

# COUP D'ŒIL DU CONGRES ANSFL 2023

## Sommaire

« LE CHIFFRE DU JOUR » : 628.....

### QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 1

Favoriser le sevrage tabagique en moins de 5 minutes, en 5 questions et en 5 actions.

*Cathy meier, sage-femme tabacologue au ch de pau* .....

Article complété par l'intervention de *sébastien fleury, sage-femme coordinateur au chu toulouse*, et par l'intervention de *laurence averous, sage-femme tabacologue au ch de pau*.

### QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 2

Ivg tardives : conduite à tenir et aspects psychologiques croisés

*Armelle bertrand, gynécologue obstétricienne - chu toulouse*

*Olivia sylvestre, sage-femme orthogéniste, chu toulouse*.....

### QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 3

De nouvelles organisations de soins basées sur le réseau ville - hôpital : quand la nécessité bouscule nos certitudes.

*Jacky nizard - gynécologue obstétricien - la pitié salpêtrière paris*.....

### QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 4

Télémédecine : législation & retour d'expérience

*Michelle bachelard - sage-femme libérale - nogent sur marne*.....

### QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 5

L'intérêt et la place du dépistage de la prééclampsie au 1er trimestre de la grossesse.

*Christophe vayssiere, gynécologue obstétricien, chu toulouse*

*Anita hastoy, gynécologue obstétricienne, ch bayonne*.....

### QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 6

Ménopause : suivi par la sage-femme

*Laure senemaud herrera, sage-femme sexologue, vincennes et maison des femmes de la pitié salpêtrière paris*

Technoférence : quand les écrans font écran aux interactions parents-enfants

*Sylvie dieu osika, pédiatre - ch bondy, autrice*.....

### QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 7

Microbiote intestinal du nouveau-né : naissance d'un écosystème

*Dr alexis mosca, pédiatre en gastro-entérologie à l'hôpital debré - paris* .....

### QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 8

Sexualité et cancérologie

*Virginie gasc, psychologue clinicienne, sexologue, oncosexologue*

*Claude roux deslandes, médecin sexologue*.....

### QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 9

Prise en charge des nausées et vomissements gravidiques (nvg) et de l'hyperémèse gravidique (hg)

*Sophie levrier - fialon, gynécologue obstétricienne, ch bayonne.....*



## « Le chiffre du jour »

---

628

La consommation d'antibiotiques en médecine humaine en France est de 628 tonnes par an stables (426 tonnes en médecine vétérinaire qui ont fortement diminué) ; Ces données sont à mettre en parallèle de 125 000 infections à bactéries résistantes en France en 2015 ayant occasionné plus de 5 500 décès (> 670 000 infections en Europe).

Walter PICARD, réanimateur, membre de la Commission des Anti-Infectieux (COMAI) au CH de Pau et de plusieurs sociétés savantes, précise : avant l'ère des antibiotiques, 30 % à 50 % des décès étaient d'origine infectieuse ; cependant, la (sur) consommation entraîne une contamination des environnements - certaines molécules pouvant se dégrader en plusieurs dizaines d'années - le développement des bactéries multi-résistantes (BMR) est exponentiel. Il a donc prôné une utilisation raisonnée et une lutte contre le mésusage des antibiotiques et de l'antibioprophylaxie. Il donne comme exemple le non-recours à une absence d'antibioprophylaxie systématique lors de la réalisation des IVG chirurgicales.



## QUAND LA SCIENCE EN PARLE – ARTICLE 1

Favoriser le sevrage tabagique en moins de 5 minutes, en 5 questions et en 5 actions.

*Cathy meier, sage-femme tabacologue au ch de pau - du périnatalité et addictologie.*

Article complété par l'intervention de *sébastien fleury, sage-femme coordinateur au chu toulouse*, sur son engagement dans la démarche lieu de santé sans tabac.

Par l'intervention de *laurence averous, sage-femme tabacologue au ch de pau*, sur le repérage de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

### Intro

*Il existe autant de fumeurs que de façon de fumer. À partir d'une démarche simple d'évaluation de sa pratique professionnelle, il est possible d'encourager le sevrage tout en le personnalisant.*

### *Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)*

La consommation de tabac, bien qu'interrogée facilement, ne conduit pas systématiquement à un arrêt complet du tabagisme pendant la grossesse, pourtant souhaitable. Le tabac est en effet la première cause de mortalité et morbidité maternelle et néonatale évitable pour la grossesse. En 2021, l'enquête périnatale retrouvait 12,2 % de femmes enceintes fumeuses au 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse, en diminution comparativement à 2016 et 2010 où le taux, de 16 %, était resté stable entre les deux enquêtes précédentes. Ce constat démontre une insuffisance de la prise en charge pourtant urgente chez la femme enceinte tant par les conséquences néfastes que pour le délai limité pour tendre vers un sevrage complet. La motivation des femmes est entachée par l'importance de la dépendance et par les fausses croyances (« mieux vaut 5 cigarettes que du stress pour mon bébé »). Pourtant, il est démontré que la réduction de poids de naissance est significative dès la première cigarette et elle le reste jusqu'à 5 cigarettes jour, de même que pour le risque de prématurité, d'hématome rétro-placentaire, de placenta prævia et mort fœtale in utero parmi les principaux risques principaux identifiés. Le tabagisme pendant la grossesse est aussi identifié dans les causes associées à la mort inattendue du nourrisson.

Les fumeurs se distinguent par leur application plus ou moins grande à tirer leur latte pour atteindre le seuil individuel d'accoutumance à la nicotine. Pour s'en convaincre, il suffit d'une simple observation de mégots de cigarettes : plus ou moins longs, filtre plus ou moins attaqué, couleur en sortie de filtre plus ou moins noircie. Il faut aussi tenir compte des autres modes de consommations (tabac à rouler, narguilés, vapotes, toxicomanies associées). Les risques associés sont proportionnés au type de consommation. Les roulées peuvent ainsi correspondre à l'équivalent de 2 cigarettes (autant en taux de nicotine qu'en taux de monoxyde de carbone et de produits cancérigènes inhalés).

La consommation tabac - cannabis a une équivalence de 7 cigarettes. Un narguilé comme la chicha correspond à 30 cigarettes ! La vape semble à moindre impact et peut représenter une réduction de 95 % des risques d'où son recours possible en tremplin au sevrage mais ne doit pas le substituer au long cours.

L'accompagnement au sevrage se doit donc d'être personnalisé. Chez la femme enceinte, le contexte particulier de la grossesse doit aussi être pris en compte. La grossesse modifie le métabolisme de la nicotine et la réduction du volume respiratoire associé à l'augmentation du volume sanguin conduit à une réduction de ses taux tissulaires. La femme enceinte va alors percevoir plus de symptômes de sevrage et plus rapidement l'obligeant à intégrer des phénomènes de compensation comme tirer plus fort sur sa cigarette. Cathy meier propose alors d'auto-évaluer sa pratique professionnelle sur la question du tabac à partir de 5 questions à poser aux patientes et au co-parent. Le corollaire sera alors de proposer 5 actions immédiates d'aide au sevrage.

### 1re question : fumez-vous ?

La question fermée ne doit pas prendre la forme d'une question à choix orienté comme « vous ne fumez pas ? ». La réponse « non » à la question directe, doit amener à compléter par « avez-vous déjà fumé ? » car l'arrêt peut être précoce, à la découverte de la grossesse, il faudra alors interroger sur les stratégies mises en place par la femme fumeuse et leur facilité à s'y tenir pour les encourager et les compléter. Les motivations, souvent en lien avec le bébé, ne permettent pas une poursuite de l'abstinence dans le post-partum au cours duquel la quasi-totalité des fumeuses avant grossesse auront repris leur consommation si elles n'ont pas intégré des bénéfices santé ou autres pour elles-mêmes (en France, 87 % de reprise à un an post-partum). Il y a aussi à relever dès cette première question que la motivation à elle seule ne suffit pas. L'absence de réussite, que beaucoup pensaient obtenir rapidement, est source de culpabilité. La culpabilité influe sur la confiance en soi et en ses capacités à porter cette grossesse. C'est souvent l'occasion de mettre en évidence aussi les craintes associées au sevrage comme la prise de poids ou la frustration « pas d'alcool, pas de tabac pas de sucre... c'est trop d'interdits »).

Attention ! La réponse « non » peut aussi faire méconnaître un tabagisme passif sur le lieu de vie comme sur le lieu d'exercice professionnel, ou encore en voiture.

### 2e question : quoi ?

Nous l'avons abordé, la cigarette prête à l'emploi à laquelle on pense en premier lieu n'est pas la seule : vape, roulée, narguilés, cannabis, crack, ... la question fumez-vous peut donc recouvrir plusieurs modalités d'inhaler la nicotine, et nombre de toxiques. Nous l'avons évoqué, chaque voie ne présente pas une inhalation identique. Connaître ce qui est fumé permet une évaluation du combien qui sera interrogé en troisième ligne. Cela permet aussi d'entrevoir d'autres formes d'addiction moins avouables, comme le cannabis ou le crack illicites. La publication de passey en 2014 démontre que de questionner les addictions à travers le tabagisme permet un meilleur dépistage des poly-addictions. L'accompagnement sera évidemment différent si le sevrage ne concerne pas uniquement le tabac.

### 3e question : combien ?

La femme fumeuse présentera en premier lieu la réduction qu'elle a obtenue seule. Cependant réduction du nombre ne veut pas dire réduction des risques - qui sont présents de manière significative dès l'équivalent de 1 à 5 cigarettes jour. De même, nous l'avons vu, le type de tabac et sa présentation influencent l'équivalence cigarettes jour. Or, le dosage du traitement substitutif médicamenteux sera à adapter à cette équivalence.

### 4e question : avez-vous pris aussi de la bière, du vin, des apéros ces derniers jours ou avant la grossesse ?

Le tabac est parfois l'arbre qui cache la forêt. Répondre oui au tabac est plus facile à exprimer que de dire oui à la question de la consommation d'alcool ou d'autres toxicomanies. L'élargissement aux autres boissons alcoolisées dans une question plus large peut alors suivre : « consommez-vous des boissons alcoolisées avant la grossesse ? Et maintenant, depuis que vous êtes enceinte, à quand remonte votre dernière prise d'alcool ? ».

En cas de réponse positive à ces dernières questions, l'évaluation du risque sera complétée par une évaluation du type : « avez-vous consommé 8 verres ou plus de boissons alcoolisées par semaine pendant plus de 15 jours avant de savoir que vous étiez enceinte ou depuis que vous l'êtes ? » et « vous est-il arrivé 2 fois ou plus de boire 4 verres standards ou plus par occasion avant de vous savoir enceinte ou durant cette grossesse ? ». La réponse « oui » amène à proposer une consultation pédiatrique en anténatal tout en avisant le professionnel qui réalise les échographies fœtales.

### 5e question : souhaitez-vous arrêter de fumer ?

La question semble simple pour ne pas dire évidente mais elle est la base de l'alliance thérapeutique à obtenir pour assurer une aide vers le sevrage. Elle permet aussi de questionner l'environnement psychosocial pouvant influencer sur la consommation de manière indirecte. « le tabac c'est pour déstresser me dites-vous, qu'est-ce qui vous stresse dans votre vie ? ». Que cache le rideau de fumée ? Il est alors fréquent de retrouver une forme ou plusieurs de précarité ou des vulnérabilités, un conjoint consommateur, de la violence, des poly consommations, une grossesse non programmée, des pathologies chroniques ou psychiatriques, un handicap, ...

La question permet aussi d'identifier les fausses croyances, notamment sur les risques supposés associés aux substituts pendant la grossesse, sur le rôle du stress qui serait plus important que le tabac lui-même, etc. Elle permet surtout de relever le manque d'informations de la femme enceinte et du co-parent.

Une fois le dépistage fait, il faut agir !

### 1re action : pratiquer le conseil d'un arrêt complet

Réduire la consommation ne réduit pas le risque. Cette information est primordiale pour faire comprendre pourquoi vous êtes si enthousiasme à leur proposer un arrêt complet : « *je vous conseille d'arrêter de fumer, mais, comme je sais que cela est difficile, je suis aussi là pour vous informer qu'il existe des traitements efficaces pour arrêter de fumer* ».

### 2e action : remettre un document d'information

La délivrance d'un document d'information officielle permet d'appuyer votre discours en offrant une persistance de l'information. Le rdv suivant sera alors l'occasion d'y revenir en le reprenant pour répondre aux questions qu'il pourrait y avoir sur celui-ci. Ce second rdv ne parait alors pas une occasion d'insister sur le sevrage de la femme enceinte ou de son co-parent, en levant une possible impression de culpabilisation. Ces documents nationaux et/ou locaux sont un appui. Il est aussi possible de recourir à des outils plus didactiques et adaptés à la jeune génération comme des vidéos (exemple tuto'tour.net : une page est dédiée aux informations destinées à la femme enceinte dont une vidéo sur l'aide au sevrage tabagique : <https://youtu.be/naaiwj1kapo>)

### 3e action : j'ai adressé à un tabacologue

Chaque réseau et donc chaque maternité devraient avoir identifié ses référents, de préférence sage-femme. L'orientation vers une sage-femme tabacologue est moins stigmatisante que d'adresser à une équipe d'addictologie ou à un centre de lutte contre les addictions - y compris pour les polyconsommations. Cela permet aussi d'avoir une écoute spécifique des culpabilités et du ressenti de la femme et/ou du co-parent.

Le réseau périnatal, en s'appuyant sur ses ressources pluriprofessionnelles, permet de recourir à des psychologues ou des psychiatres pour accompagner l'environnement, ou tout professionnel de santé formé aux thérapies cognitive-comportementales (tcc ou thérapies brèves) qui peuvent et qui doivent être associées à la prise en charge médicamenteuse. Les diététiciennes pourront accompagner le risque de prise de poids majoré qui inquiète tant les femmes.

