations.

L'expert doit aussi :

- Respecter et remplir la mission dans les délais fixés par le juge sous peine de nullité
- Respecter le principe de contradiction dans les réunions : toutes les parties doivent s'exprimer librement en présence les unes des autres (sauf dans le cadre d'une procédure pénale où des mises en examen sont prononcées)
- Remettre un pré-rapport à la demande du juge, celui-ci le transmettra aux parties qui peuvent contester
- Répondre à toutes les questions de la mission et rien que la mission
- Remettre un rapport définitif dans les délais demandés (sauf prolongation autorisée), signé par tous les experts

Quelles sont les différentes procédures pour lesquelles une sage-femme peut être appelée ?

Il s'agit de tous les dossiers à risques médico-judiciaires : procédures administratives, civiles, pénales. Pour ma part, j'ai surtout une expérience dans le cadre des procédures pénales avec constitution de partie civile (2 à 3 dossiers par an).

Dans le cas de la procédure administrative, la réparation financière du préjudice est à la charge de l'établissement public (FPH), les sages-femmes salariées de la FPH peuvent être amenées à justifier la prise charge lors d'une réunion d'expertise, mais n'engagent pas leur responsabilité sauf faute détachable du service. Le délai d'introduction d'une action administrative est de 4 ans.

Dans la procédure civile, il s'agit de la réparation financière d'un préjudice subi lors de l'accomplissement de soins. L'indemnisation du préjudice est assurée par les assurances des professionnels ou des établissements hors FPH (si les établissements privés ou les

sages-femmes ont souscrit une assurance). Les indemnisations d'un handicap lourd (taux d'Incapacité Permanente Partielle) représentent plusieurs millions d'euros. Le délai d'introduction d'une action civile est de 10 ans ou plus.

En ce qui concerne la procédure pénale, l'engagement de la responsabilité pénale est individuel et personnel, associé le plus souvent en obstétrique à l'engagement de la responsabilité civile.

Si la procédure pénale est liée à une demande de réparation financière, elle reste une procédure pénale malgré tout. Dans ce dernier cas, l'indemnisation du préjudice ne pourra se faire que si la responsabilité pénale est reconnue et engagée, car le "pénal tient le civil en l'état" y compris s'il y a un préjudice physique reconnu. Dès lors que la faute pénale n'est pas reconnue, il n'y a pas de lien de causalité donc pas d'indemnisation. Dans ce cas, il faut envisager la réparation au titre de l'aléa thérapeutique. Dans ce type de procédure, la responsabilité est engagée pour un délit constitué sur la base des articles suivants du Code pénal :

- Atteinte involontaire à la vie ou homicide involontaire
- Atteinte à l'intégrité physique
- Mise en danger de la personne, délaissement, non-assistance, omission de porter secours

Les sanctions sont des amendes et peines de prison (avec sursis en général). L'indemnisation du préjudice est en sus dès lors que la responsabilité pénale est reconnue. Le délai d'introduction d'une action pénale est de 3 ans.

Pour quels types de dossiers peut-on être sollicité ?

- L'hypoxie fœtale in utero par défaut d'analyse et d'interprétation du tracé du rythme cardiaque fœtal, sous-estimation de l'état fœtal



« Les experts entendent les parties et recueillent leurs dires. Puis la rédaction du rapport se fait à partir de tous les éléments recueillis »

- Le défaut de maîtrise de la technique des épreuves du travail, dynamique ou mécanique : négligence ou méconnaissance des signes de disproportion foeto- pelvienne, négligence des tracés de contractions utérines, signes de pré-rupture ou rupture utérine non diagnostiqués
- Le défaut de maîtrise des gestes de réanimation néonatale dans le cadre de l'urgence inattendue
- L'hémorragie du post-partum immédiat : défaut de surveillance, sous-estimation des pertes sanguines, prise en charge tardive ou inappropriée
- Les manœuvres obstétricales non maîtrisées: ex: dystocie des épaules (atteinte à l'intégrité physique - cas extrêmement rare)

Les conséquences immédiates et à long terme des hypoxies ou anoxies fœtales constituent la très grande majorité des procédures pénales engagées contre les sages-femmes.

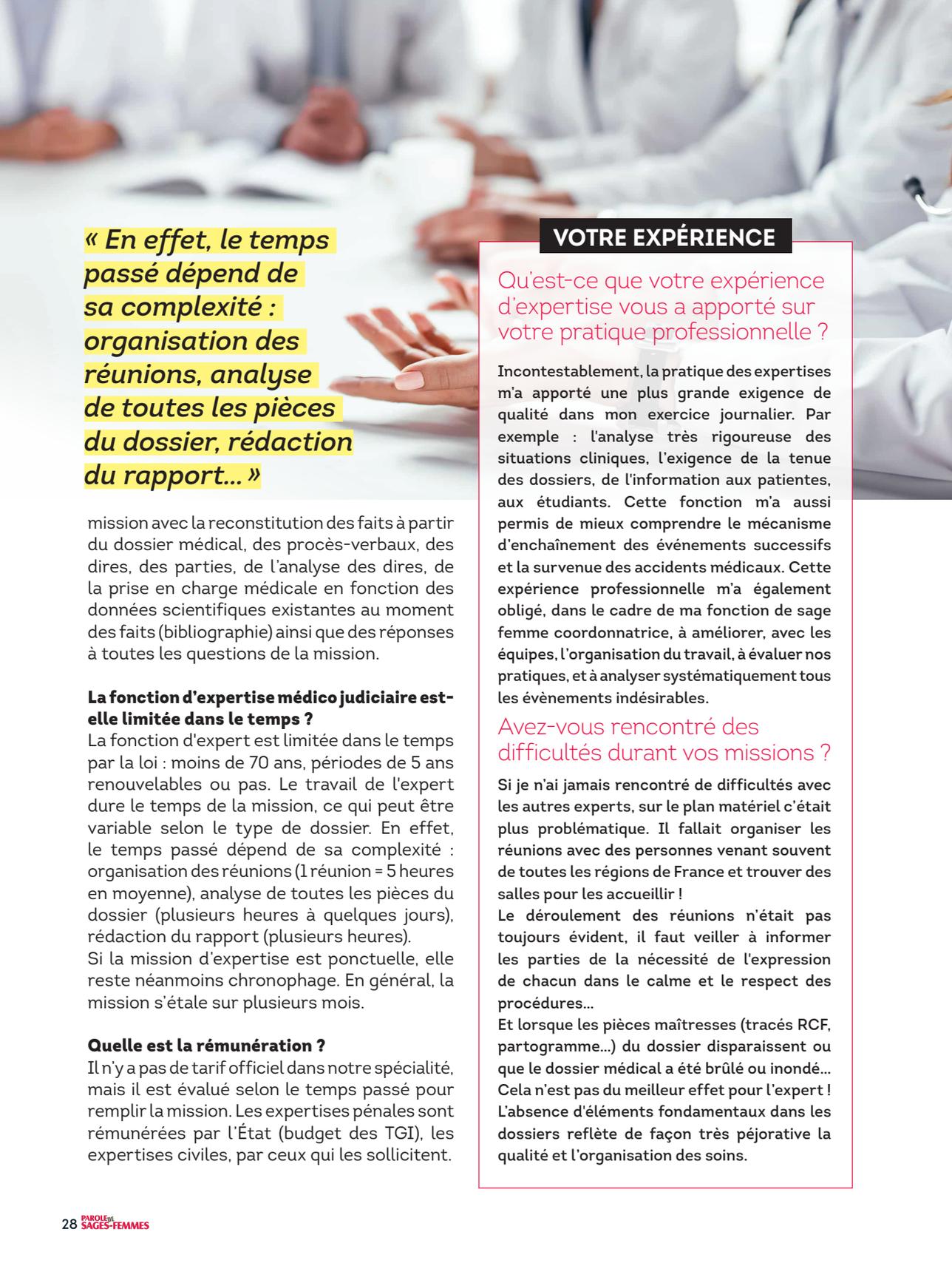
Quel sera le rôle de l'expert dans ce type de dossier ?

En résumé, l'expertise doit éclairer le magistrat sur les faits, les techniques de la prise en charge de la grossesse, du déroulement du travail, de l'accouchement, du nouveau-né à la naissance, de la surveillance mère/enfant dans les suites de couches immédiates et au-delà des 24 heures.

Les experts évaluent l'organisation des soins dans l'établissement, dans le service et le secteur concerné : moyens matériels et humains, procédures de soins, protocoles, formation continue, évaluation des pratiques, gestion des événements indésirables...

Ils analysent la prise en charge médicale mentionnée dans le dossier (qui fait quoi, quand et comment, pourquoi?), la prise en charge était-elle conforme aux données scientifiques actuelles, y a-t-il eu un manquement aux règles de l'art, négligences, omissions, imprudences, y a-t-il eu une prise en charge défectueuse ? Pourquoi ?

Les experts entendent les parties et recueillent leurs dires. Puis la rédaction du rapport se fait à partir de tous les éléments recueillis. Ceux-ci permettent de répondre aux questions de la



« En effet, le temps passé dépend de sa complexité : organisation des réunions, analyse de toutes les pièces du dossier, rédaction du rapport... »

mission avec la reconstitution des faits à partir du dossier médical, des procès-verbaux, des dires, des parties, de l'analyse des dires, de la prise en charge médicale en fonction des données scientifiques existantes au moment des faits (bibliographie) ainsi que des réponses à toutes les questions de la mission.

La fonction d'expertise médico judiciaire est-elle limitée dans le temps ?

La fonction d'expert est limitée dans le temps par la loi : moins de 70 ans, périodes de 5 ans renouvelables ou pas. Le travail de l'expert dure le temps de la mission, ce qui peut être variable selon le type de dossier. En effet, le temps passé dépend de sa complexité : organisation des réunions (1 réunion = 5 heures en moyenne), analyse de toutes les pièces du dossier (plusieurs heures à quelques jours), rédaction du rapport (plusieurs heures).

Si la mission d'expertise est ponctuelle, elle reste néanmoins chronophage. En général, la mission s'étale sur plusieurs mois.

Quelle est la rémunération ?

Il n'y a pas de tarif officiel dans notre spécialité, mais il est évalué selon le temps passé pour remplir la mission. Les expertises pénales sont rémunérées par l'État (budget des TGI), les expertises civiles, par ceux qui les sollicitent.

VOTRE EXPÉRIENCE

Qu'est-ce que votre expérience d'expertise vous a apporté sur votre pratique professionnelle ?

Incontestablement, la pratique des expertises m'a apporté une plus grande exigence de qualité dans mon exercice journalier. Par exemple : l'analyse très rigoureuse des situations cliniques, l'exigence de la tenue des dossiers, de l'information aux patientes, aux étudiants. Cette fonction m'a aussi permis de mieux comprendre le mécanisme d'enchaînement des événements successifs et la survenue des accidents médicaux. Cette expérience professionnelle m'a également obligé, dans le cadre de ma fonction de sage femme coordonnatrice, à améliorer, avec les équipes, l'organisation du travail, à évaluer nos pratiques, et à analyser systématiquement tous les événements indésirables.

Avez-vous rencontré des difficultés durant vos missions ?

Si je n'ai jamais rencontré de difficultés avec les autres experts, sur le plan matériel c'était plus problématique. Il fallait organiser les réunions avec des personnes venant souvent de toutes les régions de France et trouver des salles pour les accueillir !

Le déroulement des réunions n'était pas toujours évident, il faut veiller à informer les parties de la nécessité de l'expression de chacun dans le calme et le respect des procédures...

Et lorsque les pièces maîtresses (tracés RCF, partogramme...) du dossier disparaissent ou que le dossier médical a été brûlé ou inondé... Cela n'est pas du meilleur effet pour l'expert ! L'absence d'éléments fondamentaux dans les dossiers reflète de façon très péjorative la qualité et l'organisation des soins.

Itinéraire d'une sage-femme échographiste en libéral

CANON : Pouvez-vous nous présenter votre parcours professionnel ?

ANAIIS : Je me suis installée en tant que sage-femme libérale il y a trois ans, je faisais essentiellement du suivi de grossesse, de la préparation à la naissance, du suivi post partum et de la gynécologie.

Nous sommes un cabinet de plusieurs sages-femmes et rapidement nous avons pensé à proposer aux femmes un accompagnement global. C'est-à-dire leur proposer un plateau technique afin de réaliser les accouchements en structure hospitalière. Mes collègues ont donc commencé à réaliser les accouchements en plateau technique et moi je me suis formée à l'échographie.



Anais Bouland, sage-femme échographiste à Colombes (92700)

CANON : Qu'est-ce qui vous a poussé à vous installer en tant que sage-femme échographiste ?

ANAIIS : Lors de ma formation au D.I.U d'échographie j'ai pu être accompagnée par les sages-femmes de la maternité de Colombes. A l'obtention du diplôme, un vrai lien ville - hôpital s'est tissé ce qui m'a rassuré dans mon installation, et ce qui me permet à ce jour de travailler en réseau avec le CPDPN de la maternité de Louis Mourier. Je ne sais pas si j'aurais pris le risque de m'installer si je n'avais pas eu la chance d'être formée par une sage-femme de cette maternité. Cela me permet aujourd'hui de travailler sereinement avec des sages-femmes et des médecins en qui j'ai une totale confiance.

CANON : vous avez fait récemment l'acquisition d'un échographe Canon Aplio 300 HD Platinum. Quels ont été vos critères de sélection dans le choix de l'échographe ?

ANAIIS : Quand j'ai décidé de m'installer, j'ai tout de suite contacté un commercial de Canon Medical car lors de mes études je me suis formée sur un Aplio 300 ; cela me semblait donc logique de poursuivre sur ce type d'échographe.

Le commercial est très réactif et a pu m'aider dans mes démarches notamment financières. Il a également pu me donner des délais fiables de livraison ce qui m'a permis de commencer les échographies dès l'ouverture du cabinet.

CANON : Quelle utilisation faites-vous de cet appareil ?

ANAIIS : L'Aplio 300 me permet la réalisation des échographies obstétricales de datation, 1er 2e et 3e trimestre, et me permet également de vérifier le positionnement d'un dispositif intra utérin.

CANON : Etes-vous satisfaite des performances de l'Aplio 300 lors des examens en conditions difficiles ?

ANAIIS : Lors des examens difficiles, les réglages et les explications de l'ingénieur d'applications de Canon Medical, me permettent de rendre des clichés d'une qualité très satisfaisante.

CANON : Comment s'est passée l'installation de votre échographe ?

ANAIIS : Le jour de l'installation, nous nous sommes tous retrouvés au cabinet. Les déménageurs ont installé l'échographe. L'ingénieur d'applications a commencé ses réglages tout en se mettant en relation avec mon logiciel de compte rendu. Dans la matinée, l'imprimante a été livrée et nous avons procédé à toutes les vérifications pour le bon fonctionnement des échographies et de leurs impressions. Le lendemain le cabinet ouvrait et je réalisais mes premières échographies.

CANON : Etes-vous satisfaite de l'accompagnement des équipes Canon ?

ANAIIS : Pendant 48h j'ai pu faire mes échographies accompagnées de l'ingénieur d'application Canon Medical afin d'optimiser mon image et d'augmenter ma dextérité avec l'appareil. Tout le monde a été très efficace pendant l'installation, j'en suis très satisfaite.

CANON : Recommanderiez-vous Canon Medical à une de vos collègues sage-femme échographiste souhaitant s'installer ?

ANAIIS : Je recommande vivement Canon Medical aussi bien pour l'appareil que pour leur professionnalisme. Il y a un vrai suivi, ce qui me permet de travailler en toute sérénité.

Canon
CANON MEDICAL

Made possible.

Made For life

* Rendre possible.
Pour la vie

L'échographe Aplio 300 est un dispositif médical d'imagerie diagnostique ultrasonore de classe IIa destiné à être utilisé par un professionnel de santé qualifié. Evaluation de la conformité CE par l'organisme de certification TÜV Rheinland (0197). Fabriqué par CANON MEDICAL SYSTEMS. Pour un usage correct du dispositif médical, nous vous invitons à lire attentivement les instructions fournies dans les manuels d'utilisation. Pour la situation au regard du remboursement par les organismes d'assurance maladie, consultez les modalités sur www.ameli.fr
19/11/2018





DOSSIER

GROSSESSE ET **ADDICTIONS**

TOUR D'HORIZON SUR LES PRINCIPALES ADDICTIONS ET LEURS EFFETS SUR LA GROSSESSE ET L'ENFANT

LE PLUS SOUVENT, LES FEMMES CONSOMMATRICES DE SUBSTANCES TOXIQUES SONT EN ÂGE DE PROCRÉER (15-40 ANS). AVEC DES RISQUES SUR LA GROSSESSE, SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET L'IMPACT SUR LA RELATION MÈRE-ENFANT, CES FEMMES SOUVENT POLYTOXICOMANES, PEUVENT AUSSI SE RETROUVER EN SITUATION D'ISOLEMENT ET DE PRÉCARITÉ. FAISONS LE POINT SUR LES PRINCIPALES ADDICTIONS !

Dossier coordonné par G.Dahan-Tarrasona



Avec la participation de **Corinne Chanal**, sage-femme référente périnatalité et addictions au réseau périnatal et régional Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon et présidente du Groupe d'Étude Grossesse et Addictions

 Quelques chiffres



Les effets sur la grossesse et le fœtus



Les complications néonatales et sur l'enfant

LE TABAC

Près de 4000 substances identifiées dans la fumée de cigarette



Selon le baromètre santé 2017, 27,9% des mères, d'enfants de cinq ans ou moins, fumaient alors qu'elles étaient enceintes. Parmi les femmes ayant arrêté la cigarette pendant la grossesse ou bien à l'annonce de celle-ci, 84,7 % ont recommencé à fumer après l'accouchement.