### 4e action : je prescris des substituts nicotiniques

Inutile d'attendre le rdv avec le tabacologue pour débiter le traitement médicamenteux. Il conviendra d'expliquer que ce traitement sera d'au moins trois mois - et pourra être prolongé autant que nécessaire en l'adaptant à chaque étape - y compris pendant l'allaitement. Prévenir aussi que ces médicaments sont soumis au logo « danger pour la femme enceinte » - en rappelant le rôle du logo : prévenir l'automédication. Vous les prescrivez en toute connaissance de cause et de manière rassurante.

Pour rappel, le seuil de sensibilité à la nicotine est personnel, chaque prise tabac cherche à fournir un pic qui atteindra ce seuil. Une cigarette correspond à 1 mg de nicotine - les co testeurs ont été abandonnés avec la pandémie covid et ne reviennent qu'en outil motivationnel de manière encore minimale. La prescription de base comprend donc la prescription de patchs transcutanés qui apportera la dose en continu le plus proche possible de ce seuil personnel - à ajuster au type de cigarettes ou autres formes d'inhalation en fonction des corrélations données (exemple : 1 roulée = 2 cigarettes = 2 mg de nicotine). La prise sur 24 heures est à privilégier, d'autant plus quand la femme

a besoin de fumer très rapidement après s'être levée. Il est tout à fait possible de couper un patch en deux et de les cumuler pour ajuster la dose au plus proche des besoins du fumeur, en tenant compte des besoins augmentés chez la femme enceinte. Il convient d'expliquer que les effets seront souvent perçus qu'après 2 à 3 jours, avec dans l'intervalle un léger prurit possible et/ou une rougeur au retrait. Ces gênes sont transitoires et imposent juste de changer de localisation la pose du patch d'un jour à l'autre. Il ne s'agit pas d'une mauvaise tolérance.

Les patchs seront complétés par les formes orales : inhalateurs pour le geste, pastilles ou gommes pour les envies de fumer (ne pas croquer plus d'une à deux fois, laisser fondre en intrajugale une vingtaine de minutes), tout en évitant les sprays qui contiennent une base alcoolique et dont le goût prononcé déplaît souvent, surtout chez la femme enceinte. Chez la femme allaitante, tout comme la cigarette, les prises seront alors plutôt après une tétée.

Il faudra expliquer aussi qu'il est facile d'évaluer si le dosage est suffisant ou au contraire trop élevé. Le sous-dosage amènera des symptômes d'irritabilité, d'agitation, d'anxiété et une difficulté de concentration associée à une envie de fumer persistante. Le surdosage produit des nausées, des vertiges, des céphalées, des troubles intestinaux comme la diarrhée, ou encore des palpitations. Les insomnies sont retrouvées dans les deux cas.

#### 5e action : je consigne ce que j'ai fait

Au-delà de la traçabilité normale de nos consultations, la retranscription permet un échange d'informations qui permettra au tabacologue, psychologue ou toutes les personnes impliquées dans le soutien à la femme enceinte fumeuse de mieux suivre la femme (ou le co-parent). Elle permet aussi une meilleure adhérence à l'offre de soins et améliore donc la santé maternelle foétale et néonatale. Chaque rdv peut alors être l'occasion d'un entretien motivationnel\* à noter que l'entretien motivationnel a démontré son intérêt en population générale dans le sevrage tabagique, mais pas chez la femme enceinte.

\* l'entretien motivationnel qui a été développé dans les années 1980 par les psychologues William Miller et Stephen Rollnick, est "un entretien guidé centré sur le patient pour l'encourager à changer de comportement en l'aidant à explorer et à résoudre son ambivalence face au changement" (Miller et Rollnick 1991).

#### Messages clés

- Réduire le tabagisme ne réduit pas les risques
- Le sevrage complet est recommandé, idéalement dès la préconception, selon les recommandations du CNGOF de 2020.
- La prise en charge thérapeutique doit être autant médicamenteuse que non médicamenteuse en y associant, si possible, une thérapie cognitivo-comportementale.
- Prescription par le professionnel en charge du suivi de grossesse, adaptée secondairement par le tabacologue. 1 cigarette = 1 mg de nicotine pour les patchs, à compléter par les formes orales en autotitration par la femme.



## QUESTIONS DE FORMATION



1 / selon les dernières données, le tabagisme chez la femme enceinte et accouchée représente :

- a) 12 % au 1er trimestre et 16 % en post partum
- b) 12 % au 3° trimestre et 87 % à un an de l'accouchement
- c) 12 % au 3° trimestre et 87 % à une semaine de l'accouchement

2/ parmi les messages entendus par les femmes, laquelle est vraie :

- a) Mieux vaut fumer 5 cigarettes que d'être stressée
- b) J'ai réduit ma consommation, c'est déjà bien
- c) Réduire sa consommation ne suffit pas, un arrêt complet est conseillé

3/ pour adapter la dose d'un patch, chez une femme enceinte qui fume 5 cigarettes roulées par jour habituellement pouvant être associées une fois à du cannabis sur les 5, je prescris au minimum :

- a) 15 mg de nicotine
- b) 10 mg de nicotine
- c) 20 mg de nicotine

*Retrouvez les réponses pages 44 à 48.*



### Ivg tardives : conduite à tenir et aspects psychologiques croisés

*Armelle bertrand, gynécologue obstétricienne - chu toulouse*

*Olivia sylvestre, sage-femme orthogéniste, chu toulouse*

Article rédigé par nicolas dutriaux, sage-femme, herblay / seine, nico.dutriaux@gmail.com

#### Intro

Le prolongement du délai d'ivg de 14 à 16 sa en mars 2022 ne s'est accompagné d'aucune directive ministérielle et sans aucun soutien aux équipes. Le chu de toulouse, comme tous les établissements proposant des ivg, a donc dû faire face à l'évolution de l'offre de soins en s'adaptant rapidement. C'est ce retour d'expérience et leur analyse des difficultés qui nous ont été présentés.

#### *Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)*

La loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement a allongé de deux semaines supplémentaires le délai légal d'accès à l'ivg (14 semaines de grossesse au lieu de 12 soit 16 sa). Le délai de 16 sa maximum pour intégrer le parcours ivg est fixé par l'échographie de datation : pc 132 mm maximum (90°p de 16 sa) et bip 38 mm maximum (90°p de 16 sa). Au-delà la demande pourra être traitée comme une img pour détresse psycho-sociale. Cependant, la loi a été promulguée sans aucune directive ni aucun soutien aux équipes qui ont dû faire face, à moyen constant, à la demande, dès la publication au journal officiel le 03 mars 2022. Le chu de toulouse a alors adapté ses protocoles dans l'urgence. :

- Pour les termes proches de 14 sa : même prise en charge chirurgicale - sur le modèle déjà pratiqué pour les ivg < 14 sa ou les img du 1er trimestre de grossesse :
  - 200 mg de mifépristone 36 à 48 heures avant
  - Misoprostol pour la préparation cervicale 3h avant le passage au bloc
  - Dilatation du col adapté au terme, éventuellement échoguidée, avant aspiration du contenu utérin et oxytocine en fin d'intervention.
  
- Pour les termes de plus de 15 sa, la technique chirurgicale classique est insuffisante et présente des difficultés techniques auxquelles il fallait se former (morcellement fœtale) et adapter le matériel (adaptation du diamètre de l'aspiration et recours à une pince de mcclintock). Dans l'urgence, en l'absence de formation et sans matériel adapté, le protocole img à partir du 2nd trimestre de grossesse a été proposé :
  - 200 mg de mifépristone 36 à 48 heures avant

- Déclenchement du travail par misoprostol avec accès à une salle de naissance pour pose d'analgésie péridurale, complété par une rupture artificielle des membranes dès que possible.
- Des lamineuses peuvent compléter la préparation cervicale dans les deux situations.
- Dès les problèmes posés par la nécessaire formation des équipes et de l'adaptation du matériel résolu, le choix est laissé aux femmes pour leur permettre un accès aux deux méthodes jusqu'à 16 sa.

dès lors c'est posé une première question : qui assure la prise en charge ? Sages-femmes (pour la voie médicamenteuse, le chu de toulouse n'étant pas centre expérimentateur pour l'ivg chirurgicale par les sages-femmes) ou médecins ? Séniors ou internes pour le bloc ? Quid des équipes paramédicales (ide, ap, ibode, iade, ...) ? Sans oublier les anesthésistes évidemment. Le choix a été fait d'opter pour des personnels volontaires en premier lieu.

A cette question des ressources humaines, la question de l'organisation d'une ivg médicamenteuse tardive a très vite démontrée une problématique structurelle : la durée moyenne d'occupation de la salle de travail était de 10h (contre 30mn pour un bloc opératoire, voire moins quand l'expulsion a finalement eu lieu juste avant le passage en salle) dans un contexte de tension préexistante. Les premiers retours ont rapporté jusqu'à 75 % de rétention nécessitant une aspiration curetage secondaire.

L'équipe s'est alors adaptée au contexte d'urgence : créneaux de rdv dédiés quotidiens couplés aux rdvs d'anesthésie et de psychologue (dès qu'un recrutement a pu être possible), adaptation du matériel autant au bloc qu'en salle de naissance (installation d'une aspiration fixe pour permettre l'aspiration secondaire sous analgésie péridurale sans transfert de la patiente, une salle qui est dédiée aux img permet aussi une prise en charge des ivg tardives, ...). Les craintes initiales de traumatisme cervical au bloc ou d'une hémorragie en salle sur la voie médicamenteuse ont très vite été levées par une absence de complication chez les femmes prises en charge.

Un premier audit a été réalisé après quelques mois auprès de l'ensemble des intervenants (médecins et sages-femmes, équipes paramédicales ou administratives) et dans tous les secteurs (consultations, bloc, bloc obstétrique). La première constatation qui a été faite est le profil des femmes en demande d'ivg tardive : outre la possible découverte tardive de la grossesse ou un échec d'une ivg plus tôt dans la grossesse, les équipes ont été marquées par l'ambivalence de certaines femmes avec des hésitations et des changements d'avis - y compris après prise de mifépristone ou de misoprostol. Ces femmes sont souvent confrontées à un changement de vie brutal comme une rupture sentimentale, des violences et divers problèmes sociaux. Le rdv avec la psychologue posé automatiquement dès la demande de prise en charge permet un accès facilité à cette ressource, le rdv est libéré si la femme n'en exprime finalement pas le besoin.

L'urgence relative de l'ivg devient alors une véritable urgence surtout dans les cas d'hésitation ou une programmation précède une déprogrammation pour devoir finalement proposer une reprogrammation. La réponse institutionnelle a été de proposer quotidiennement au moins un créneau réservé aux ivg tardives autant en consultation qu'au bloc qu'en salle de naissance. L'équipe a eu à cœur de pouvoir dès que possible de laisser un véritable choix aux femmes quant à la méthode chirurgicale ou médicamenteuse pour répondre à leur demande.

Le chu a poursuivi son enquête auprès des professionnels tout au long des mois qui ont suivi (72 réponses, majoritairement les médecins gynécologues, dont des internes, et des sages-femmes). Tous ont relevé l'absence de formation spécifique au préalable comme difficulté majeure. L'accueil des étudiants en formation a aussi été pointé comme une mise en difficulté pour ceux-ci lorsque les équipes elles-mêmes présentaient déjà des difficultés psychologiques à proposer ces accompagnements (visualisation du fœtus à l'échographie pendant le geste, morcellement, devenir

du corps, ...). Une attention toute particulière est donc portée à prévenir les étudiants en formation et à leur laisser toute liberté de ne pas y assister. La solidarité dans l'équipe, la réorganisation y compris en urgence pour répondre au besoin, le soutien (y compris psychologique) entre pairs et interprofessionnels ont été pointés comme des aides précieuses par toutes (90 % des répondantes sont des femmes).

Les sages-femmes de salle qui ont eu à accompagner les ivg médicamenteuses ont également décrits leurs difficultés dans l'embolisation d'une salle plusieurs heures sur les pics d'activités, avec l'accompagnement des ivg en même temps que des accouchements (avec la proximité des nouveau-nés qui pleurent) et/ou des img ou fausses couches tardives où chacun porte une charge émotionnelle forte mais différente à laquelle il faut s'adapter et pouvoir offrir une réponse personnalisée. La question du devenir du corps après expulsion a aussi été pointée : les img et produits de fausses couches peuvent bénéficier d'une prise en charge hospitalière ou d'une prise en charge par les parents pour des obsèques ainsi qu'une retranscription à l'état civil d'enfant né sans vie. Les ivg ne le peuvent légalement pas. Les sages-femmes s'interrogeaient pour savoir si elles devaient devancer une éventuelle demande de présentation du corps ou si elles ne le font qu'en cas de demande de la patiente - demande qui est perçue comme déstabilisante dans le cadre d'une ivg. Il a été initialement présumé, de manière implicite, que les femmes ne voudraient pas le voir ni être informées du devenir du corps. Lorsqu'une demande a été exprimée, l'équipe a réinterrogé sa pratique. Le questionnement des femmes fait désormais partie intégrante de l'information délivrée lors du choix de la méthode.

Les équipes ont exprimé un mal-être important à devoir placer le fœtus dans les déchets de soins. Il a donc été proposé un placement du corps dans un contenant adapté et étiqueté produits d'expulsion adressé aux services mortuaires pour incinération.

D'autres sages-femmes ont aussi été déstabilisées lorsque la femme demandait une photo par exemple. L'analyse secondaire permet de se placer comme dans un contexte d'img et de proposer une information identique pour laisser libre choix aux femmes de ce qu'elles souhaitent.

En ce qui concerne le vécu des femmes, l'équipe s'est aussi interrogée sans avoir la possibilité de réaliser une enquête auprès d'elles. Pourquoi certaines pleurent à l'arrivée au bloc par exemple se demandent certains anesthésistes. Il faut alors re contextualiser : elles peuvent pleurer non pas vis à vis de leur hésitation mais de la découverte d'un bloc opératoire pour la première fois du point de vue patiente - notamment chez les jeunes filles mineures. Le retour cependant des rdvs de suivi à distance démontrent l'importance d'avoir eu le choix de la méthode et d'avoir bénéficié d'un accompagnement, y compris psychologique, proposé mais sans imposition. Le vécu est alors non pas tant un processus de deuil, bien que certaines le vivent comme tel, mais un soulagement d'avoir pu être aidée face à cette difficulté. Ce retour est similaire aux img plus tardives pour détresse psycho-sociale. Les équipes ont rapporté l'importance que ce soit le même médecin qui assure la prise en charge au bloc que celui qui a recueilli la demande en consultation, ou du moins qu'une transmission exacte du contexte de la femme soit transmise pour répondre au mieux à ses attentes et besoins en termes d'accompagnement ; les professionnels se placent alors non pas du point de vue du fœtus mais de la femme en détresse. Le soutien psychologique des équipes permet alors de proposer cette recontextualisation.