Grossesse extra-utérine (GEU) (dose dépendante), fausse-couche spontanée (FCS), placenta prævia, rupture prématurée des membranes (RPM), menace d'accouchement prématuré (MAP), mort fœtale in utéro (MFIU), une surmortalité fœtale du 3^e trimestre est démontrée (11% des MFIU attribuées au tabagisme), retard de croissance intra-utérin (RCIU).



Altération de la fonction pulmonaire à la naissance, mort inattendue du nourrisson (MIN), les infections respiratoires dans l'enfance et l'adolescence, des troubles de l'attention, l'hyperactivité...

L'ALCOOL

Le Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) est la 1^{ère} cause de handicap mental non génétique « évitable » à la naissance



Près de 11,7 % des mères d'enfants de cinq ou moins consommaient de l'alcool au cours de leur dernière grossesse (Baromètre santé 2017). Parmi elles, 10,7 % consommaient de l'alcool pour les grandes occasions, moins de 1%, plus d'une fois par mois, mais moins d'une fois par semaine, et moins d'1% une fois par semaine ou plus.



FCS, RCIU, MFIU.

En ce qui concerne le fœtus, l'alcool peut entraîner une toxicité cellulaire majeure (cœur, cerveau) et des risques malformatifs cérébraux, génitaux, oculaires...



Le SAF (dysmorphie caractéristique, rétrécissement des fentes palpébrales, écrasement de la racine du nez avec retroussement de l'extrémité, philtrum indistinct et convexe, hypoplasie de la mâchoire inférieure), des éventuels syndromes de sevrage si l'alcoolisation est quotidienne jusqu'à l'accouchement, des troubles du développement cognitif et comportemental, parfois isolés et découverts tardivement, aussi des retards mentaux.

LE CANNABIS

(Marijuana ou « Hash »)
400 substances dans la Marijuana
dont les concentrations et les
effets pharmacologiques varient



C'est le produit illicite le plus consommé chez les femmes en âge de procréer. Dans l'Enquête nationale périnatale France de 2016, 2,1 % des femmes ont déclaré consommer du cannabis durant leur grossesse.



FCS, MAP, hématome
rétro-placentaire (HRP),
RPM, RCIU, MFIU.



Si l'OMS (1997) a conclu au manque de preuve sur le cannabis et ses éventuels effets sur le développement de l'enfant, cette drogue est normalement mélangée au tabac, par conséquent, on peut supposer les mêmes risques que ceux liés au tabac ainsi que des troubles du développement et du comportement.

Des ressources pour aller plus loin

Le guide RESPADD : www.respadd.org
Le réseau périnatal naître en Languedoc
Roussillon : www.ngr.fr/ref-addictions
Espace professionnel « Alcool et grossesse » :
www.alcool-info-service.fr/Alcool/Home-Professionnels/Alcool-et-grossesse

COCAÏNE ET CRACK

Près de 45 000 enfants sont
exposés in utero par an



Il s'agit de la 2^e substance illicite la plus consommée après le cannabis. Mais les données sur la prévalence de la consommation de cocaïne pendant la grossesse en France sont mal connues, souvent extrapolées de la littérature scientifique. On estimerait alors 0,5% à 3% de femmes enceintes cocaïnomanes.



La cocaïne est un puissant vasoconstricteur qui limite le passage sanguin et l'oxygène vers le fœtus. On retrouve des risques augmentés de FCS, MAP, RCIU, SFA (souffrance fœtale aiguë), MFIU, HRP. Les complications obstétricales varient selon la dose consommée, la durée, la fréquence, l'âge gestationnel, et des autres substances consommées. Avec l'hypoxie et l'ischémie que la cocaïne peut induire, il existe également un risque tératogène.



Risque de prématurité, hypotrophie, syndrome de sevrage à type d'irritabilité, MIN, et éventuel risque d'ischémie myocardique. Parmi les études, les risques environnementaux seraient de meilleurs prédicteurs du développement mental, psychomoteur et comportemental chez l'enfant exposé in utero à la cocaïne.

LES OPIACÉS

(Héroïne, morphine, codéine, méthadone)
Consommés en traitements
chroniques, mais aussi détournés
de leurs usages thérapeutiques



En 2014, parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, 1,5 % ont expérimenté l'héroïne. Un quart à un tiers des consommateurs d'opiacés sont des femmes, le plus souvent en âge de procréer ce qui représente une fourchette approximative de 500 à 2 500 naissances par an en France, estimation stable depuis 20 ans.



Les opioïdes sont associés à un risque accru de FCS, RCIU, de MAP, MFIU, d'hypercontractibilité utérine.



Le syndrome de sevrage peut toucher les bébés dans les 24 à 72 heures après la naissance. Les symptômes sont variables en intensité et en durée (de quelques jours à plusieurs mois). Il peut se manifester chez environ 75% des enfants exposés. Il existe aussi un risque de prématurité, hypotrophie, mort subite du nourrisson. De nombreuses données montrent que les complications périnatales sont davantage liées au bas niveau socioculturel et à la précarité qu'à la consommation de produits psychotropes.

LES AMPHÉTAMINES

Des psychostimulants et
anorexigènes puissants



La proportion d'usagers actuels d'ecstasy a augmenté de manière significative entre 2010 et 2014 (de 0,3 % à 0,9 %) et a atteint ainsi son niveau maximal depuis une décennie



On retrouve les mêmes complications que la cocaïne, car les amphétamines ont aussi un effet vasoconstricteur, mais avec un effet plus important et plus prolongé, car leur demi-vie est plus longue. Pour les risques malformatifs fœtaux, les amphétamines augmenteraient le nombre d'atrésie des voies biliaires, de cardiopathie, de fente labiale et palatine.



Risque de prématurité, somnolence, troubles de la succion, syndrome de sevrage à type d'irritabilité.

Références:

Guide concernant l'usage des substances psychoactives durant la grossesse - Respadd.

Baromètre Santé 2017 Alcool et tabac. Consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse. Santé publique France.

2010 b NICE

Guillemont INPES 2006

National Survey on Drug Use and Health, 2002 SAMSHA 2003 Messinger et al.

OFDT - Drogues chiffres clés, 7e édition - juin 2017 www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2017.pdf

Llyod et Myersough 2006

Ornoy et al 1996 - Messinger et al 2004- Tropley et al 2007 Moran et al 2009

OFDT 2017 www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/barometre-sante-drogues-illicites/Enquete_nationale_perinatale_2016 http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

Etats des lieux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes. S Lamy, F Thibault Cocaïne et grossesse : quel impact sur le développement neurocognitif des enfants à long terme ? Mémoire de Diplôme d'État de sage-femme de Valentin Aude - 2013- École de sage-femme de Strasbourg.

INFORMER SANS CULPABILISER

LE SUIVI DE GROSSESSE PRÉSENTE DE NOMBREUSES OCCASIONS POUR DÉPISTER LES ADDICTIONS CHEZ LA FEMME ENCEINTE. TOUS LES PROFESSIONNELS DE PÉRINATALITÉ SONT CONCERNÉS POUR ABORDER UNE ÉVENTUELLE CONSOMMATION DE SUBSTANCES TOXIQUES DURANT CETTE PÉRIODE DE VULNÉRABILITÉ OÙ LES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DE LA MÈRE, DE L'ENFANT ET SUR L'ÉQUILIBRE FAMILIAL SONT À PRENDRE EN COMPTE.

Avec la participation de **Marie-Josée Falevitch**, sage-femme libérale sophrologue, acupuncteur



QUAND ?

Les occasions sont nombreuses pendant la grossesse : consultation de suivi, échographie, cours de préparation à la naissance ou bien à l'occasion d'une hospitalisation. Un autre moment privilégié pour échanger avec la femme enceinte ou le couple est bien celui de l'entretien prénatal précoce. Il n'est pas stigmatisant, toutes les femmes, quelle que soit leur problématique, leur angoisse sont accueillies. Il ouvre une porte pour le dialogue, peut-être que le jour du rendez-vous, la patiente ne sera pas prête à parler de ses addictions, contournera le sujet, par peur ou par honte. Cependant, elle saura que des professionnels sont prêts à l'écouter sans la juger et peut-être, osera-t-elle en parler à un futur rendez-vous ?

Pour autant, l'entretien périnatal, bien que mis en place depuis 2005, ne concerne que 28,5% des femmes et avec de grandes disparités géographiques (Enquête nationale périnatale 2016). Chaque rencontre avec une femme enceinte doit donc être saisie comme une opportunité pour aborder la question des addictions.

COMMENT ?

Une patiente consommatrice d'une ou plusieurs substance(s) toxique(s) peut éprouver de la honte, de la culpabilité. Sa peur, en fonction du type de consommation, réside souvent dans la séparation mère-enfant. Elle se trouve alors à redouter le contact avec le soignant et à manquer de confiance à son égard.

Le soignant, quant à lui, peut considérer ce sujet comme tabou ou communiquer des informations à type d'injonctions, encore moins enclines au dialogue. Pourtant, celui-ci s'impose pour favoriser l'alliance thérapeutique !

→ **Instaurer un climat de confiance**

Poser la question sur la consommation de tabac, d'alcool, de drogue aussi naturellement que celle sur l'existence d'antécédents médicaux aidera à mettre à l'aise la patiente. Elle doit être posée à toutes les patientes et non selon son milieu socio-économique, dans un climat bienveillant, avec empathie et sans jugement.

→ Dépister le type d'addiction

Il peut s'agir d'une femme qui a stoppé sa consommation à l'annonce de la grossesse, qui l'a réduite ou bien qui a poursuivi. Quoi qu'il en soit, la patiente doit être informée des risques pour elle et son bébé par le biais de brochures, de référentiels, mais aussi avec des questions ouvertes posées par le professionnel afin d'évaluer ses connaissances. Dans le cas où, elle a arrêté de fumer, de boire ou de se droguer, il reste important de la valoriser en rappelant les bénéfices de son sevrage, tant sur sa santé que sur celle de son enfant. Ainsi, l'information sur les risques de rechute dans cette période de vulnérabilité (labilité émotionnelle, transparence psychique, angoisses) est apportée sans occasionner de stress supplémentaire qui s'avérerait délétère. Si l'addiction est toujours présente : quels sont les moments, les périodes de consommation ? Une addiction peut cacher d'autres difficultés rencontrées par la patiente. Et comment voit-elle la suite : réduire davantage sa

consommation ? La stopper ? Ou bien se dit-elle incapable d'arrêter ? Chaque initiative doit être valorisée et encouragée en acceptant les limites de chaque patiente sans la culpabiliser.

→ Mieux cibler pour orienter

Une fois dépistées, ces patientes sont prises en charge de façon multidisciplinaire. C'est un travail à mener en réseau. Si la patiente accepte l'aide des professionnels, c'est pour l'accompagner au mieux durant sa grossesse, potentiellement plus à risque selon le type d'addiction : faut-il l'hospitaliser ? Renforcer le suivi obstétrical ? Rencontrer les pédiatres pour aborder les questions de sevrage, d'allaitement... ? L'orienter vers un addictologue ? Un psychologue ou psychiatre ? Une assistante sociale ? Vers la PMI ? Des associations ? Etc. C'est aussi préparer l'arrivée de cet enfant dans les meilleures conditions possible pour limiter les risques sur sa santé et favoriser la relation mère-enfant.

ATTENTION AUX IDÉES REÇUES

Idées reçues soignants

Il suffit d'arrêter
Mauvaises mères
Les patientes, issues de milieux favorisés, sont peu concernées
"C'est pas son style de consommer"
C'est souvent un problème social
Il vaut mieux fumer qu'être stressée et elle consomme peu
Si on consomme on ne peut pas allaiter
Une toxico ne peut pas être une bonne mère
Le conjoint ce n'est pas mon problème
Ce n'est pas mon rôle de repérer, d'aider
La femme n'est pas concernée par les consommations de son conjoint

Idées reçues soignés

La grossesse est la période idéale pour tout arrêter
Les institutions sont là pour me séparer de mon enfant
Si on ne boit pas tous les jours il n'y a pas de conséquences
Il ne faut pas prendre d'alcool au premier trimestre, après pas de problème
Une ivresse ne présente pas de risque
Un problème se voit à l'échographie ou à la naissance
Les substituts nicotiques sont contre-indiqués chez la femme enceinte
La bière favorise l'allaitement
Si l'on consomme l'allaitement est contre-indiqué, c'est plus dangereux de fumer au moment de l'allaitement
Il ne faut pas arrêter brutalement pour le bébé donc je continue à fumer du cannabis
Arrêter de fumer fait grossir

Source : Journée « Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : Les attentes des familles, diagnostic et prise en charge. Et si on parlait des addictions en maternité et de périnatalité en addictologie : comment améliorer la prévention ciblée et secondaire ? Dr Sarah COSCAS Psychiatre Addictologue, Hôpital Paul-Brousse et Kremlin Bicêtre (AP-HP) 06 septembre 2017

COMMENT ÉVALUER GLOBALEMENT LA SITUATION ?

	Situation simple Éléments rassurants à rechercher	Situation complexe Éléments inquiétants à rechercher
Consommation	occasionnelle	régulière
Modalité consommation	minimale	Défonce, anxiolytique, antidépresseur, somnifère, stimulant
ATCD d'arrêt	Réussite ou abstinence prolongée	Défonce, anxiolytique, antidépresseur, somnifère, stimulant
PB sociaux/familiaux	Absents ou modérés	Contexte défavorable
Contexte psychique	Pas de troubles, pas d'ATCD	Fragilité psychologique, troubles de la personnalité, ATCD de troubles dépressifs...
Polyconsommation	non	oui
Contexte obstétrical	Découverte précoce de la grossesse, suivi régulier	Découverte tardive de la grossesse, suivi irrégulier

Source : *Aborder les consommations de substances psycho-actives pendant la grossesse* ; Groupe de pilotage régional Périnatalité et addictions du Languedoc-Roussillon Rédaction 12 septembre 2008

Un outil pour accompagner en cas d'ambivalence : l'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel a été conceptualisé dans les années 80 par William R. Miller et Stephen Rollnick (psychologues et professeurs d'université aux États-Unis et au Royaume-Uni). Initialement utilisé pour des dépendances à l'alcool, il s'est depuis généralisé à d'autres fins dans le domaine de la santé, notamment pour les maladies chroniques. Cet entretien est un échange collaboratif pour « renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement ».

Il s'agit d'un outil aidant à résoudre l'ambivalence face à un changement et dans une lignée humaniste. C'est aider le patient à faire émerger les raisons pour changer dans une approche empathique et valorisante. Cet entretien se construit avec 4 processus imbriqués, d'abord « l'engagement de la relation », par l'installation d'un climat bienveillant, d'empathie pour favoriser

l'alliance thérapeutique. Puis la « focalisation », pour déterminer le comportement problématique à changer en respectant l'objectif du patient. Ensuite, « l'évocation » de ce que le changement pourra entraîner dans sa vie. Pour finir, « la planification », c'est-à-dire organiser de façon concrète l'agenda afin d'aboutir aux objectifs fixés.

Mener cet entretien nécessite 5 compétences essentielles : Poser des questions ouvertes, valoriser de façon sincère, pratiquer l'écoute réflexive, résumer (demander au patient de résumer ses idées), informer et conseiller en garantissant l'autonomie.

Pour se former à l'entretien motivationnel : afdem.org

Source : Miller W.R., Rollnick S. *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement*, trad. par Lecailler D., Michaud P., Paris, InterEditions, 2013, p.12

Références : Préparation à la naissance et à la parentalité - Recommandations professionnelles HAS - 2005 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf Enquête nationale périnatale 2016 - Rapport 2016 - INSERM et DREES - Octobre 2017 http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
Fiche technique *Aborder les consommations de substances psycho-actives pendant la grossesse (2013) du réseau périnatal naître en Languedoc Roussillon*

CAS CLINIQUE

CONSOMMATION DE TABAC, D'ALCOOL ET DE CANNABIS PENDANT LA GROSSESSE :

Exemple de prise en charge

CORINNE CHANAL EST SAGE-FEMME RÉFÉRENTE PÉRINATALITÉ ET ADDICTIONS AU RÉSEAU PÉRINATAL ET RÉGIONAL NAÎTRE ET GRANDIR EN LANGUEDOC-ROUSSILLON ET PRÉSIDENTE DU GROUPE D'ÉTUDE GROSSESSE ET ADDICTIONS. ELLE NOUS EXPOSE UNE PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE À TRAVERS CE CAS CLINIQUE.



Par **Corinne Chanal**, sage-femme référente périnatalité et addictions au réseau périnatal et régional Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon et présidente du Groupe d'Étude Grossesse et Addictions

Un gynécologue m'appelle : « Je vois en consultation une femme enceinte de 17 SA qui consomme 5 joints par jour, tu peux la voir ? » Je suis dans le service. Je reçois alors cette patiente une heure après.

À l'entretien, cette patiente est très volubile. Elle parle tout de suite du père de l'enfant. Il veut s'impliquer, mais elle le soupçonne d'une double vie. Elle présente des difficultés à aborder d'autres sujets.

Je recentre donc sur la grossesse : « Comment vous êtes-vous aperçue de la grossesse ? »

C'est une surprise. Elle a découvert la grossesse à 10 SA, car elle n'avait plus ses

régles. Elle est très contente d'être enceinte, son compagnon aussi.

QUEL SOUTIEN AUTOUR D'ELLE ?

- Sa mère est décédée quand elle avait 14 ans, elle était toxicomane et a fait une overdose.
- Son père est ravi de cette grossesse. Elle est proche de lui et le voit souvent. Il était alcoolique, il est abstinent depuis 4 ans. Ils fument du cannabis ensemble.
- Elle a été placée en famille d'accueil par sa mère à 6 ans. Elle a bien compris la démarche et s'entend bien avec cette famille avec laquelle elle garde des liens. Elle a passé le week-end chez eux pour leur annoncer sa grossesse.

SES CONSOMMATIONS DES 6 DERNIERS MOIS ?