## Messages clés

- Délai maximum d'ivg fixé à 16sa par l'échographie de datation :
- Si ivg chirurgicale, adaptation du matériel aux besoins techniques et formation des équipes
- Si ivg médicamenteuse, même protocole que pour les img - avec une même proposition sans imposition de voir le corps, de garder une photo, ...
- Le produit d'expulsion est adressé à la chambre mortuaire pour incinération et ne suit pas le circuit des déchets d'activités de soins
- Importance de la solidarité des équipes, des débriefings, du choix de participer à ces prises en charges (y compris pour les étudiants en formation).

- Importance du choix de la méthode pour la patiente



## QUESTIONS DE FORMATION

1/ le terme de 16sa est fixé à partir de l'échographie de datation sur les mesures du pc et du bip :

- a) La limite supérieure du pc est au 90<sup>e</sup>p de 17sa
- b) La limite supérieure du bip est au 95<sup>e</sup>p de 16sa
- c) La limite supérieure du pc est à 132mm
- d) La limite supérieure du bip est à 40mm

2/ le protocole d'ivg tardive par voie chirurgicale comme médicamenteuse impose le recours systématique :

- a) De lamineaires
- b) De mifépristone 200mg
- c) D'oxytocine pour la préparation du col

3/ pour l'ivg tardive médicamenteuse,

- a) Il est interdit aux femmes de voir le corps du fœtus
- b) Il est recommandé que les femmes voient le corps du fœtus
- c) Il est proposé aux femmes qui le souhaitent de voir le corps du fœtus.

*Retrouvez les réponses pages 44 à 48.*



## QUAND LA SCIENCE EN PARLE – ARTICLE 3

---

### De nouvelles organisations de soins basées sur le réseau ville - hôpital : quand la nécessité bouscule nos certitudes.

*Jacky NIZARD - gynécologue obstétricien - La Pitié Salpêtrière Paris*

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Herblay / Seine, nico.dutriaux@gmail.com

#### Intro

Les situations complexes et de crises conduisent à opérer des changements, même quand ceux-ci sont à contre-courant des habitudes et de la culture. C'est aussi le cas en obstétrique où les difficultés structurelles (manque de lits) et de ressources humaines (manque de médecins et de sages-femmes) peuvent être sources d'évolution des organisations.

#### *Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)*

Jacky NIZARD a une expérience internationale à travers ses engagements au sein de la Fédération Européenne de Gynécologie Obstétrique. Il a ainsi pu constater que d'un pays à l'autre, un même soin, en obstétrique comme dans d'autres spécialités, ne se fait pas toujours dans une même structure, ni par les mêmes professionnels. Les soins comme ceux nécessaires au suivi d'une grossesse peuvent ainsi être répartis dans des endroits distincts ou être centralisés pour tout ou partie. Dans tous les cas, l'analyse des organisations doit tenir compte du financement des soins (qui financent quoi et qui récupèrent ces financements). Ainsi, la quantité de soins prodiguée est proportionnelle aux revenus des professionnels mais pas à la qualité de santé des populations.

Plus le pays est riche et plus le système est public, moins il y a d'examens ou d'actes prodigués, notamment pendant la grossesse et l'accouchement. Ces organisations conduisent paradoxalement à de meilleurs résultats maternels et périnataux.

L'organisation du système intègre de plus en plus la notion de parcours de soins : qui et dans quelles conditions prend en charge tel patient. L'enjeu de santé n'est pas que tout le monde connaisse tout sur tout, mais que le patient soit au bon endroit, avec la bonne équipe qui dispose, outre de l'expérience, mais aussi des équipements nécessaires à sa prise en charge. Cette organisation suppose cependant une souplesse : le patient entre et sort au gré de l'évolution de ses besoins de santé d'un parcours vers un autre. Par exemple, il ne suffit pas d'être spécialisé dans la prise en charge des patientes obèses, l'architecture et l'environnement de soins doivent aussi proposer une adaptation de l'architecture autant que du matériel : chaises de consultation sans accouder, plus d'espaces en salle d'attente, lit médicalisé adapté - en obstétrique cela intègre le lit d'accouchement et la table de bloc, ...

En obstétrique comme dans d'autres domaines médicaux, la notion de parcours a été initié en premier lieu pour les patientes les plus à risque du préconceptionnel au post-partum (exemple de la cardiologie où c'est d'ailleurs plutôt le cardiologue qui adresse à une équipe obstétricale spécialisée une femme en projet de grossesse). De longue date, nous sommes tous habitués à travailler en réseau pour les malformations fœtales adressées au CDPPN référent.

Pourtant, et particulièrement en France, le suivi des patientes à bas risque obstétrical a été totalement oublié pour ne pas dire renié face à une définition par défaut (ce n'est pas tant du bas risque mais une absence de haut risque). Il s'ensuit que qui peut le plus peut le moins et donc les parcours dédiés n'existent que de manière parcellaire puisque tout le monde peut gérer ces patientes - qui sont majoritaires. Pourtant, la spécialisation peut aussi s'entendre dans la prévention primaire et dans la physiologie et son accompagnement. La question financière en arrière-plan amène à voir ces patientes qui vont bien comme une source de revenus pour pouvoir s'occuper de celles qui ont besoin de l'arsenal hospitalier au lieu de déléguer ou de proposer un parcours dédié. D'autres pays, comme le Royaume-Uni, proposent des structures d'accouchement bien plus grandes que les nôtres (8 000 à 10 000 naissances parfois) mais avec des organisations plurielles intégrées dans l'offre de soins globale : accouchements accompagnés à domicile, maisons de naissance, équipes hospitalières peu médicalisées, équipes hospitalières complètes dédiées aux situations les plus à risque. Chaque parcours bénéficie de plateaux techniques adaptés à leur niveau de soins. Cette offre multiple est ouverte et permet aussi bien une circulation des professionnels que des patientes.

La Pitié Salpêtrière à Paris travaille ainsi avec des sages-femmes parisiennes qui proposent une offre d'AAD (intra-muros) et le SAMU 75 pour sécuriser les (rares) transferts nécessaires - souvent en urgence pour hémorragie. Cette ouverture de l'hôpital vers la ville, encore timide, s'est déjà amorcée pour le haut risque depuis plusieurs années. Les MAP (7 % de prématurité en France dont 50 % induites... La vraie MAP concerne donc 3,5 % des grossesses seulement dont 70 % n'accouchent pas lors d'un premier transfert en niveau de soin supérieur selon une étude francilienne) et ruptures prématurées des membranes avant terme étaient autrefois hospitalisées de longues semaines avec peu de soins pratiqués et une exposition aux infections nosocomiales quand désormais ces soins sont délégués une fois l'épisode aigu passé à la ville dans l'environnement de vie des patientes. Alors pourquoi ne pas proposer un accès à l'hôpital simple et anticipé pour le très bas risque ? Le parcours comprend alors une ouverture de dossier à l'hôpital, avec une consultation d'anesthésie et un accueil en urgence, quand cela est nécessaire, avec bienveillance centrée sur la femme et le couple.

En regardant ce qui se passe à l'étranger, son équipe parisienne s'est également penchée sur un exemple de pratique canadienne. Les obstétriciens canadiens proposent que les femmes qui bénéficient d'une maturation cervicale par sonde de Foley passent une nuit à domicile après la pose. Le déclenchement par oxytocine, quel que soit le statut cervical, est réalisé le lendemain matin. Cette pratique a démontré son efficacité et sa sécurité. Il s'agit évidemment de situations de déclenchement hors indication fœtale et avec une situation maternelle stabilisée. Cette proposition n'est possible qu'avec l'accord de la patiente, après informations. Les critères d'inclusion principaux sont : bénéficier d'une présence à domicile, capacité de comprendre la proposition, être véhiculée pour pouvoir se rendre par ses propres moyens à la maternité. La transposition à ce service parisien s'est heurtée initialement à une absence de ressource de ville pour une surveillance nocturne à domicile (qui n'existe pas au Canada) pour tenter de calquer sur un modèle français de surveillance intra hospitalier. Puis devant une contrainte de manque de lits, la proposition a été faite à un premier couple, quand l'hôpital a accepté que le virage ambulatoire ne pouvait pas être un miroir parfait de son organisation. Le retour positif, autant du point de vue du couple que de l'équipe, a permis d'initier une protocolisation avec présentation de cette option dès les consultations prénatales et une sélection stricte des patientes. L'offre reste donc minime et ne réglera pas l'insuffisance de lits d'hospitalisation mais elle permet cependant une évolution possible vers plus de souplesse du modèle hospitalier.

Ces deux exemples démontrent que ville et hôpital peuvent trouver un terrain d'entente, mais cela ne peut fonctionner que si l'échange est à double sens, en quittant le modèle hospitalo-centré où chaque partie comprend les contraintes de l'autre. La situation de crise reste cependant encore nécessaire pour impulser ses évolutions.

## Messages clés

- Les systèmes de soins obstétricaux qui coûtent le moins cher ont de meilleurs résultats que

les systèmes de soins à coût élevé.

- Les modèles étrangers démontrent qu'un système par gradation permet une expertise autant en physiologie (notamment par l'expertise sage-femme) qu'en parcours de soins hyper spécialisés pour les situations les plus complexes (expertises médicales multiples et coordonnées).
- La gradation des soins ne doit pas se concentrer sur l'accouchement mais doit débuter dès le préconceptionnel pour définir le parcours de soins le plus adapté.
- Le virage ambulatoire, initié dans les situations à risque, gagne désormais les situations à moyen et bas risque également.



## QUESTIONS DE FORMATION

1/ La proposition d'une maturation réalisée à domicile peut être proposée à toutes les patientes.

- a) Vrai
- b) Faux

2/ L'ouverture vers la ville est un fonctionnement dégradé du modèle hospitalier

- a) Vrai
- b) Faux

*Retrouvez les réponses pages 44 à 48.*





## QUAND LA SCIENCE EN PARLE – ARTICLE 4

---

### Télémédecine : législation & retour d'expérience

Michelle BACHELARD - sage-femme libérale – Nogent sur Marne

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Herblay / Seine, nico.dutriaux@gmail.com

#### Intro

Bien que légalement possible depuis 2009, la télémédecine pour et par les sages-femmes ne présentait pas un intérêt majeur pour la profession en l'absence de déclinaison conventionnelle (prise en charge par l'Assurance Maladie des téléconsultations pour remboursement des assurés-es).

La pandémie COVID 19 a lancé cette possibilité dans le champ de la maïeutique devant la nécessaire continuité de l'activité professionnelle autant que la continuité des soins tout en limitant la propagation du virus. Quelle législation aujourd'hui ? Quel retour d'expérience ?

#### *Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)*

La télémédecine est prévue par les textes législatifs de la loi HPST de 2009 : c'est une pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Sa dénomination est devenue télésanté ou télésoins pour intégrer cette pratique possible aussi par les paramédicaux. La HAS et les référentiels de sécurisation des données de santé sont venus compléter sa définition, son cadre et ses champs d'applications. Pour les sages-femmes, c'est donc la pandémie qui a conduit à ouvrir droit à remboursement aux assurées puis l'avenant 5 de la convention nationale des sages-femmes a pérennisé son accès - avenant applicable depuis septembre 2022. Elle prévoit la réalisation de téléconsultations, de télésoins (entretiens et bilans prénataux, préparation à la naissance) et également de la téléexpertise autant en tant que requérant ou comme expert requis.

Les échanges doivent être sécurisés pour répondre aux obligations de protection des données de santé (les outils publics comme ZOOM ou autre plateforme telle What'S App ont été autorisés de manière dérogatoire au lancement en 2020 pour répondre à l'urgence - ils sont désormais interdits). L'échange est obligatoirement en vidéo transmission. La confidentialité doit être assurée. Un compte rendu est obligatoirement réalisé comme à l'issue de toute consultation médicale.

#### Pour qui ?

Toutes patientes volontaires avec un principe de connaissance préalable (12 mois précédent pour le suivi gynécologique et d'un rdv présentiel pendant la grossesse avant la fin du 1er trimestre) et une obligation de proximité géographique - à l'exception des urgences comme l'IVG ou le renouvellement d'une contraception ou la prescription d'une contraception d'urgence ou encore du bilan prénatal pour anticiper le suivi postnatal.

#### Quelle facturation ?

- TCG 25 € (JC pour les consultations de recueil du consentement et de contrôle dans le cadre du suivi d'une IVG).
- TFS (2,80 €) en y associant les mêmes coefficients que pour les actes en présentiel codés en SF (SF15 pour l'entretien prénatal devient ainsi TFS15 par exemple).
- Téléexpertise requérant : RQD 10 € / demande - limitée à 2 demandes par an pour une même patiente
- Téléexpertise sage-femme requise : TE2 20 € / demande - limitée à 2 demandes par an pour une même patiente.

Les actes de télésanté sont limités à 20 % de l'activité de la sage-femme.

Un forfait d'aide à la modernisation dédié est ajouté annuellement au forfait perçu par les sages-femmes. Il est ajusté selon l'investissement des sages-femmes dans le matériel dédié, sur le taux de téléconsultations réalisé (qui ne doit pas excéder 20 % de l'activité) et sur la prescription de matériels connectés (pour les sages-femmes le glucomètre pour le suivi des diabètes gestation les par exemple). Le montant de l'aide est de 350 € pour l'équipement de vidéo-transmission y compris pour les abonnements aux différentes solutions techniques proposées et 175 € pour l'équipement en appareils médicaux connectés (la liste de ces équipements est établie sur avis de la commission paritaire nationale).