- Elle fume 5 joints par jour et 10 cigarettes roulées. Elle n'arrive pas à diminuer. Le père de l'enfant lui met la pression pour qu'elle arrête le cannabis.
- Elle ne boit plus d'alcool depuis qu'elle a découvert qu'elle était enceinte. Elle en est très fière, car elle ne pouvait pas dormir sans 3 grandes bières fortes le soir (12 ui/j).

SES CONDITIONS DE VIE ?

- Elle habite dans un studio à 40 km de Montpellier. Elle travaillait comme serveuse saisonnière, mais elle est actuellement au chômage. Elle a la CMU. Elle n'a pas de véhicule, elle vient en bus et en tramway pour ses consultations. Son temps de trajet est d'1H20.

QUELS PROFESSIONNELS EN LIEN AVEC ELLE ?

- Elle voit un médecin généraliste, avec lequel elle s'entend bien, mais qui n'est pas au courant de ses addictions. Il a effectué la 1ère consultation de grossesse et l'a adressée au CHU de Montpellier pour une thrombopénie sévère.
- Elle a tous les rendez-vous planifiés pour ses consultations de suivi de grossesse et les échographies.

QUELLES SONT SES DEMANDES ?

Elle souhaiterait que son conjoint l'aime. Elle voudrait aussi lui montrer qu'elle peut arrêter de fumer du cannabis.

QUELLES SONT MES INQUIÉTUDES ?

- Son enfant est à risque de troubles causés par l'alcoolisation fœtale puisqu'elle a

"Je lui dis que le cannabis et le tabac ont des effets sur son bébé, mais que le plus grand souci est l'alcool en début de grossesse."

consommé 12 unités standard d'alcool par jour d'alcool jusqu'à 10 SA

- Son médecin n'est pas au courant de sa consommation de cannabis et d'alcool. Elle n'a jamais bénéficié d'un suivi en addictologie.
- Il existe un risque de rechute après la grossesse
- Son histoire est lourde, transgénérationnelle...
- Elle est loin du CHU et ne peut pas réellement s'appuyer sur son père et son compagnon

LES POINTS DE SÉCURITÉ :

- Elle demande de l'aide
- Elle a arrêté l'alcool à la découverte de la grossesse
- Elle a un suivi de grossesse avec un gynécologue en qui elle a confiance et un médecin généraliste. Elle se présente aux rendez-vous

Je mets d'abord en avant ces points positifs, puis je lui dis que le cannabis et le tabac ont des effets sur son bébé, mais que le plus grand souci est l'alcool en début de grossesse. Je lui propose d'en parler au gynécologue afin



de programmer des échographies à 18SA et 22SA. Elle est d'accord. Je la préviens des limites de l'échographie et que j'organiserai ensuite un rendez-vous avec un pédiatre, spécialiste de ce type de situation. Je lui propose un soutien proche de son domicile, en hiérarchisant les priorités :

- Orientation vers une antenne de l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en alcoologie et addictologie) pour un suivi en addictologie avec une infirmière et une psychologue.
- Une liaison vers la sage-femme de PMI pour un soutien et une mise en lien avec le réseau de proximité, un suivi social et une préparation à la naissance et à la parentalité.

Elle est favorable à ces propositions et accepte que je tienne informé son médecin généraliste.

PUIS JE PRÉVOIS DE :

- L'appeler pour un meilleur suivi des orientations
- La revoir à chaque rendez-vous gynécologique
- Préparer l'hospitalisation mère-enfant, les transmissions aux équipes, l'après-grossesse...

PAR LA SUITE :

Cette patiente a été suivie comme proposé. Elle n'a raté aucun rendez-vous. Elle a stoppé la consommation de cannabis à 17SA, a diminué le tabac à 3-4 cigarettes par jour avec un monoxyde de carbone à 8 en fin de grossesse et un traitement par patch de 21mg. Elle a accouché à 39SA+6j sous anesthésie péridurale d'une fille de 2780g avec un Apgar à 10/10. Elle est sortie de la maternité en bénéficiant d'un suivi par une puéricultrice de PMI et d'un psychologue de l'ANPAA.

L'HYPNOSE

UN OUTIL POUR SEVRER UNE ADDICTION ?



Dr Elisabeth Lafont-Battesti, médecin de Santé publique, addictologue, hypnothérapeute, conseiller Médical Référente régionale Addictions ARS PACA

L'hypnose est efficace dans la plupart des situations, elle contribue au bien-être, au lâcher-prise, lorsque la personne est volontaire et décidée à changer pour aller mieux. La rapidité de cette technique (comme thérapie brève) est un véritable atout. En effet, elle permet de travailler sur les émotions et les sensations corporelles, faisant appel à l'imaginaire, tout en faisant taire les pensées parasites pour focaliser son attention sur soi, sur sa sensorialité, sur sa sensualité, pour se laisser surprendre et laisser le temps suspendre son vol !

Lorsque je prends en charge un (e) patient (e), je réalise d'abord une anamnèse classique sur toutes les habitudes et dépendances. Ensuite, j'évalue l'entretien motivationnel pour tester sa motivation et connaître la temporalité de sa prise de conscience et où il/elle se situe dans son cheminement et sa demande.

L'hypnose est une technique où la personne doit se montrer volontaire et motivée et être acteur/actrice dans sa prise en charge (notion d'empowerment). En général, pour ce qui est de la dépendance au tabac, on retrouve souvent dans l'interrogatoire la notion d'arrêt lors de la grossesse et à la naissance de l'enfant, de manière assez spontanée (peur d'intoxiquer son bébé, avoir une bonne santé...). Pour les autres produits, c'est souvent plus difficile, il peut y avoir une demande de diminuer la consommation (RDRD : réduction des risques et des dommages) ou de prendre des traitements de substitution aux opiacés, par exemple.

Pour les pathologies duelles et les polyconsommations, les traitements et thérapies sont plus complexes, il n'existe pas de traitement ou de thérapie miracle. L'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire et la proposition de plusieurs choix de thérapies : médicamenteuse (moins indiquée pendant la grossesse et l'allaitement, car souvent iatrogène), et comportementales (psychothérapie, thérapies comportementales et cognitives ...) donnent de meilleurs résultats. L'accompagnement est primordial et les thérapies proposées doivent être du cousu main !

L'hypnose fait partie du panel thérapeutique à proposer. Son intérêt est multiple en provoquant un état modifié de conscience, l'hypnothérapeute peut proposer beaucoup de suggestions : aider dans ses choix personnels, renforcement de la motivation à se sevrer et/ou à réduire ses consommations, renforcement de l'estime de soi, amélioration de sa qualité de vie, stimulation biochimique des neuromédiateurs et du circuit de la récompense, travailler sur le déconditionnement, développer les ressources pour la gestion du manque, pour connaître de nouvelles sources de plaisir et de bien-être, pratique et principe du mindfulness (méditation de pleine conscience), visualisation positive de l'avenir proche, en plus d'autres techniques qui prendraient en charge d'éventuelles comorbidités (diagnostics de dépression, pathologies psychiatriques).

L'apprentissage de l'autohypnose représente également une aide pour les parturientes afin de gérer le manque, les frustrations, la temporalité, l'ennui, les peurs, les angoisses...

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

Nukleus 02-2017 - NISA 17/01/163845742/PM/003 - APR-PROK-1701-V1



TECHNI·PHARMA
LABORATOIRES



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

RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES ET PRIMIPARITÉ :

Quels intérêts à prendre en charge en ambulatoire ?

SELON L'ENQUÊTE NATIONALE PÉRINATALE DE 2010, LA RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES (RPM) CONCERNERAIT 10,5% DES GROSSESSES EN FRANCE ET 8% DES GROSSESSES À PARTIR DE 37 SA. ENTRE EXPECTATIVE ET INTERVENTIONNISME, LES PRISES EN CHARGE DES PATIENTES PRIMIPARES AVEC RPM DIVERGENT SELON LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS. EN L'ABSENCE DE FACTEURS DE RISQUE SURAJOUTÉS, FAUT-IL PRIVILÉGIER L'HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE À L'AMBULATOIRE ?

FLORA MICHEL, SAGE-FEMME, A TRAVAILLÉ SUR CE SUJET POUR LA VALIDATION DU DIPLÔME D'ÉTAT. VOICI LE RÉSUMÉ ORIGINAL*.



Flora Michel, sage-femme à la maternité du centre hospitalier de Toul, en Meurthe-et-Moselle

INTRODUCTION

La RPM concerne 8% des grossesses à terme. Les stratégies de prise en charge existantes étant divergentes et non consensuelles à ce jour, le questionnement quant à un déclenchement immédiat, différé, ou l'expectative dans l'attente d'une éventuelle entrée en travail spontané, reste d'actualité. Sur le lieu d'étude, un protocole intra-hospitalier a été récemment rédigé. Il donne la possibilité aux patientes présentant une RPM à terme, selon certaines conditions définies, de bénéficier d'une prise en charge en expectative à domicile de 24 à 36 heures. Ce type de prise en charge permettrait hypothétiquement, une plus grande satisfaction des patientes, et des économies pour le système de santé.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, de type avant-après protocole, a été réalisée entre 2011 et 2016. L'étude portait

sur 100 patientes dans chaque groupe. Un focus a été réalisé chez les patientes primipares. Le groupe «avant» était composé de 34 patientes hospitalisées et le groupe «après» de 62 patientes rentrées à domicile.

La population cible était constituée des patientes ayant présenté une RPM après 37 SA, avec une grossesse singleton non compliquée et un fœtus en présentation céphalique. Le bilan infectieux des patientes était négatif : CRP < 10 mg/L, prélèvement vaginal ne retrouvant pas de *Streptococcus agalactiae* et aucun signe infectieux. Elles ne présentaient pas de contractions utérines au moment du diagnostic, elles devaient présenter un examen obstétrical sans particularité, habiter à moins d'une heure de trajet de la maternité et adhérer à la prise en charge ambulatoire. Un examen cardiotocographique devait être réalisé pendant au moins deux heures en salle de naissance avant de laisser partir la patiente.

Cette étude a été réalisée grâce à l'exploitation des dossiers médicaux. Ont été pris en compte dans le



recueil de données : les critères démographiques et médicaux. Les différences étaient considérées comme significatives pour des valeurs $p < 0,05$.

RÉSULTATS

Les deux populations étaient comparables en termes d'âge, d'IMC et d'âge gestationnel ($p > 0,05$). Dans le groupe «avant», la proportion de déclenchement était de 26,50% contre 46,80 dans le groupe «après» ($p = 0,052$), et la proportion d'accouchements voie basse de 67,65% contre 56,45 ($p = 1,00$). Aucune différence significative n'a été retrouvée, concernant les délais entre la RPM, le déclenchement ou le travail spontané, et l'accouchement, ni concernant la morbidité fœto-maternelle ($p > 0,05$). Des contractions utérines douloureuses faisaient l'objet d'une manifestation plus importante de la part des patientes rentrées à domicile ($p = 0,02$).

ANALYSE ET DISCUSSION

Malgré le type d'étude, les deux populations étaient comparables et présentaient les mêmes caractéristiques. Les modalités de prise en charge des patientes (en hospitalisation ou à domicile) n'impactaient pas sur le devenir des femmes et des nouveau-nés. La présence plus importante de contractions utérines douloureuses pouvait être liée à un défaut d'information dû au manque d'exhaustivité des dossiers médicaux. Une tendance plus importante au déclenchement des patientes rentrées à domicile pouvait être liée à la crainte des professionnels d'une infection fœto-maternelle.

« La présence plus importante de contractions utérines douloureuses pouvait être liée à un biais d'information dû au manque d'exhaustivité des dossiers médicaux. »

CONCLUSION

L'étude n'a pas montré de différence de morbi-mortalité fœto-maternelle entre la prise en charge ambulatoire et la prise en charge hospitalière. Si ces résultats se confirmaient lors de prochaines études prospectives randomisées, il serait intéressant de proposer cette alternative à l'hospitalisation, lors de la période d'expectative, de manière plus généralisée et d'homogénéiser les pratiques françaises. Par ailleurs, il serait aussi judicieux de recueillir l'avis des professionnels et des patientes afin d'objectiver leurs opinions et leurs craintes sur cette prise en charge.

**La prise en charge des patientes primipares présentant une rupture prématurée des membranes à terme. Étude avant-après comparant la morbi-mortalité fœto-maternelle en hospitalisation conventionnelle versus en ambulatoire, de 2011 à 2016, à la maternité du CHRU de Nancy. Mémoire présenté et soutenu par MICHEL Flora. Directeur de mémoire : Mme LEMOINE Hélène Sage-Femme Enseignante. Université de Lorraine - École de Sages-Femmes de NANCY. 2017.*

PRÉFÉRENCES ALIMENTAIRES DE L'ENFANT: COMMENT SONT-ELLES MODULÉES IN UTERO ?

PENDANT LA GROSSESSE, LE FŒTUS EST NOURRI AVEC DES ÉLÉMENTS NUTRITIFS PROVENANT DE LA MÈRE, VIA LES ÉCHANGES PLACENTAIRES. IL BAIGNE AUSSI DANS LE LIQUIDE AMNIOTIQUE QUI LUI APORTE DE L'EAU, DES SUBSTANCES NUTRITIVES, DES ARÔMES, DES SAVEURS, DES ODEURS QUI VONT PARTICIPER À L'ÉVEIL DE SON GOÛT ET VENIR MODULER SES PRÉFÉRENCES ALIMENTAIRES APRÈS LA NAISSANCE.



Par **Christine Zalejski**, docteur en Sciences, formatrice en alimentation infantile, auteure de plusieurs livres et du site Cubes et Petits pois, dédié à la diversification, l'alimentation et la cuisine bio.

IN UTÉRO : LE DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME OLFACTIF ET GUSTATIF

Afin de capter les arômes et les saveurs, le bébé acquiert assez tôt tout « l'équipement » nécessaire, à savoir son système de succion, son système gustatif et son système olfactif.

Au début du 3^e mois de grossesse, les premiers bourgeons gustatifs et olfactifs apparaissent et à la fin de celui-ci, la bouche s'ouvre et se ferme. Les mouvements de succion sont en place permettant à bébé de sucer le liquide amniotique. Ce dernier est riche en substances multiples et il varie notamment, en fonction de l'alimentation de la mère.

Au 4^e mois de grossesse, le bébé est déjà capable de distinguer le sucré, le salé, l'acide et l'amer. Le liquide amniotique de mères indiennes est connu pour sentir et contenir des molécules présentes dans les épices (curcuma, curry...), des plats qu'elles consomment couramment.

En même temps que le système gustatif et olfactif, le système nerveux se développe permettant aux papilles « d'émettre des informations » vers les cellules nerveuses qui pourront analyser toutes les sensations liées à l'ingestion de liquide amniotique.

Au 6^e mois, le liquide amniotique est renouvelé entièrement toutes les 3 heures multipliant les occasions de découvrir une grande variété de saveurs et d'arômes.

Au début du 8^e mois, les récepteurs terminent leur maturation et le bébé s'essaie de plus en plus à déglutir ce liquide amniotique, découvrant les arômes, les saveurs, les parfums de celui-ci. Ainsi de nombreuses études ont montré que consommer un aliment en fin de grossesse comme le fenouil, la menthe ou l'ail par exemple, améliorerait son acceptation par les enfants, lors de la diversification alimentaire. Il connaît ainsi déjà l'arôme de l'aliment et la familiarisation précoce permet aux bébés de mieux l'apprécier par rapport à des bébés n'ayant pas été mis en contact avec cet arôme pendant la vie intra-utérine.



« Après la naissance, le bébé ne baigne plus dans le liquide amniotique, l'éveil au goût et la mise en contact avec de nouvelles molécules s'effectuent via le lait maternel. Celui-ci varie tous les jours en fonction de l'alimentation de la mère... »

LA GROSSESSE : LA GRANDE AVENTURE DE L'ÉVEIL AU GOÛT

Certains résultats scientifiques ont montré que le bébé a une préférence spontanée pour le lait maternel et particulièrement celui de sa mère qu'il reconnaît. À la naissance, les nouveau-nés reconnaissent l'odeur de leur mère ainsi que celle de leur liquide amniotique, leur cerveau a déjà tout enregistré. Leur palette gustative est déjà grandement étoffée en fonction de la diversité des aliments consommés par la mère pendant la grossesse. Ainsi, plus elle consommera des aliments aux arômes, aux saveurs, aux odeurs diversifiés, plus le bébé développera sa palette de goût, en analysant toutes ces molécules nouvelles mises à disposition dans le liquide amniotique.

Les besoins du bébé croissent tout au long de la grossesse, une alimentation équilibrée (parfois complétée pour certaines en vitamines et minéraux) permet de pourvoir à son développement, ainsi qu'à la santé de la future maman. Pour l'éveil au goût c'est la variété qui permettra au bébé de découvrir et de déjà enregistrer in utero des saveurs, des odeurs et des parfums. Il n'y a pas de restriction, sauf si le panel olfactif est issu d'éléments artificiels et qu'il véhicule alors des substances nocives.

Le saviez-vous ?

Le sucré est la saveur préférée des bébés, le liquide amniotique étant essentiellement sucré, c'est une saveur qu'ils aiment et qui les apaise. Par contre, les bébés rejettent facilement l'acide et l'amer. Ce rejet serait un réflexe inné et ancestral de survie, de nombreux éléments amers étant toxiques, ou vice versa.

POUR FAVORISER UNE GRANDE DIVERSITÉ GUSTATIVE CHEZ L'ENFANT

Après la naissance, le bébé ne baigne plus dans ce liquide amniotique, l'éveil au goût et la mise en contact avec de nouvelles molécules s'effectuent via le lait maternel. Celui-ci varie tous les jours en fonction de l'alimentation de la mère, en fonction du moment de la journée, des besoins, et même du sexe du bébé. Il permet de continuer à stimuler les papilles de l'enfant. Pour les mamans proposant du lait artificiel, au goût plus monotone, pensez à l'odorat ! En effet, le goût passe aussi par le nez, souvenez-vous de votre dernier rhume ? Le nez bouché, vous aviez aussi perdu le goût. N'hésitez pas à proposer aux mères de passer sous le nez du bébé, une feuille de menthe froissée, de la clémentine, de la tomate, etc. pour continuer à l'éveiller au goût.