#### **Ce qui est NON RÉALISABLE :**

Entretien postnatal précoce et le suivi postnatal de sortie de maternité, le suivi des grossesses à risque et toute consultation qui nécessiterait un examen clinique présentant un caractère indispensable. Cela sous-tend qu'il est possible de mettre fin à la téléconsultation autant à l'initiative de la patiente que de la sage-femme à tout moment.

Un cas particulier : l'IVG. Elle est en effet légalement possible en 100 % téléconsultation. Toutefois, la transmission des ordonnances de médicaments nécessaires à sa réalisation à la pharmacie désignée par la femme se heurte à l'absence de formation des pharmaciens d'officine et à un refus de délivrance. Le parcours étant censé être ainsi facilité s'en trouve au contraire compliqué.

#### **Avantages - Inconvénients - Retour d'expérience**

Il est nécessaire d'être vigilant au tout visio attendue par certaines patientes soit par faute de temps accordé à leur santé et au suivi de leur grossesse, soit par un environnement défavorable (violences ?). Elle présente certes des avantages (valorisation des renouvellements d'ordonnances et divers certificats, des temps de réponses aux questions de soutien à la parentalité, ... et autres temps offerts lors des réponses par SMS par exemple) mais ne doit pas être exclusive et c'est au professionnel d'avoir conscience des inconvénients : relation de confiance plus difficile à instaurer, retour au suivi gynécologique moins systématique - délivrance en pharmacie difficile pour l'IVG médicamenteuse notamment. C'est pourquoi, c'est aussi de notre rôle de savoir proposer la consultation présenteielle autant que nécessaire.

Le retour d'expérience relate des situations particulières comme des téléconsultations au volant nécessitant de demander à la patiente de se garer en lui rappelant les règles de conduites en toute sécurité tout en permettant un réel échange avec son professionnel de santé. Une autre situation stressante pour la sage-femme : un malaise lors d'une séance de préparation à la naissance chez une patiente seule à son domicile.

Penser également à la téléexpertise qui permet de valoriser autant vos demandes d'avis que les demandes qui vous seraient faites (soutien à l'allaitement auprès d'une conseillère en lactation, avis de médecin spécialiste, ...).

Les sages-femmes ont su très vite adopter ce nouvel outil de consultation pendant la pandémie. Combien ont poursuivi ? La réponse n'est pas connue. En tout cas, c'est à chacun-e de prendre en main cette possibilité dans son activité, particulièrement pour valoriser une part importante de son activité invisible : le conseil, le soutien, les retours d'examens par exemple, ou encore les demandes d'avis spécialisés (consultante en lactation, avis oncologique, avis médical divers auprès d'un médecin spécialiste, ...).

## Messages clés

- La sage-femme a investi la téléconsultation grâce à la pandémie COVID 19
- La téléconsultation n'est pas une obligation et peut être interrompue à tout moment autant par la patiente que par le professionnel de santé ; elle complète le rdv présentiel mais ne le remplace pas dans nombre de situations
- La téléconsultation valorise une part importante de l'activité invisible (conseils en soutien aux compétences parentales et dans le suivi du nouveau-né, attestations et certificats, renouvellement d'ordonnances, ...).
- L'IVG en 100 % téléconsultation est possible légalement, en pratique, elle rencontre encore des freins organisationnels et ne permet pas un retour au suivi gynécologique aux femmes qui ne bénéficient pas d'un suivi régulier.



## QUESTIONS DE FORMATION

**1/ Une patiente va déménager dans une autre région avant son accouchement, elle souhaite réaliser un bilan prénatal avec une sage-femme à proximité de son nouveau domicile.**

- a) Ce n'est pas possible, cela ne rentre pas dans le cadre des téléconsultations.
- b) C'est possible, la sage-femme codera SF12.6
- c) C'est possible, la sage-femme codera TFS12.6

**2/ Une patiente que vous ne connaissez pas vous contacte pour un renouvellement de contraception**

- a) Sans rdv présentiel préalable, il vous est impossible de répondre à sa demande.
- b) Vous répondez à sa demande.
- c) Vous stoppez la téléconsultation et vous lui proposez un rdv en présentiel.

**3/ Une patiente vous contacte pour des questions en lien avec l'allaitement après son suivi à domicile de sortie de maternité.**

- a) Vous pouvez lui proposer une téléconsultation
- b) Vous ne pouvez pas lui proposer une téléconsultation

*Retrouvez les réponses pages 44 à 48.*



# L'INTÉRÊT ET LA PLACE DU DÉPISTAGE DE LA PRÉÉCLAMPSIE AU 1<sup>er</sup> TRIMESTRE DE LA GROSSESSE.

*Christophe VAYSSIERE, gynécologue obstétricien, CHU Toulouse, équipe UM' 1295 SPHÈRE université Paul Sabatier Toulouse III*

*Anita HASTOY, gynécologue obstétricienne, CH Bayonne*

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Herblay / Seine, nico.dutriaux@gmail.com

### Intro

La prééclampsie se définit cliniquement par l'apparition d'une hypertension maternelle associée à une albuminurie. Des anomalies biologiques peuvent désormais être identifiées de manière précoce pour anticiper l'apparition des signes cliniques placentaires, fœtaux et maternels. Ont-ils une place en pratique courante à ce jour ?

### *Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)*

La prééclampsie trouve sa source dans un défaut d'invasion trophoblastique qui entraîne un défaut de remodelage vasculaire. L'hypoxie placentaire alterne avec des épisodes de réoxygénation qui créent une cascade biochimique délétère à l'organisme maternel : Altération de la fonction mitochondriale, augmentation des lipides oxydés, augmentation des radicaux libres, diminution des antioxydants et des enzymes antioxydantes. L'altération de la paroi vasculaire va entraîner des débris placentaires et divers éléments endothéliaux qui vont être source d'anomalies vasculaires à distance, au niveau hépatique ou rénal notamment. Ces anomalies biologiques de développement placentaire sont la source des conséquences objectivables sur le plan maternel et expliquent les retentissements fœtaux comme le retard de croissance. Cependant, cette physiopathologie n'explique pas toutes les prééclampsies comme les apparitions tardives, des formes frustrées, ... D'autres origines comme une hypothèse immunologique sur le modèle de rejet de greffe sont aussi étudiées. Nous cherchons encore à comprendre pourquoi certaines femmes vont réagir de manière plus conséquente à des termes variés de la grossesse et d'autres auront une réponse inhibée dans la grossesse normale. Cette notion immunologique est sous-tendue par un risque qui semble moindre chez les couples qui ont des rapports sur un temps plus long avant la grossesse alors que des grossesses issues de dons de gamètes semblent présenter un surrisque.

De nombreuses études fondamentales et cliniques recherchent parmi les nombreux facteurs placentaires et facteurs inflammatoires des variations possibles distinguant la grossesse normale de la grossesse pathologique. Ces facteurs, comme VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor), au cours de la première moitié de la grossesse, puis PLGF (ou Placental Growth Factor), à partir de 23 - 24 SA vont moduler l'adaptation endothéliale. Leur équilibre (taux faible du premier et élevé du second) maintenu dans la grossesse normale maintient le tonus vasculaire, la filtration glomérulaire au niveau rénal, l'imperméabilité de la barrière hémato-encéphalique, le niveau des anticoagulants circulants. Leur déséquilibre va entraîner la cascade physiopathologique observable et explique l'ensemble des tableaux cliniques variés de la prééclampsie.

La prééclampsie est la 4e cause de mortalité en France, à raison d'1,2 % des grossesses. Sa prévention actuelle reste la prescription d'aspirine à faible dose (environ 150 mg - 2 sachets de 75 mg pris le soir) en prise quotidienne débutée avant la fin du 1er trimestre (entre 8 et 16 SA) et jusqu'à 35 - 36 SA - à noter qu'elle ne prévient pas la Prééclampsie à terme mais abaisse de 70 % les prééclampsies avant 37 SA voir 34 SA. Y a-t-il alors une possibilité de la dépister assez tôt afin de cibler les femmes qui pourraient bénéficier de ce traitement ?

Le premier niveau de dépistage reste l'anamnèse et la recherche d'antécédents obstétricaux évocateurs (dépistage de 50 % des prééclampsies) :

- Le syndrome des antiphospholipides (souvent méconnu avant un accident obstétrical) - RR X 9.7
- Un antécédent de prééclampsie - RR X 7.2
- Le diabète - RR X 3.6
- La grossesse gémellaire - RR X 2.9
- La nulliparité - RR X 2.9
- L'obésité - RR X 2.5
- Âge > 40 ans - RR X 2
- HTA - RR X 1.4 - Facteur de risque non vérifié pour une HTA chronique connue => La surveillance de la pression artérielle dès le début de grossesse est donc indispensable. Les conditions idéales de prise, difficilement réalisable en pratique courante, sont d'au moins deux prises aux deux bras avec un appareil de prise automatique, après 10 minutes de repos, s'en tenir compte de la première prise, avec un brassard adapté à la morphologie de la patiente, bras à hauteur du cœur. La diastole a un intérêt supérieur à la systole (elle est moins soumise au stress et donc à l'effet blouse blanche).

Le second niveau de dépistage est l'analyse échographique du doppler des artères utérines : augmentation de l'index de pulsatilité (la rigidification ou du moins l'absence de perte de tonicité des artères majorent la PA maternelle pour assurer le passage sanguin vers l'unité placentaire) Notch au-delà de 26 à 28 SA (sensibilité 47,8 % - spécificité 92 % ; dépistage de 70 % des prééclampsies) - mais il est alors trop tard pour débiter une prévention par aspirine.

Les marqueurs, notamment ceux utilisés pour le dépistage de trisomie 21 comme la PAPP-A, et le PLGF peuvent-ils alors nous être utiles ? Il s'agit d'analyser la PLGF abaissée (plus intéressante car pourrait permettre de dépister jusqu'à 70 % des formes graves risquant un accouchement prématuré) et/ou la PAPP-A abaissée également (seulement 50 % de dépistage) ou de les associer - cependant la PLGF seule semble être aussi pertinente.

Certaines équipes étrangères proposent ainsi un algorithme regroupant antécédents + écho du 1er trimestre (avec dopplers utérins précoces) + biochimie ; l'objectif est alors avant tout d'identifier le bas risque de prééclampsie, plus intéressant pour alléger la surveillance des femmes majoritaires qui ne développeront a priori pas la maladie, que celles susceptibles de la développer pour leur proposer un traitement préventif par aspirine. Avec un taux de faux positif de 10 %, il serait ainsi possible de dépister 77 % des femmes qui auront besoin d'une extraction fœtale avant 37 SA et 96 % avec accouchement avant 34 SA.

Plusieurs études multicentriques françaises publiées et en cours analysent ce raisonnement afin de répondre à cette question sur la pertinence du recours plus systématique à ce dépistage. L'essai ASPRE a validé l'algorithme en dépistage du 1er Trimestre avec mise en place d'aspirine à raison de 150 mg par jour : moins 82 % d'accouchement avant 34 SA et moins 62 % avant 37 SA.

Alors pourquoi une absence de généralisation à ce jour du recours aux marqueurs biologiques ? Tout d'abord, le dosage du PLGF n'est actuellement pas remboursé et les seuils de détection restent à préciser. De plus, ces marqueurs ne permettent pas de dépister toutes les formes de prééclampsie - notamment celles de fin de grossesse. La seconde objection est que l'observance de l'aspirine en prise quotidienne n'est pas toujours respectée. Les saignements comme l'épistaxis ou tout autre saignement attribué à l'aspirine conduit autant les femmes que les professionnels à proposer des arrêts précoces - alors que les études contre placebo ont démontré une absence d'impact.

Le dépistage, chez les multipares sans antécédents, ne présente pas plus d'intérêt. Le dépistage devrait donc cibler les nullipares et les femmes avec antécédents. Cependant, une généralisation en population générale ne retrouverait probablement pas des taux de détection aussi bon avec un risque de majoration de faux positifs - les protocoles d'études actuels (avec un respect strict par normalisation des prises de tension comme des dopplers utérins) sont exclusivement hospitaliers et n'incluent pas les suivis de ville. Le taux de prévention serait probablement moins bon que dans les études.

La prise en compte de la pression artérielle s'oppose aux conditions de prises idéales non respectées en consultation courante. Quid de la réalisation de manière stricte de l'enregistrement du doppler des artères utérines par l'ensemble des échographistes sans évaluation des pratiques professionnelles généralisées comme c'est le cas pour la mesure de la nuque.

C'est pourquoi le CNGOF dans ses recommandations 2 023 ne propose pas un dépistage systématique par le recours à des marqueurs biologiques. En revanche, la mise en évidence d'antécédents, une pression artérielle diastolique élevée, des dopplers utérins ne se normalisant pas à la fin du 2nd trimestre doivent amener à orienter vers un suivi spécialisé.

## Messages clés

- PLGF est un marqueur qui pourrait avoir un intérêt en dépistage de la prééclampsie chez les femmes nullipares et les femmes présentant un antécédent à risque de prééclampsie ; son recours n'est cependant pas suffisamment étayé à ce jour pour pouvoir le proposer en pratique courante.
- Les recommandations du CNGOF ciblent donc le dépistage par recherche des antécédents, la surveillance ciblée du doppler des artères utérines, la surveillance de la pression artérielle.
- Lorsqu'un facteur de risque est identifié, la prévention par aspirine doit être débutée avant 16 SA. Le retard de croissance d'origine vasculaire est une de ses principales indications.



## QUESTIONS DE FORMATION

### 1/ PLGF est un marqueur qui, dans la prééclampsie

- a) S'abaisse
- b) Augmente

2/ PLGF doit être associé au dosage de la PAPP-A pour dépister jusqu'à 70 % des formes graves.