À l'âge de la diversification alimentaire, il est important de continuer à multiplier les opportunités de découvertes en diversifiant le plus possible les aliments. Ainsi des études ont montré que de proposer au début de la diversification, tous les jours, un aliment nouveau permettait à l'enfant de mieux accepter la variété et de plus facilement ouvrir la bouche. Il est important également de répéter plusieurs fois l'opération, même si le bébé n'a pas aimé l'aliment la première fois. Au bout de 7 à 8 fois minimum, le fruit ou le légume sera peut-être finalement apprécié. Les saveurs acides ou amères doivent aussi être présentées pour qu'il puisse les appréhender.

“ TOUT CELA M'A APPRIS À ME
« CONNECTER » AUX FEMMES, À LES AIDER
À RÉDUIRE LEUR PEUR ET PRÉVENIR
DES COMPLICATIONS MÉDICALES ”

Irene Chain-Kalinowski

SAGE-FEMME EN CHINE

SA VISION DE LA MATERNITÉ ET DE L'OBSTÉTRIQUE L'A
POUSSÉE DANS SES RETRANCHEMENTS, À ALLER AU-DELÀ
DE LA TECHNICISATION, ENVAHISSANT LES HÔPITAUX. SES
VOYAGES, SES FORMATIONS ONT ENRICHIS SA PRATIQUE POUR
ACCOMPAGNER LES FEMMES EN LES AIDANT À SE CONNECTER
À CETTE ÉTAPE SI PARTICULIÈRE DE LEUR VIE : LA GROSSESSE.
RENCONTRE AVEC UNE ITINÉRANTE DE L'OBSTÉTRIQUE,
IRENE CHAIN-KALINOWSKI, SAGE-FEMME EN CHINE.

Propos recueillis et traduits par G. Dahan-Tarrasona



Parole de Sages-Femmes :

Pourquoi sage-femme ?

Irene Chain-Kalinowski : Dès mon plus jeune âge, j'ai été en quelque sorte bercée par les histoires de ma grand-mère. J'adorais l'écouter ! Elle pratiquait les accouchements dans les villages de Pologne, elle a accompagné la naissance de 13 enfants à domicile... Puis mes sœurs, je les ai vues accoucher, allaiter sur leur lit pour leur 2^e enfant. Un souvenir magnifique ! Je n'avais jamais planifié de devenir sage-femme mais ces tranches de vie ont probablement influencé ce choix...

En 1979, j'ai obtenu mon diplôme d'infirmière en Angleterre et j'ai souhaité me reconverter pour devenir sage-femme. Par contre, mon expérience de sage-femme était bien différente des naissances que j'avais vues et des histoires contées par ma grand-mère. J'ai appris aussi

pourquoi mes sœurs avaient refusé de donner naissance à l'hôpital pour leur 2^e enfant : un accouchement trop médicalisé pour la première naissance... Elles me disaient « *tu devrais travailler dans une banque et ne pas être sage-femme !* ». Malgré tout, une force me poussait à poursuivre dans cette voie.

PDSF : Qu'avez-vous constaté une fois sur le terrain ?

ICK : Mes nombreux voyages ont enrichi ma pratique professionnelle et mes réflexions sur l'accompagnement des femmes. J'ai travaillé en Angleterre, en Arabie saoudite, là où j'ai rencontré des femmes bédouines. Elles accouchaient sans crainte, 90% des naissances se déroulaient sans complication et avec peu d'interventions. Quinze ans plus tard, lorsque j'y suis retournée, le taux de césarienne était de

« Il est important que la femme se connecte avec son corps et son bébé et qu'elle comprenne les processus physiologiques de la grossesse et de la naissance. »

25%, les femmes redoutaient l'accouchement. Les hôpitaux se sont agrandis et les interactions avec les femmes appauvries...

Puis, j'ai exercé en Nouvelle-Zélande, d'abord en hôpital privé où l'on prodiguait des soins très médicaux. Je me disais qu'il y avait forcément de meilleures façons de prendre soin des mères et des nouveau-nés... Puis, une opportunité s'est offerte à moi pour devenir sage-femme libérale.

PDSF : Qu'est-ce cette activité libérale a changé pour vous ?

ICK : J'ai entamé une réflexion sur une approche holistique. Je me suis formée à l'homéopathie pendant 4 ans, je suis partie au Mexique pour découvrir des pratiques traditionnelles complémentaires, j'ai effectué des recherches sur la diététique, les approches naturelles...

Tout cela m'a appris à me « connecter » aux femmes, à les aider à réduire leur peur et à prévenir certaines complications médicales. Mon exercice libéral mené dans le respect de la physiologie et dans une approche globale fut une expérience magnifique de 20 années, que je transmets d'ailleurs dans mon ouvrage « My body, my baby ».



My Body My Baby
Irene Chain-Kalinowski

PDSF : S'ouvrir à d'autres perspectives pour prendre en charge les femmes, est-ce toujours bien accueilli par d'autres professionnels ?

ICK : Cette vision de la maternité a fait aussi de moi une sage-femme vulnérable, puisque celle-ci ne convenait pas certains soignants. L'intimidation, l'agressivité ne m'ont pas épargnée... Nous faisons un métier formidable, aussi beaucoup de sacrifices pour l'exercer, mais nous devons garder en tête une chose : combattre tous les systèmes qui vont à l'encontre des lois naturelles !

J'ai écrit un livre « With woman, with midwife, with me », je l'ai dédié à une collègue sage-femme, souffrant d'un burn-out. Soyez forte, courageuse, faites mieux pour les femmes, luttiez pour ce qui est juste, croyez en vous-même et n'ayez pas peur de remettre en cause les systèmes !

PDSF : À présent, vous vivez en Chine...

ICK : En effet, Meng Xue sage-femme fondatrice de la confédération des sages-femmes chinoises m'a contactée pour l'assister. J'ai accepté d'accompagner cette femme passionnée et je suis désormais conseillère experte en maïeutique en Chine. On a développé le Modern Maternity Midwifery System (MMMS) grâce aux obstétriciens et sages-femmes du monde. On forme les professionnels à prendre en charge les femmes pour favoriser leur santé physique et émotionnelle et à prévenir les complications de la grossesse. Il est important que la femme se connecte avec son corps et son bébé et qu'elle comprenne les processus physiologiques de la grossesse et de la naissance. Le programme offre un concept universel de soins mixés avec des thérapies complémentaires. Les connaissances médicales sont indispensables, et travailler ensemble dans une approche globale est essentiel pour prévenir des complications et améliorer la santé des parturientes et des nouveau-nés.

En savoir plus sur l'ouvrage « My body, My baby » sur paroledesagesfemmes.com
paroledesagesfemmes.com/infos-pratiques/bibliotheque/my-body-my-baby

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



« LA RECONNAISSANCE : DEUIL PÉRINATAL, QUAND LA PAROLE LIBÈRE »

Lorsqu'une naissance s'annonce, mais que la vie s'arrête ou va s'arrêter précocement, ce « coup de tonnerre dans un ciel serein » est une véritable étape dévastatrice pour les parents. À

traverser une quinzaine de témoignages poignants et émouvants, Danielle Schroder, propose d'aider les parents qui ont perdu un bébé à la suite d'une mort fœtale in utero ou d'une interruption médicale de grossesse.

Avec empathie et sans jugement, elle les accompagne à surmonter le deuil périnatal. Elle-même, « Mami'ange », elle est aussi l'auteure de « Maman et pourtant - De la vie à la mort in utero », un livre, où elle raconte son histoire personnelle.

La reconnaissance - Le deuil périnatal, quand la parole se libère de Danielle Schroder - Éditions Edilivre, 16,50€.



LE GRAND LIVRE DE MA GROSSESSE NOUVELLE ÉDITION

Dans « Le grand livre de ma grossesse », les experts du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), des médecins, des sages-femmes, des pédiatres, des pédopsychiatres... délivrent des conseils aux parents pour que l'aventure de la grossesse soit vécue le plus sereinement possible. Cette

édition 2019-2020 propose près de 140 schémas explicatifs, 45 échographies analysées, des conseils et témoignages de mères ainsi que les nouvelles recommandations des autorités de santé.

Le grand livre de ma grossesse - CNGOF Pr J.Lansac, Pr B. Hédon, Dr N.Eurard. - Éditions Eyrolles - 26,90€.



PRÉPARATION PHYSIQUE À L'ACCOUCHEMENT ET AU POST- PARTUM AVEC LA MÉTHODE GUILLARME

La grossesse et l'accouchement sont des événements de la vie d'une femme où le périnée est particulièrement sollicité. C'est pourquoi aborder la préparation à la naissance c'est parler périnée, et pour un travail global, c'est

aussi préparer les muscles abdominaux, lombaires, la posture corporelle ainsi que la respiration.

Dans l'ouvrage « Sauvez votre abdomen et votre périnée », la méthode Guillaume combine des exercices pour parvenir à cet objectif et prévenir des différents dysfonctionnements posturo-abdomino-périnéaux de cette période. Basée sur la respiration, plus spécifiquement sur la poussée régulée par l'utilisation d'un souffleur, la méthode Guillaume propose des exercices pour faciliter l'expiration et gérer les contractions utérines de l'accouchement. De nombreuses illustrations et plusieurs témoignages de mères, utilisatrices de cette méthode pour un accouchement voie basse comme pour une césarienne, viennent enrichir l'expérience et la réflexion approfondie de l'auteur.

Sauvez votre abdomen et votre périnée de Luc Guillaume et Elie Guillaume - Éditions Frison-Roche- 20€



LES SECRETS D'UN ALLAITEMENT RÉUSSI

Dans cet ouvrage, Céline Dalla Lana, sage-femme et consultante en lactation IBCLC dévoile « les secrets d'un allaitement réussi » basés sur son expérience et sur l'évidence-based medicine pour allaiter sans difficulté. Lactation

timide, creuvasse, abcès ou bien rythme des tétées, chaque problématique trouve une solution. Et pas de panique pour les situations particulières (jumeaux ou plus, allaiter après une césarienne, le co-allaitement...), l'auteure suggère toujours une alternative pour que l'allaitement devienne le plus naturel et le plus simple possible.

Les secrets d'un allaitement réussi de Céline Dalla Lana - Éditions Frison-Roche - 24 €



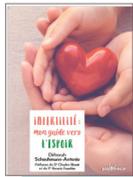
DES CHRONIQUES QUI DÉVOILENT LES COULISSES DE LA PROFESSION SAGE-FEMME

Explosive, la « Chronique du périnée », c'est l'émission de « C'est promis, c'est Jacky ». Il vous donne rendez-vous pour 8 chroniques en compagnie de Lucile, la « sage-femme de garde » sur France Inter. Attention, pas de tabou, tout est permis chez Jacky !

Lucile en a tant à dire sur la profession, surtout lorsque l'auteure a 25 ans de carrière. Des réflexions, des anecdotes,

de la fiction, mais aussi un condensé d'expériences professionnelles que Catherine Coq, l'auteure, assume en tant que sage-femme. Au fil des pages, des sujets d'actualité, des coups de gueule, dont les violences, faites aux femmes, aux sages-femmes « *dans une maternité, il est très difficile d'accepter qu'une sage-femme ait un cerveau comme tout le monde !* », l'épidémie des « maternités tentaculaires », le manque de reconnaissance de la profession... Loin du cliché rose bonbon, l'envers du décor de la profession est sous les projecteurs, Lucile prend « *la parole pour toutes celles qui se taisent* ». Insolite, touchant, « drôle, profond, détonnant », l'ouvrage s'adresse aussi bien aux sages-femmes qu'au grand public !

La chronique du périnée de Catherine Coq – Éditions Le Passeur – 21,90€
Découvrez l'interview de Catherine coq sur www.paroledesagesfemmes.com



LE GUIDE DE L'INFERTILITÉ

Alors qu'un couple sur six rencontre des difficultés pour concevoir, ce guide propose des pistes pour affronter le chemin de la procréation médicalement assistée, parfois semé d'embûches. Des questions, autant médicales que personnelles, émergent. S'aventurer vers cette option pour devenir parents peut se transformer en un véritable parcours du combattant : jusqu'où aller ? Comment préserver sa vie de couple ? Comment mieux vivre cette étape de la vie ? etc.

Infertilité : Mon guide vers l'espoir de Deborah Schouhmann-Antonio - Éditions Jouvence - 14,90€

DANS MON SMARTPHONE DE PRO



QUAND DÉBUTER LA PHOTOTHÉRAPIE ? L'APPLICATION QUI DONNE UN COUP DE POUCE AUX PROFESSIONNELS

L'application BiliCalc utilise les recommandations de l'Académie américaine de pédiatrie sur "la gestion de l'hyperbilirubinémie chez les nourrissons de plus de 35 semaines d'âge gestationnel".

En utilisant le nomogramme de Buthani, cet outil permet de calculer le seuil de début de photothérapie en fonction de l'âge, du taux de bilirubinémie et du risque de neurotoxicité.

BiliCalc, sur App Store (2,29€)

À noter dans vos agendas

Retrouvez tous les événements sur
www.paroledesagesfemmes.com

Les 11 & 12 janvier 2019 - Marseille

2^{es} Journées Centre Sainte-Colette

→ Inscription & informations : jcsf.fr

Le 17 janvier 2019 - Paris

Journée thématique de la Société de la Médecine de la Reproduction - La progestérone dans tous ses états

→ Inscription & informations : s-m-r.org

Les 17 & 18 janvier 2019 - Boulogne-Billancourt

10^{es} Journées des soignants « Parents-soignants : Vivre la prématurité ensemble »

→ Inscription & informations : sosprema.com

25 janvier 2019 - Paris

3^e Journée d'infectiologie périnatale

→ Inscription & informations : jpcmb.com

Les 4 & 5 février 2019 - Paris

17^{es} journées du Collège National des Sages-Femmes de France

→ Inscription & informations : cerc-congres.com

Les 7 & 8 février 2019 - Paris

4^{es} Journées du Groupe Oralité de l'Hôpital Necker - Les troubles de l'oralité alimentaire du jeune enfant : « De la théorie à la pratique »

→ Inscription & informations : infocongres.com

Les 14, 15 & 16 mars 2019 - Marseille

Le choix des armes

→ Inscription & informations : lechoixdesarmes.org

Les 28 & 29 mars 2019 - Paris

49^{es} Journées Nationales de Néonatalogie

→ Inscription & informations : infocongres.com

Les 28, 29, 30 & 31 mars 2019 - Montpellier

12^{es} Assises de sexologie et de santé sexuelle

→ Inscription & informations : aius.fr

Rétrospectives

8^{ES} RENCONTRES À 2 MAINS 2018

L'argile verte et miel pour les soins du périnée, la lactoferrine, la force du magnésium, les médecines complémentaires et la ménopause... La 8^e édition des Rencontres à 2 mains se déroulant les 14 et 15 septembre 2018 a su captiver les congressistes. Des sujets ouvrant d'autres perspectives de réflexion nécessaires pour évoluer dans sa pratique !

REMISE DES BOURSES MAÏEUTIQUES PAR LA FONDATION MUSTELA

Depuis 1982, la Fondation Mustela encourage les « travaux de recherche ou les projets sur le développement de l'enfant et la parentalité, partout dans le monde ». Elle soutient, notamment la recherche en décernant des Bourses universitaires en sociologie, psychologie, psychiatrie, pédiatrie, etc. et depuis 2012 en maïeutique. En 2018 Parole de Sages-Femmes a assisté à la présentation des projets de recherche. Deux sages-femmes françaises ont obtenu une bourse pour mener leur projet : Jade Merrer, sage-femme de recherche clinique, qui consacre sa thèse à « l'analgésie pour le travail obstétrical et la satisfaction maternelle » et Caroline



Matteo, sage-femme libérale, avec pour sujet de thèse « les déterminants de la douleur périnéale post-partum en l'absence de lésion vaginale ».

Scannez le code et découvrez la rencontre avec Caroline Matteo sur Paroledesagesfemmes.com

De nouvelles technologies pour dépister et traiter les pathologies féminines

Diagnostiquer un cancer du sein avec des technologies d'imagerie plus fiables que la mammographie standard, traiter efficacement des problèmes de sécheresse vaginale ou d'incontinence urinaire à l'effort avec un laser, c'est possible ! Et ce n'est pas dans un film de science-fiction. La sécheresse vaginale et l'incontinence urinaire concerne 30% des femmes ménopausées mais aussi celles traitées

pour cancer du sein ou de l'endomètre. Ces patientes auront désormais d'autres alternatives pour retrouver une meilleure qualité de vie. **Ces technologies de pointe, la tomosynthèse, le Computer Aid Diagnostic et le laser gynécologique Co2 fractionné, ont été présentées aux professionnels de santé en novembre dernier à la clinique l'Etoile, à Puyricard.**

Biostime®

SN-2^{BIO} PLUSTM

* 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⁽⁴⁾



Novembre 2018



DÉCOUVREZ AUSSI BIOSTIME
FERMENTS LACTIQUES

(2) Acide docosahéxaénoïque (3) Fructo-oligosaccharides (4) Lait écrémé & crème (5) 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 des indications de préparation et d'utilisation, et de suivre l'avis du corps médical.

DOCUMENT STRICTEMENT RÉSERVÉ À L'USAGE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



capri care

Le plaisir de se nourrir



Formules infantiles au lait de chèvre

Capricare® 2^{ème} âge / Croissance
Boîtes de 800g
9421025232077 / 9421025232084

Demandez conseil à votre
médecin ou pharmacien.



Lait de suite



Lait de croissance

PediAct



Capricare® peut contenir des traces de protéines de lait de vache
Avis important : le lait maternel est l'aliment idéal et naturel du nourrisson.
Bouger, jouer est indispensable au développement de votre enfant. www.mangerbouger.fr

www.pediact.com