- a) Vrai
- b) Faux

3/ La prévention par aspirine :

- a) Débutée avant 16 SA, consiste à la prise de 100 mg d'aspirine quotidiennement
- b) Débutée après 16 SA, consiste à la prise de 150 mg d'aspirine quotidiennement
- c) Débutée avant 16 SA, consiste en une prise de 150 mg quotidiennement
- d) Débutée avant 16 SA, consiste en une prise de 150 mg en deux fois quotidiennement

*Retrouvez les réponses pages 44 à 48.*



### Ménopause : suivi par la sage-femme

*Laure SENEMAUD HERRERA, sage-femme sexologue, Vincennes et Maison des femmes de la Pitié Salpêtrière Paris*

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Herblay / Seine, nico.dutriaux@gmail.com

#### Intro

La ménopause est une étape physiologique chez les femmes, mais qui expose à un cumul de facteurs de risque notamment cardiovasculaire et des pathologies peuvent apparaître avec l'âge. Quelle place dans notre exercice pour ces 11 millions de femmes en France, à raison de 400 000 femmes qui l'atteignent chaque année ?

#### *Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)*

Conformément à nos textes législatifs, "[...] l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention [...], sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique [...]" (L4151-1). Le texte légal socle, tout comme les avenants conventionnels entre nos syndicats et la Sécurité Sociale ne précise aucune restriction dans le niveau de prévention ; la sage-femme peut donc intervenir autant en prévention primaire (éducation à la santé et autres actions de promotion permettant d'éviter l'apparition d'une pathologie), en prévention secondaire (action de dépistage d'une pathologie en l'absence de symptôme) mais aussi, et ce champ reste à investir, en prévention tertiaire (intervenir après la survenue de la maladie pour en réduire les complications et les risques de rechute, pour amoindrir ses effets et ses séquelles, ou ceux consécutifs à son traitement).

La ménopause étant une évolution naturelle du fonctionnement féminin, la sage-femme a donc vocation à prendre en charge ces patientes tout en prescrivant tout examen nécessaire à son suivi. Pour rappel, la ménopause se définit uniquement sur la clinique, a posteriori, à la suite de 12 mois d'aménorrhée, conséquence d'un épuisement de la réserve ovarienne. L'âge moyen de survenue en France est de 51 ans. Aucun bilan hormonal n'est recommandé - sauf si survenue précocement, c'est-à-dire 40 ans : on parle alors d'insuffisance ovarienne précoce (IOP). Le bilan de base comprendra : FSH, LH, ESTRADIOL, PROGESTÉRONNE, AMH avant orientation en consultation spécialisée. L'âge des premières règles ou le nombre de grossesses n'influencent pas l'âge de survenue de la ménopause contrairement au poids, ou partiellement à l'âge de survenue chez les ascendantes.

Le suivi de la femme ménopausée s'inscrit dans le suivi gynécologique courant de la femme à raison d'une consultation annuelle en dehors de toute plainte ou pathologie comprenant outre l'anamnèse, une proposition d'examen clinique mammaire (débuté à 25 ans) et d'un examen clinique pelvien (sans recours nécessairement systématique à l'examen sous spéculum et / ou le toucher vaginal) - en s'enquérant à chaque étape du consentement de la patiente, consentement qui peut



être retiré à tout moment. Le dépistage du cancer du col est poursuivi jusqu'à 65 ans en population générale par recherche quinquennale d'HPV avec cytologie réflexe si positive et orientation vers un colposcopiste si persistance d'un HPV positif deux années de suite. Le dépistage mammaire est complété par une mammographie biennale de 50 à 74 ans en l'absence d'antécédents familiaux ou personnels. Il est évidemment possible de prescrire des examens de dépistage personnalisés en dehors de ces bornes si la patiente le nécessite ou le demande, si après information, elle persiste dans sa demande.

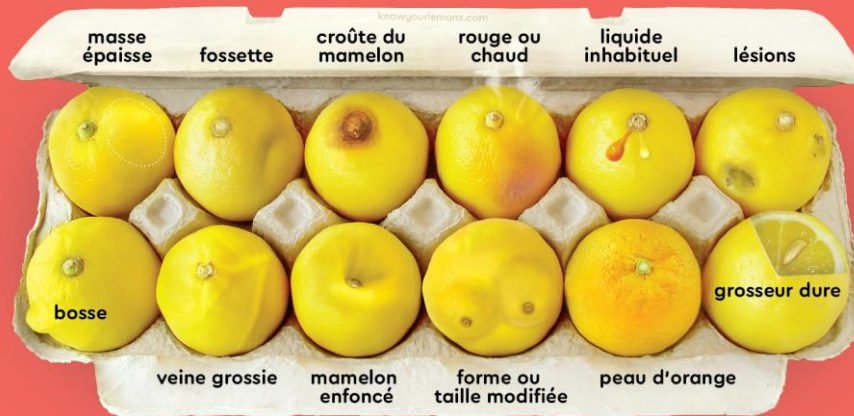
Au-delà de ce suivi clinique, la ménopause, comme chaque étape de vie, est un moment de bouleversement qui présente ses tabous (exemple : troubles du climatère, difficultés sexuelles, ...). Les femmes ont alors besoin d'un espace de paroles et une écoute active en retour face à une société pouvant être malveillante pour elles. C'est aussi le temps du départ des enfants et il est temps de « réinventer son quotidien ». Ces questions sont à aborder et l'identité familiale et sociale pour ne pas dire sociétale réinterrogée est discutée. « L'estime et la confiance en soi sont un des meilleurs traitements au syndrome climatérique ».

Les signes physiques peuvent apparaître avant la ménopause, tout au long d'une période de transition caractérisée par une alternance des périodes d'hyperoestrogénie (mastodynie, pesanteur, prise de poids, irritabilité, ...) et de périodes d'hypoestrogénie (bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, baisse de libido). Les cycles peuvent se raccourcir avant de s'allonger jusqu'à disparaître. La peau s'affine avec une réduction des glandes sudoripares et de la pilosité. Les troubles du climatère sont l'un des symptômes les plus handicapants dans le vécu des femmes. Souvent nocturnes, ils occasionnent des troubles du sommeil. La baisse des œstrogènes entraîne une atrophie vaginale, une sécheresse des muqueuses pouvant s'associer dans un syndrome génito-urinaire de la ménopause (troubles urinaires sous forme d'incontinence et difficulté sexuelle comme des dyspareunies en lien avec la sécheresse intime), une diminution du volume mammaire. Cette réduction du taux d'œstrogène circulant associé à une prise de poids majore le risque cardiovasculaire avec apparition possible d'une HTA, d'une hypercholestérolémie, ou de troubles de la glycémie. Certaines femmes peuvent aussi présenter une ostéoporose (risque de fracture à partir de 70 ans). L'ostéodensitométrie n'est cependant prise en charge par l'Assurance Maladie que sur les critères édictés par la HAS : IMC bas, antécédent familial de fracture du col du fémur chez un parent au 1er degré, corticothérapie au long cours, insuffisance ovarienne précoce (le motif de prescription, évidemment accessible à la sage-femme, doit donc être précisé sur l'ordonnance pour ouvrir droit à remboursement).

L'entretien préalable, au-delà de présenter notre rôle et nos compétences, devra entendre le vécu de leur histoire gynécologique avec le ou les praticiens antérieurs. L'anamnèse est identique à toute femme en insistant sur les suivis réalisés par le médecin généraliste ou les orientations vers les spécialistes pouvant avoir été nécessaires. Quels sont son mode de vie et sa situation professionnelle et personnelle ? Où en est-elle dans sa sexualité ? Les dépistages de cancer (colon y compris) ont-ils été réalisés et quand ? Et cette ménopause, comment elle la vit, elle, sa ménopause ?

L'examen clinique s'attardera sur la prise de poids et spécifiquement au niveau abdominal (périmètre ombilical majoré augmente le risque de cancers et de pathologies cardiovasculaires, N < 80 cm) pour cibler les conseils hygiéno-diététiques et d'activité physique ou sportive. La prévention secondaire intégrera les bilans glycémio-lipidiques si non faits récemment et une prescription de vitamine D assez large (en privilégiant la prise quotidienne aux apports trimestriels). L'apport calcique n'est pas recommandé (risque de calculs rénaux). L'examen mammaire est l'occasion de rappeler l'autosurveillance avec des outils pédagogiques comme « Connais tes citrons » (cf. illustration).

# Entre vos mammographies, surveillez ces changements.



Vous reconnaissez quelque chose ? Certains changements sont normaux. Mais si le changement ne disparaît pas, ayez le bon réflexe et montrez le à votre médecin.

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

L'observation de la vulve à ce stade a toute son importance : au-delà des aspects fonctionnels comme la sécheresse, la présence de décolorations ou de taches peuvent faire craindre un possible cancer dermatologique. L'examen périnéal est le moment de revenir sur les possibles incontinences urinaires et les conseils périnéaux, ou d'envisager une éventuelle rééducation.

L'abord de la sexualité est l'occasion que celle-ci n'est pas figée et qu'il est normal qu'elle évolue. Il faut évoquer les modifications aux stimuli comme une lubrification plus lente, comme les autres éléments de réactions sexuelles. L'activité sexuelle est cependant recommandée si souhaitée puisqu'elle contribue à maintenir ou redonner une élasticité aux tissus et à réduire l'atrophie - même avec des pratiques masturbatoires. Il faut cependant aborder aussi les troubles de la sexualité possibles chez le ou les partenaires possibles. Se posera alors la question de l'arrêt de la contraception, notamment celle apportant une aménorrhée masquant de fait l'éventuelle ménopause clinique. À partir de 50 ans, le risque de grossesse est de 1 à 3 pour mille ; un arrêt à 55 ans maximum est donc envisageable - en l'ayant anticipé en amont en ayant discuté de cet arrêt au cours des rdv précédents.

## Alors quand adresser ?

- Apparition de facteurs de risque cardiovasculaire multiples confirmés, mise en évidence d'un syndrome métabolique
- Syndrome climatérique nécessitant une prise en charge par traitement hormonal substitutif particulièrement efficace sur celui-ci, avec des avantages certains sur la prévention des risques cardiovasculaires (Ci : K du sein, HTA non contrôlée, diabète, ...). L'information doit intégrer les risques : thromboemboliques, cancer du sein, ovaire et endomètre. Réévaluation annuelle des facteurs de risque.
- Anomalies uro- gynécologiques, notamment toute anomalie mammaire ou métrorragie
- Penser aussi à l'orientation sexologique

La sage-femme adresse alors au médecin traitant ou au médecin spécialiste (gynécologue, endocrinologue, cardiologue, rhumatologue, ...) en poursuivant le suivi qui évolue cependant d'une prévention primaire et secondaire vers une prévention tertiaire.

#### Quels outils proposés à notre niveau de soin ?

- Conseils hygiéno-diététiques : aide au sevrage tabagique, réduction consommation d'alcool, réduction de consommation de sel et autres conseils diététiques, activités physiques et sportives, ...
- Acupuncture et autres thérapies complémentaires
- Topiques contre la sécheresse vaginale - acide hyaluronique et y compris les formes hormonales

Tout un champ de compétences à aborder pleinement comme la vie après 50 ans !

#### **Messages clés :**

- La sage-femme intervient en prévention primaire et secondaire en première intention auprès des femmes ménopausées. Elle intervient en prévention secondaire lorsque le suivi nécessite le concours éclairé d'un médecin en cas de cumul de facteurs de risque et/ou de pathologie confirmée.
- Aucun bilan hormonal ne permet de confirmer ou d'infirmer une ménopause.
- La consultation laisse une grande place aux échanges sur le vécu des changements physiques comme sociaux ou sexuels qui interviennent à cette étape de la vie.
- Le traitement hormonal substitutif présente une balance bénéfique risque généralement positive, surtout chez les femmes fortement gênées par les troubles du climatère. Il n'est pas possible à ce jour pour la sage-femme de le prescrire.



## **QUIZ DE FORMATION**

**1/ Le suivi sage-femme s'arrête à l'arrivée de la ménopause.**

- a) Vrai
- b) Faux

**2/ La consultation gynécologique de la femme ménopausée impose un examen clinique obligatoirement.**

- a) Vrai
- b) Faux

**3/ Une orientation vers un médecin spécialiste impose un arrêt immédiat du suivi sage-femme**

- a) Vrai
- b) Faux

**4/ Le suivi de la femme ménopausée comprend la prescription d'une ostéodensitométrie dès 55 ans.**

- a) Vrai

b) Faux

*Retrouvez les réponses pages 44 à 48.*



### Technoference : quand les écrans font écran aux interactions parents-enfants

*Sylvie DIEU OSIKA, pédiatre - CH Bondy, autrice*

*Collectif CoSE surexpositionecrans.fr*

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Herblay / Seine, nico.dutriaux@gmail.com

#### Intro

Le numérique est désormais partout tout le temps. Les écrans sont omniprésents dans notre environnement exposant les enfants dès le plus jeune âge. Pourtant cette (sur) exposition n'est pas sans conséquence !

#### *Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)*

Les interactions précoces sont sources de développement émotionnel et du langage avant les interactions de jeux, sources d'apprentissage permanent pour les enfants à chaque étape de leur développement. Ils acquièrent ainsi les codes des interactions sociales, la gestion émotionnelle, la motricité fine, ... Une utilisation raisonnée et adaptée à chaque âge des écrans peut évidemment présenter des effets positifs : apprentissage, informations, éducation, ... Mais les plateformes destinées aux enfants ne sont pas pédagogiques malgré la présentation qui en est faite d'autant que leur utilisation est d'ordre occupationnel, dans un usage passif, non partagé, isolé et isolant.

Seules 10 à 15 % des parents suivent les recommandations d'absence d'écran avant 3 ans. Il est estimé qu'à l'heure actuelle, en France, les enfants de 0 à 2 ans passent 3 h 11 par jour devant un écran et 3 h 41 par jour pour la tranche d'âge 2 à 4 ans.

Les écrans ont des effets sur les tout-petits autant que sur l'adulte :

§ Des contenus addictifs (volontairement de la part des annonceurs !) en utilisant des mécanismes neurophysiologiques bien connus comme le circuit de la récompense, le ciblage comportemental, l'incitation à poursuivre par enchaînement des séries, ... Il s'agit d'une science à part entière, la captologie, qui se définit par l'étude de l'informatique et des technologies numériques comme outils de persuasion, d'influence et de changements de comportements. Elle est décrite par BJ FOGG en 1996. Elle va proposer une attirance du regard par les couleurs, des notifications, etc. Ces attirances vont alimenter le circuit de récompense dopaminergique. L'écran devient alors une véritable addiction comme n'importe quelle drogue.

Le temps passé devant un écran, pour les enfants comme pour les adultes, est un temps volé à faire autre chose (dormir, jouer, sortir, pratiquer du sport, ...). L'enfant est ainsi privé d'interactivité autant que de manipulations ou de mobilité. Le sommeil s'en trouve aussi impacté entraînant une dysrégulation émotionnelle, des troubles de la mémorisation et des fonctions cognitives, ... Et évidemment une sédentarité péjorative sur le poids entre autres conséquences. La dernière publication américaine de mars 2023 retrouve une corrélation entre le temps d'exposition long et le nombre de symptômes et de troubles regroupés sous un nouveau syndrome de surexposition aux écrans : retard à l'absence de communication verbale, troubles des apprentissages, de l'attention, de la motricité fine, du comportement, de l'humeur, troubles alimentaires, ... Dans les situations extrêmes, ce cumul de troubles peut faire évoquer une dépression, une addiction majeure ou encore un trouble du spectre autistique.

Le troisième est l'enjeu de cette intervention présentée : la technoférence. Elle se définit par l'interférence d'un écran dans les relations intrafamiliales. L'adulte n'est plus disponible pour son enfant ou interrompt l'interaction brutalement pour y retourner - ce qui est source de stress démontré chez les enfants de moins de 9 mois. La technoférence est développée par Brandon MC DANIELS sur la base de la TV en arrière-fond permanent et de nos jours, sur la présence permanente des téléphones mobiles et autres tablettes qui offre du contenu audiovisuel permanent. Déjà 25 % des femmes déclarent avoir constaté une perturbation de leurs interactions avec leur bébé au cours de leurs 6 premiers mois de vie lorsque le téléphone portable signale l'arrivée d'une notification.

Le défaut d'échanges amène un défaut d'attachement et des troubles du langage chez l'enfant. Son attention est morcelée. Il va d'abord tenter de renouer le contact en s'agitant, en tentant d'interpeller son parent, puis les contacts visuels se réduisent et les échanges verbaux aussi. Plus cela se répète, plus la tentative de reprise de contact disparaît et le temps nécessaire à un retour des interactions s'allonge. Ces effets cumulatifs amènent les enfants à reproduire le modèle parental en cherchant à s'abreuver d'écran. Leur sommeil est réduit (lever plus tôt et coucher plus tard). La socialisation est impactée et les troubles apparaissent rapidement.

Il est donc primordial d'informer les parents (et futurs parents) de ces conséquences déjà observables. Le processus est réversible et cela rapidement dès la réduction ou la suppression de l'exposition. Ainsi la préparation à la naissance peut être un temps de réflexion des futurs parents sur leur propre utilisation des écrans et la place de ceux-ci dans leur quotidien. Lors du suivi en maternité ou des visites à domicile, distiller l'information lorsque la TV est en arrière-plan.

**« Quand l'enfant est en éveil, l'écran est en veille » pourrait devenir un adage.**

Le besoin de sensibiliser les parents dès la grossesse est grand et il est indispensable de poursuivre, a minima, tout au long de la première année. Pour cela, le Collectif CoSE propose sur son site des ressources pour diffuser l'information ([www.surexpositioneécran.fr](http://www.surexpositioneécran.fr)) comme l'affiche *Ne cherchez pas votre bébé sur Insta, il est dans vos bras*. Il est aussi possible de faire un ajout sur l'ordonnance de sortie, ou un rappel complémentaire dans le carnet de santé en plus des pages dédiées à l'accompagnement des parents.

Il faut (ré) apprendre aux parents comment un enfant apprend, en leur expliquant également qu'un enfant doit aussi apprendre la frustration et apprendre à la gérer. L'écran ne peut pas être une solution pour calmer l'enfant. Des conseils simples peuvent être proposés : le plus proche possible de 0 temps d'écran avant 3 ans, et des écrans partagés et accompagnés s'il y a, pas d'écran en semaine les jours d'école pour les plus grands - à adapter en fonction de l'âge en tenant compte de la fratrie

(par exemple écran pour le grand quand le petit fait la sieste) et là encore toujours aussi en présence d'un adulte en informant du risque d'exposition très jeune à des images pornographiques. Il faut aussi avertir les parents que la myopie est actuellement une épidémie dont les écrans sont formellement identifiés comme cause principale.

Quid du sevrage quand une addiction s'est installée ? Sevrage total et rapide sur les syndromes addictifs confirmés à mettre en place dès que possible, la difficulté de gestion émotionnelle de la frustration peut s'étaler sur une semaine quand le contact peut demander jusqu'à 3 semaines pour être rétabli. Il faut évidemment pouvoir s'adapter au cas par cas, en screenant les troubles dépressifs parentaux qui peuvent se cacher derrière les troubles des interactions. L'hôpital de Bondy innove en proposant une consultation spécialisée.

La sage-femme a donc toute sa place dans la prévention de cette technoférence tout au long de la grossesse, pendant le séjour en maternité ou au cours du suivi de la mère et de l'enfant tout au long des 1 000 premiers jours. Elle peut aussi repérer les situations à risque d'exposition inadaptée aux écrans : premier enfant, grossesses rapprochées, logement exigu, immigration récente, garde de l'enfant à domicile, milieux défavorisés, dépression post-natale, ...

### Messages clés :

- La technoférence est l'interférence d'un écran dans les relations parents (et adultes en général) et l'enfant.
- Elle concerne autant l'utilisation des écrans par l'adulte que l'utilisation des écrans par les enfants - qui ne devraient pas être exposés avant l'âge de 3 ans.
- La technoférence est source de troubles de la socialisation des enfants. Un syndrome addictif peut survenir dès le plus jeune âge. Le cumul conduit à des symptômes proches d'un trouble du spectre autistique.
- Ces troubles installés sont réversibles avec comme traitement principal, la suppression complète des écrans.



## QUIZ DE FORMATION

**1/ Les enfants peuvent regarder un dessin animé dès l'âge de**

- a) Un an
- b) Deux ans
- c) Trois ans

**2/ Les jeunes enfants peuvent être exposés aux écrans :**

- a) Seuls
- b) Sous la supervision active d'un adulte
- c) Sous la supervision passive d'un adulte

**3/ Les nourrissons français sont exposés à un écran**

- a) Entre 0 et 2 heures de temps par jour
- b) Entre une heure et 3 heures de temps par jour

c) Entre 3 heures et 4 heures de temps par jour

**4/ La sage-femme peut intervenir**

- a) Dès la grossesse
- b) Dès le séjour en maternité
- c) Dès le retour à la maison

*Retrouvez les réponses pages 44 à 48.*





### Microbiote intestinal du nouveau-né : naissance d'un écosystème

*Dr Alexis MOSCA, pédiatre en gastro-entérologie à l'Hôpital Debré - Paris*

Article rédigé par Nicolas DUTRIUX, sage-femme, Herblay / Seine, nico.dutriaux@gmail.com

#### Intro

Le microbiote se prépare dès la grossesse, et non uniquement à la naissance contrairement à ce qui est régulièrement accepté. Il va poursuivre son développement et son évolution tout au long de la vie. Comment nos pratiques obstétricales (césarienne, antibioprophylaxie ou antibiothérapie, ...) peuvent-elles influencer cette mise en place du microbiote ?

*Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)*

La colonisation du nouveau-né par le microbiote maternel est considérée comme se produisant lors du passage dans la filière génitale à partir du microbiote vaginal. Des hypothèses récentes soumettent la possibilité d'une colonisation in utero à membranes intactes par voie sanguine, notamment à partir du microbiote buccal. Des prélèvements méconiaux in utero n'ont pu mettre en évidence un microbiote prénatal et l'ADN bactérien retrouvé dans certaines études semblent issus de contamination. Il est cependant démontré que le microbiote de la femme enceinte était bien évolutif sous l'influence de la progestérone en favorisant les Lactobacilles bifidus. Il est aussi démontré que la santé bucco-dentaire influence positivement le microbiote intestinal, ce qui amène à une forte promotion des soins bucco-dentaires tout au long de la grossesse.

Les études sur des modèles souris démontrent cependant qu'il y a bien un effet du microbiote maternel sur le fœtus à naître : transmission d'un risque d'obésité par exemple ou réactions immunitaires intestinales différentes. Une étude danoise a démontré que l'exposition à au moins 3 prises d'antibiotiques au cours de la grossesse était associée à une plus grande prévalence de l'obésité à l'âge scolaire, sans impact du terme de la grossesse auquel les antibiotiques ont été administrés. Les inhibiteurs de la pompe à protons pourraient aussi avoir un impact. Ces impacts pourraient cependant être indirects. En modifiant le microbiote maternel, c'est la colonisation du nouveau-né qui est modifiée, au moment de la naissance et après.

La naissance va engendrer une mise en contact exponentielle avec des bactéries de l'environnement (10p8 bactéries en 2 à 5 jours de vie) puis une augmentation progressive sur les 5 premières années avant de se stabiliser sur un profil similaire à celui qui sera le sien à l'âge adulte. Le profil de cette colonisation est variable et dépendant du profil du microbiote des parents évidemment mais aussi de la zone géographique d'origine où ils vivent. Il y a ainsi une cartographie possible des groupes microbiens par zones géographiques. Il semble aussi que le profil du microbiote d'Homo Sapiens semble s'abaisser, surtout au cours des 100 dernières années. Le pH des selles du nouveau-né augmente depuis un siècle, passant de 5 à 6, démontrant une baisse de la production d'acide

lactique et donc une réduction des lactobacilles. La modification du microbiote est suspectée dans le développement des maladies métaboliques et allergiques chroniques modernes (diabète, asthme, maladies inflammatoires intestinales, ...).

Lors de la mise en place du microbiote les premières semaines, les facteurs d'influence sont : le mode d'accouchement principalement, l'état du microbiote parental (notamment si l'un ou l'autre des parents est atteint d'une pathologie chronique comme l'obésité), la présence d'animaux à domicile, le mode d'alimentation. Quand on s'arrête sur la voie d'accouchement, l'empreinte se retrouve à long terme. Le microbiote des enfants nés par voie basse se compose majoritairement de lactobacilles (BG+) alors que ceux nés par césariennes présentent plutôt des entérobactéries et des streptocoques (BG - & Cocci G+). La césarienne augmente le risque d'asthme de 20 % - non pas par rapport à la population générale mais par rapport au risque familial initial, de diabète de 23 % ou encore le risque de développer une dermatite atopique. Il y a également un impact sur la croissance des enfants. Le microbiote d'un enfant né de parents obèse a également plus de risque de développer une stéatose hépatique à l'âge adulte. Autre exemple, l'impact du microbiote de la femme MICI sur le microbiote néonatal peut augmenter le risque de maladies inflammatoires coliques chez l'enfant. Il s'agit de liens de corrélation et non d'un réel lien de cause à effet à ce jour. Ces liens ne seraient pas directs mais la qualité du microbiote modifierait les modulations du phénotype et donc dans la transcription génique. Les études se poursuivent pour comprendre les mécanismes exacts de ce constat.

Quel impact a une exposition postnatale aux germes vaginaux après une césarienne ou à partir de lait maternisé complété de lactobacilles ? Une étude (financée par l'industrie des laits maternisés) retrouve un léger rapprochement d'un profil du microbiote d'un enfant né par voie basse pour un enfant né par césarienne. Cette tendance est retrouvée par un ensemencement par une compresse maintenue une heure dans le vagin de la mère avant la naissance ou dans une étude qui a proposé un ensemencement par les selles de la mère. Quid des apports en probiotiques néonataux : les probiotiques sont un ensemencement mais non une greffe. Nous n'avons pas de certitudes sur la sélection bactérienne qui se fera après administration dans l'intestin du nouveau-né. Il faudrait privilégier des spécialités à souches multiples puisque c'est la diversité qui garantit un équilibre.

Le type d'allaitement influence également la composition du microbiote. La présence d'oligosaccharides présents dans le lait maternel favorise le développement des germes de type lactobacilles. Ces oligosaccharides sont absents du lait de vache et donc moins présents dans les laits maternisés, pondèrent la sélection du microbiote. C'est leur ajout pour constituer un enrichissement en prébiotiques qui peut être un argument commercial par les industries agroalimentaires.

Les pathologies chroniques semblent aussi corrélées à la prise d'antibiotiques précoces dans la vie de l'enfant, le nombre de traitements ou si la mère en a eu besoin en cours de grossesse soulignant l'impact sur le microbiote de l'enfant. Les effets à long terme peuvent être corrigés si la dysbiose est corrigée précocement mais ne sont pas corrigés si la correction du microbiote est réalisée à l'âge adulte. Une prévention à travers l'alimentation de la femme enceinte est possible. Une modification précoce de son alimentation peut aussi conduire vers une modification de son microbiote qui pourra exercer une influence sur le microbiote du nouveau-né puis du nourrisson. Les conseils de base sont d'enrichir son alimentation en DHA et en fibres.

## MESSAGES CLÉS

- L'appauvrissement du microbiote maternel (et dans une moindre mesure, le microbiote paternel) peut transférer une sensibilité à une maladie chronique par la transmission d'un microbiote dysbiotique.

- Les facteurs d'influence positive sont l'environnement comme la présence d'animaux, la voie basse pour l'accouchement, l'alimentation maternelle. La prise d'antibiotiques par la femme enceinte ou par le jeune enfant est un facteur d'influence négatif.
- Les trajectoires précoces de l'évolution, positive ou négative, ont des conséquences ultérieures sur la santé de l'enfant, en le protégeant ou en lui apportant une plus grande sensibilité face au développement de pathologies métaboliques, allergiques ou inflammatoires.



## QCM.

### 1/ Le microbiote maternel pendant la grossesse :

- a) Est influencé par l'alimentation de la femme enceinte et le climat hormonal et les soins bucco-dentaires.
- b) N'est pas influencé par le climat hormonal
- c) N'est pas influencé par la santé bucco-dentaire
- d) N'est pas influencé par l'alimentation

### 2/ Le recours à des probiotiques (par le lait maternisé ou par compléments alimentaires)

- a) Est recommandé
- b) Est inutile
- c) Pourrait présenter un intérêt dans certaines situations

### 3/ L'influence de la naissance par césarienne impacte négativement les risques d'asthme ou de troubles métaboliques chez l'enfant :

- a) Comparativement à la population générale
- b) Comparativement à une population où le risque familial est déjà identifié

*Retrouvez les réponses pages 44 à 48.*



### Sexualité et cancérologie

*Virginie GASC, psychologue clinicienne, sexologue, oncosexologue auprès de la Ligue contre le Cancer et travaille également en EHPAD. Elle est enseignante et formatrice.*

*Claude Roux DESLANDES, médecin sexologue, formée notamment au Québec.*

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Herblay / Seine, nico.dutriaux@gmail.com

#### Intro

Retour sur des accompagnements de femmes confrontées au cancer et son impact sur leur sexualité. Avec la maladie ou grâce à elle, elles découvrent ou redécouvrent que la sexualité se développe, s'apprend, s'adapte pour trouver l'épanouissement et le plaisir.

#### *Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)*

La sexualité se développe selon les lois et les phases du développement ; c'est un apprentissage continu tout au long de la vie. Les hormones ne sont pas que la base de fonctionnement de la sexualité qui intègre la cognition, le relationnel, les perceptions et les émotions en réponse aux sensations. Cela est inscrit dans la définition même de la santé sexuelle<sup>1</sup>. Lorsqu'une personne nous parle d'envie ou d'absence d'envie plus généralement, il convient de faire préciser les perceptions (ressenti corporel, excitation, lubrification, érection), le désir et la libido<sup>2</sup>, les pensées, les jugements, les connaissances de son fonctionnement et de son anatomie. Quelles images, quels souvenirs, quelles émotions associées aux ressentis, aux éprouvés, aux sentiments, à la féminité et à la masculinité ? Et associés au désir ? L'altérité et l'amour, le fantôme de soi et de l'autre.

#### Rappel physiologique :

L'orgasme est mécanique sans association cognitive et émotionnelle. L'orgasme est l'émotion plaisir qui atteint le même seuil que l'orgasme physique quand sensations, ressentis et cognition sont dans un même mouvement et atteignent un seuil en symbiose, seuil différent chez l'homme (plus bas et relativement stable) et chez la femme (plus haut et variable) et variable autant en inter qu'en intrapersonnel. Chez l'homme l'éjaculation est un élément de l'orgasme mais n'est pas synonyme d'orgasme par exemple. Toute excitation dépend des réflexes et n'est donc pas contrôlable mais ses automatismes sont acquis. Elle est donc soumise aux sensations perçues, au-delà de la cognition et de l'émotion qui l'accompagnent.

---

<sup>1</sup> La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés. (OMS)

<sup>2</sup> Le désir sexuel peut être considéré comme ce qui constitue les mobiles de l'activité sexuelle, qu'il s'agisse de la pulsion, de la libido, de l'appétit sexuel, ainsi que de l'intérêt, de la motivation et de l'excitation sexuels. Le désir sexuel est une expression de la libido, comme de la pulsion sexuelle. Si l'on compare la pulsion à une énergie, la libido en serait la puissance et le désir le « canal » et la finalité pulsionnelle. (Dictionnaire Larousse)

Un trouble peut se cacher dans le script erroné de la personne. Un défaut dans ses sensations, y compris la proprioception interne, entraîne un défaut dans ses émotions ressenties ou perçues. Ces émotions peuvent elles-mêmes être sujettes à une interprétation erronée lors du passage en cognitif.

#### Un exemple clinique :

Une patiente se plaint d'une absence d'orgasme. Elle identifie un lien avec l'absence de lubrification suffisante au cours de ses rapports sexuels. L'anamnèse complémentaire retrouve des dyspareunies, qui, dans sa normalité à elle, sont normales (« c'est normal d'avoir mal pendant les rapports sexuels »). En reprenant le fonctionnement physiologique, en remettant les éléments dans l'ordre, elle pourra comprendre que l'excitation doit conduire à une vasocongestion sexuelle. C'est cet afflux sanguin vaginal et pelvien qui va donner la lubrification pour permettre un rapport pénétrant sans douleur, source d'une émotion particulière appelée plaisir qui pourra conduire à un orgasme (réaction corporelle de décharge aux réactions musculaires liées au mouvement, à la respiration, le tonus musculaire).

Comment la trouver l'excitation, comment l'obtenir ? À partir de là sensualité des 5 sens et de son imaginaire, de ses codes d'attraction. Interroger alors l'autostimulation, la masturbation - non pas comme source de plaisir mais comme source d'apprentissage de ses excitations.

Le professionnel de santé va donc prendre en charge ou orienter la femme non pas pour traiter « une absence d'orgasme » mais pour traiter les dyspareunies. Parallèlement, une découverte de son anatomie pour une meilleure connaissance de son corps et de son fonctionnement, une évaluation de ses sources d'excitation compléteront le suivi. La lubrification naturelle peut malgré tout rester insuffisante, il sera possible de la compléter par des lubrifiants si nécessaire. La prescription de lubrifiant privilégiera, dans cette vignette clinique, une forme à appliquer par massage plutôt qu'en pipette, pour permettre cette conscientisation de cette sensibilité et de cette sensorialité.

#### Un exemple d'exercice :

*Percevoir qu'être avachi(e) à l'extérieur... C'est idem à l'intérieur. Percevoir son bassin, son périnée puis apprendre à expirer (décrire ce qui se passe dans les différents diaphragmes - au niveau du cou, du diaphragme thoracique, du périnée). Bouger. Être à l'écoute des sensations de son corps en général, des zones sexuelles en particulier.*

#### Un autre exemple clinique :

La Ligue contre le Cancer 64 (Pyrénées Atlantiques) propose des rdvs individuels et en groupes pour parler sexualité. Voici un exemple d'échanges avec une patiente : une femme de 43 ans traitée pour un cancer du sein a vu une remise en question de sa sexualité dans laquelle les seins avaient une place particulière, la chirurgie a conduit à des cicatrices et elle n'arrive plus à toucher sa poitrine. "Je souhaite retrouver ma sexualité d'avant, j'ai perdu quelque chose avec le cancer, aidez-moi à le retrouver".

Le thérapeute interroge sur ce qui marchait avant lors des autostimulations : "la stimulation des mamelons et le recours à l'imaginaire complétés par une stimulation du clitoris, une auto-pénétration, une fluidité dans les mouvements du corps pour conduire vers l'orgasme".

Et maintenant ? Si la stimulation mammaire est un frein, il reste le recours à l'imaginaire et la stimulation du clitoris comme des possibles, cela peut être différent, peut-être plus fébrile. Quelles sont les sensations ressenties ? "De la sécheresse vaginale". Quelles sont les émotions ? "Du dégoût

(après la chirurgie), une irritabilité, car mon sein ne m'appartient plus". Quel relationnel ? "Mes seins étaient un atout de séduction, ils ne le sont plus".

Le thérapeute va alors guider vers un temps nécessaire d'intégration, de digestion de ce qui s'est passé pour accepter à son rythme ce nouveau schéma corporel. La pluridisciplinarité passe par les séances de soins avec le kinésithérapeute qui assure les massages de cicatrice. Puis, par le recours à un objet transitionnel : si vous n'y arrivez pas seule, directement, pourquoi pas une interface comme un pinceau ou un plumeau pour prendre conscience des sensations différentes. En parallèle, il est possible de prendre soin aussi de sa vulve autant que prendre soin de soi. Cela est valable à chaque étape de la vie, en s'y adaptant (comme pour les femmes qui arrivent à la période de la ménopause). Progressivement le massage, la caresse se transformeront en palper pour intégrer la proprioception de cette poitrine transformée.

#### Un dernier exemple en atelier collectif :

Le groupe offre un lieu d'échanges et de partages. C'est un moment d'expression attendue où une personne peut poser la question qui lui pèse.

À propos du désir : "je veux mais je ne peux pas" (trouble érectile chez un homme, douleur chez la femme) ou "je pourrais mais je ne veux pas" (peur de la rencontre : qu'est-ce que je dois dire ou ne pas dire sur le fait que je suis - j'ai été malade du cancer, peur de la communication : comment le dire, la façon de le dire).

Parfois c'est l'aidant, le partenaire qui évoque sa difficulté et qui prend alors de la place dans l'évocation de sa difficulté en oubliant ce que l'autre a vécu. Le tiers professionnel de santé peut aider à verbaliser pour que le / la patiente puisse aussi en prendre conscience en elle-même : le corps de l'autre, du malade, a été dénudé, examiné, opéré, ponctionné, ... Il faut du temps pour ouvrir un champ à l'intimité sexuelle au-delà de la maladie et de ses traitements.

Quels sont les besoins que les patient-es expriment ? Qu'on puisse leur ouvrir un espace de paroles sur leur sexualité ! C'est le message transmis de la part des patientes pour les sages-femmes présentes à ces 51es Assises Nationales. Un espace dédié, comme la consultation d'une sage-femme, c'est déjà un premier pas, une ouverture. La sage-femme connaît ces moments de transition naturelle que sont la puberté, le post-partum, la ménopause. Ce sont des moments de reprise de possession de son corps, de retrouver le consentement aux examens. Cela est aussi valable pour les malades du cancer pendant ou après leurs traitements pour retrouver les besoins complémentaires de reconnaissance, de sécurité, d'affection, qui sont reliés les uns avec les autres.

### **Messages clés**

- Le diagnostic et le traitement du cancer, comme nombre de soins, conduit à un sentiment de déshumanisation, de dépossession du corps. Cette perte relative d'intimité, les stigmates des chirurgies et autres traitements médicamenteux ou radiologiques ont un impact majeur sur le schéma corporel.
- La maladie et ses traitements ne touchent pas que le malade, mais aussi son entourage comme son conjoint, ses enfants, ... Même après, une fois la maladie derrière soi, à qui et comment en parler ? Doit-on en parler à un nouveau partenaire ?
- La sexualité, par ses composantes physiques, sensorielles, émotionnelles et cognitives intégrées les unes avec les autres s'en trouve évidemment impactée.
- Les malades, actuels comme anciens, sont en attente d'espaces de paroles où la sexualité est abordée pour pouvoir s'exprimer. Les sages-femmes, dans leur rôle de prévention tertiaire, peuvent être une ressource pour offrir un espace spécifique.



## QUESTIONS DE FORMATION

1/ Les hommes et les femmes ont une courbe d'excitation différente

- a) Vrai
- b) Faux

2/ La courbe d'excitation féminine pour atteindre l'orgasme est

- a) Haute et variable
- b) Basse et constante

3/ Une plainte sexuelle doit être

- a) Prise en compte telle que l'énonce la ou le patient
- b) Traitée en traitant uniquement le symptôme amenant à consulter
- c) Doit être interrogée dans toutes les composantes pour comprendre la plainte et les fausses croyances ou méconnaissances du patient ou de la patiente pour pouvoir l'aider

4/ Les malades expriment

- a) Un besoin de solution
- b) Un besoin d'écoute

*Retrouvez les réponses pages 44 à 48.*



## QUAND LA SCIENCE EN PARLE – ARTICLE 10

### Prise en charge des nausées et vomissements gravidiques (nvg) et de l'hyperémèse gravidique (hg)

Sophie LEVRIER - FIALON, gynécologue obstétricienne, CH Bayonne

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Herblay / Seine, nico.dutriaux@gmail.com

#### Intro

Les nausées et vomissements gravidiques (NVG) concernent 50 à 90 % des femmes enceintes, symptôme courant, il ne doit pas être négligé, d'autant qu'il existe des traitements médicamenteux et non médicamenteux même si aucun n'a démontré une efficacité supérieure par rapport aux autres. Commencés tôt, ils limitent le risque d'aggravation vers l'hyperhémésis gravidique (HG). Cette dernière, selon son degré de gravité, sera à gérer en ville ou en hospitalisation. L'évaluation et la réévaluation sont donc primordiales.

#### *Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)*

Les NVG sont définis comme des nausées et vomissements débutants au 1er trimestre de la grossesse en l'absence d'autres étiologies. Les HG sont des NVG associés à une perte de poids de 5 % ou plus, et/ou un ou plusieurs signes cliniques de déshydratation et/ou un score PUQE  $\geq$  7 (cf. illustration).

<b>Score PUQE : PREGNANCY UNIQUE QUANTIFICATION OF EMESIS AND NAUSEA</b>					
	<b>1 point</b>	<b>2 points</b>	<b>3 points</b>	<b>4 points</b>	<b>5 points</b>
<b>1. En moyenne sur 24 h, combien de temps avez-vous des vomissements ou des nausées ?</b>	0	$\leq 1$ h	2 – 3 h	4 – 6 h	$> 6$ h
<b>2. Nombre d'épisodes de vomissements au cours des 12 dernières heures</b>	0	1 à 2	3 à 4	5 à 6	$\geq 7$
<b>3. Nombre d'épisodes de rejets secs au cours des 12 dernières heures</b>	0	1 à 2	3 à 4	5 à 6	$\geq 7$
<b>Score total de 4 à 6 : léger. Score total de 7 à 12 : modéré. Score total <math>\geq 13</math> : sévère</b>					

Malgré leur fréquence, la physiopathologie exacte des NVG reste incertaine et paraît multifactorielle. L'idée première est l'effet TSH-like des HCG au fur et à mesure de leur évolutivité dès le début de la grossesse qui majore l'activité thyroïdienne de la femme enceinte. Cet état transitoire d'hyperthyroïdie gravidique (la TSH chute) est suspecté, sans données fiables pour le confirmer. Les autres hormones de la grossesse (œstrogène, progestérone) ainsi que la cortisone pourraient aussi être impliquées. La littérature retrouve également comme facteur de risque un antécédent familial et personnel évoquant une prédisposition génétique, le sexe fœtal (fille  $>$  garçon), un mauvais état de santé en début de grossesse, le portage d'*Helicobacter pylori*, l'IMC faible ou encore la grossesse multiple.

Les troubles psychiques longtemps accusés d'être une cause possible d'HG sont désormais identifiés comme une conséquence à l'HG.



L'évaluation initiale comprend tout d'abord la surveillance du poids ; une perte de poids est un signe de gravité des NVG définissant l'HG si elle atteint 5 % du poids initial. À partir de 10 %, il est alors nécessaire de proposer une hospitalisation.

Le deuxième élément clinique est d'évaluer l'éventuelle déshydratation : sensation de soif intense, pli cutané persistant ou aplatissement des veines superficielles ou sécheresse cutanée importante, hypotension - tachycardie pouvant aller jusqu'à un état de choc, oligurie et concentration des urines. Un seul signe justifie une hospitalisation.

En cas de NVG : on assurera leur prise en charge rapide sans bilan complémentaire. En cas d'HG, un bilan sanguin (ionogramme pour évaluer la natrémie et la kaliémie principalement et la créatinémie) et une bandelette urinaire sont recommandés dans un premier temps, secondairement complétés par transaminases, lipase, NFS, CRP, TSH & T4L et une échographie abdominale et pelvienne en l'absence d'amélioration pour rechercher une étiologie autre que la grossesse (hépatite, pancréatite, appendicite, torsion d'annexe, hyperthyroïdie vraie). Ces étiologies présentent cependant d'autres éléments cliniques le plus souvent. Le bilan hépatique peut volontiers être légèrement perturbé.

Devant des NVG sans signes de gravité (PUQE < ou = 6), il est recommandé de stopper les suppléments vitaminiques sauf l'acide folique qu'il faut poursuivre et on privilégiera les conseils hygiéno-diététiques et les approches non médicamenteuses comme l'acupuncture ou le gingembre. Si un traitement médicamenteux est initié, il y aura 72 heures de prise de recul entre chaque escalade thérapeutique.

- Doxylamine seule en associant avec pyridoxine ou Dimenhydrinate en première intention
- Métoclopramide en 2e intention
- Chlorpromazine ou Prométhazine ou Métopimazine en 3e intention

En cas d'HG sans gravité (PUQE de 7 à 13), le suivi en ville peut être poursuivi. On complétera la prise en charge des NVG initiés ou débutés sur la base d'un traitement médicamenteux (réévalué à 24 48 heures) par un soutien psychologique. Les traitements non médicamenteux ne sont pas recommandés - c'est-à-dire que nous n'avons pas de preuve suffisante de leur efficacité dans cette situation dégradée mais leur recours reste possible en complémentarité.

L'échec ou l'apparition de signe d'aggravation à considérer ou un PUQE > ou = 1, signe la nécessité d'une prise en charge hospitalière. Elle sera basée sur une réhydratation avec adjonction de vitamine B1, la thiamine, en prévention du risque d'encéphalite de Gayet-Wernicke (plus connue sous le nom de Béribéri) par voie parentérale. La perfusion permet également l'injection des antiémétiques en palier également : métoclopramide puis ondansétron (dont l'AMM est ciblé sur les nausées vomissements liés aux traitements anticancéreux), qui ne peut être proposé qu'après 12 SA. D'autres molécules pourront être proposées ainsi qu'une corticothérapie en 3e palier ; mais là aussi aucun n'a fait la preuve d'une efficacité supérieure.

Le soutien psychologique est indispensable à tous les stades en expliquant aux femmes que leur mal-être psychique est une conséquence et non une cause des vomissements et rappeler que des associations de soutien existent. Ces difficultés peuvent conduire à des demandes d'IVG.

Il est conseillé d'associer de manière systématique le score PUQE à l'arbre décisionnel au dossier obstétrical dès son ouverture. Il est ainsi possible d'assurer le suivi rapproché des femmes enceintes présentant les NVG et HG.

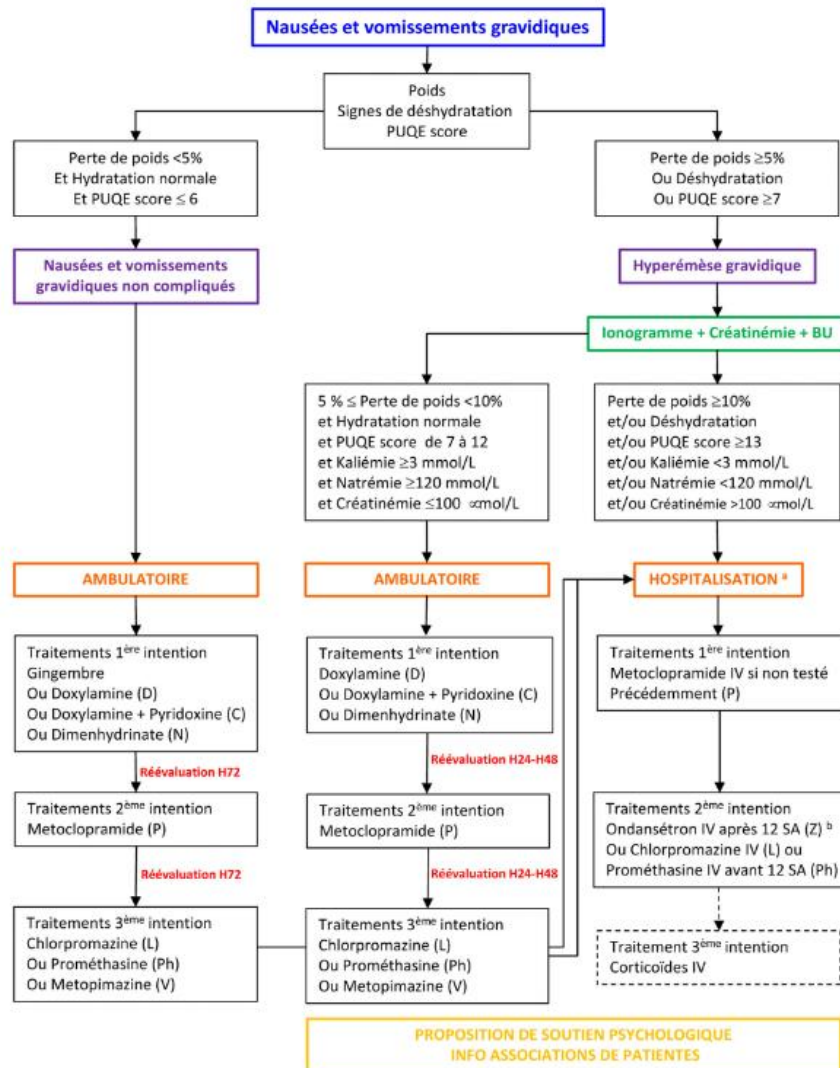


Fig. 1. Algorithme de prise en charge des patientes avec nausées et vomissements gravidiques et hyperémèse gravidique.

## Messages clés

- La question des nausées - vomissements n'est plus à considérer comme un "des petits maux de la grossesse".
- Leur suivi est indispensable pour diagnostiquer les situations d'hyperhémésis gravidiques.
- Les signes de gravité (cliniques et / ou biologiques) doivent conduire à une hospitalisation.
- Les patientes nécessitent d'être revues régulièrement et les traitements réadaptés au fur et à mesure.



## QUESTIONS DE FORMATION

1/ Devant des nausées vomissements simples avec un score PUQE < 6, la conduite à tenir initiale est

- a) De proposer un traitement médicamenteux à base de Métoclopramide
- b) De proposer une approche complémentaire seule
- c) De proposer une approche complémentaire et/ou un traitement médicamenteux à base de Doxylamine

2/ Concernant la perte de poids,

- a) La perte de 5 % du poids initial est un signe de gravité
- b) La perte de 5 % du poids initial est un signe d'hyperhémésis gravidique
- c) La perte de poids de 5 % du poids initial impose une hospitalisation

3/ Tout vomissement gravidique impose un bilan complet

- a) Vrai
- b) Faux

4/ L'escalade thérapeutique repose sur la preuve d'une meilleure efficacité des traitements médicamenteux proposés les uns par rapport aux autres.

- a) Vrai
- b) Faux

5/ Les signes biologiques de déshydratation sont :

- a) Une kaliémie < 4 mmol/l et une natrémie < 120 mmol/l
- b) Une kaliémie < 3 mmol/l et une natrémie < 120 mmol/l
- c) Une kaliémie < 3 mmol/l et/ou une Natrémie < 120 mmol/l

*Retrouvez les réponses pages 44 à 48.*

# Réponses aux quiz

## QUAND LA SCIENCE EN PARLE

**Article :** Favoriser le sevrage tabagique en moins de 5 minutes, en 5 questions et en 5 actions.

1 / selon les dernières données, le tabagisme chez la femme enceinte et accouchée représente :

Réponse : b

2/ parmi les messages entendus par les femmes, laquelle est vraie :

Réponse : c

3/ pour adapter la dose d'un patch, chez une femme enceinte qui fume 5 cigarettes roulées par jour habituellement pouvant être associées une fois à du cannabis sur les 5, je prescris au minimum :

Réponse a (4 roulées x 2 équivalent cigarette à 1 mg de nicotine soit 8 mg + 7 d'équivalence cigarettes à 1 mg pour l'association au cannabis = 15 mg).

**Article :** Ivg tardives : conduite à tenir et aspects psychologiques croisés

1/ le terme de 16sa est fixé à partir de l'échographie de datation sur les mesures du pc et du bip :

Réponse : c

2/ le protocole d'ivg tardive par voie chirurgicale comme médicamenteuse impose le recours systématique :

Réponse b

3/ pour l'ivg tardive médicamenteuse,

Réponse : c

**Article :** De nouvelles organisations de soins basées sur le réseau ville - hôpital : quand la nécessité bouscule nos certitudes.

1/ La proposition d'une maturation réalisée à domicile peut être proposée à toutes les patientes.

Réponse : a

2/ L'ouverture vers la ville est un fonctionnement dégradé du modèle hospitalier

Réponse : b

## Article : Télémédecine : législation & retour d'expérience

1/ Une patiente va déménager dans une autre région avant son accouchement, elle souhaite réaliser un bilan prénatal avec une sage-femme à proximité de son nouveau domicile.

Réponse c

2/ Une patiente que vous ne connaissez pas vous contacte pour un renouvellement de contraception

Réponse b

3/ Une patiente vous contacte pour des questions en lien avec l'allaitement après son suivi à domicile de sortie de maternité.

Réponse a

le suivi postnatal de surveillance mère enfant en sortie de maternité n'est pas réalisable en téléconsultation. Des rdvs de soutien intermédiaires ou au-delà de ce suivi sont possibles.

## Article : L'intérêt et la place du dépistage de la prééclampsie au 1er trimestre de la grossesse.

1/ PLGF est un marqueur qui, dans la prééclampsie

Réponse a

2/ PLGF doit être associé au dosage de la PAPP-A pour dépister jusqu'à 70 % des formes graves.

Réponse b

3/ La prévention par aspirine :

Réponse c

## Article : Ménopause : suivi par la sage-femme

1/ Le suivi sage-femme s'arrête à l'arrivée de la ménopause.

Réponse b

**2/ La consultation gynécologique de la femme ménopausée impose un examen clinique obligatoirement.**

Réponse b

Aucun examen clinique ne peut jamais être imposé.

**3/ Une orientation vers un médecin spécialiste impose un arrêt immédiat du suivi sage-femme**

Réponse b

La sage-femme continue de participer au parcours de soins en se positionnant dans son champ de compétences en prévention tertiaire.

**4/ Le suivi de la femme ménopausée comprend la prescription d'une ostéodensitométrie dès 55 ans.**

Réponse b

L'ostéodensitométrie est à prescrire sur facteurs de risque (cf. recommandations HAS) - son remboursement est soumis à ces règles.

**Article : Technoférence : quand les écrans font écran aux interactions parents-enfants**

**1/ Les enfants peuvent regarder un dessin animé dès l'âge de**

Réponse c

**2/ Les jeunes enfants peuvent être exposés aux écrans :**

Réponse b

**3/ Les nourrissons français sont exposés à un écran**

Réponse c

**4/ La sage-femme peut intervenir**

Réponse a

La préparation à la naissance et à la parentalité devrait intégrer cette information.

**Article : Microbiote intestinal du nouveau-né : naissance d'un écosystème**

**1/ Le microbiote maternel pendant la grossesse :**

Réponse a

## **2/ Le recours à des probiotiques (par le lait maternisé ou par compléments alimentaires)**

Réponse c :

À savoir, naissance par césarienne, dysbiose vaginale connue chez la mère, parents présentant une pathologie métabolique, immunitaire ou inflammatoire, la prise d'antibiotiques en cours de grossesse et/ou chez le jeune enfant. Cependant, les études sont encore insuffisantes pour émettre une quelconque recommandation en ce sens à ce jour.

## **3/ L'influence de la naissance par césarienne impacte négativement les risques d'asthme ou de troubles métaboliques chez l'enfant :**

Réponse b

## **Article : Sexualité et cancérologie**

### **1/ Les hommes et les femmes ont une courbe d'excitation différente**

Réponse a

### **2/ La courbe d'excitation féminine pour atteindre l'orgasme est**

Réponse b

### **3/ Une plainte sexuelle doit être**

Réponse c

### **4/ Les malades expriment**

Réponse b

## **Article : Prise en charge des nausées et vomissements gravidiques (nvg) et de l'hyperémèse gravidique (hg)**

### **1/ Devant des nausées vomissements simples avec un score PUQE < 6, la conduite à tenir initiale est**

Réponse c

### **2/ Concernant la perte de poids,**

Réponse b

### **3/ Tout vomissement gravidique impose un bilan complet**

Réponse b

Seuls les scores PUQE > 6 nécessitent un bilan.

Une prise en charge adaptée, elle, est en revanche indispensable pour toutes les femmes.

4/ L'escalade thérapeutique repose sur la preuve d'une meilleure efficacité des traitements médicamenteux proposés les uns par rapport aux autres.

Réponse b

5/ Les signes biologiques de déshydratation sont :

Réponse c

NAOS est l'une des premières entreprises indépendantes de Skincare au monde.  
NAOS a créé 3 marques inspirées de l'écobiologie.