

BULLETIN DU RESEAU DE PERINATALITE DE BASSE NORMANDIE



NUMERO 1

JUILLET 2013

LE MOT DE JEAN COUDRAY

Président du réseau de Périnatalité de Basse-Normandie



Enfin !

Ce n'est pas vrai, vous ne l'attendiez pas avec impatience... ! Mais nous qui venons de prendre cette initiative de vous livrer un bulletin biannuel nous disons enfin, car ce n'est pas évident ni facile de mettre sur pied ce petit évènement !

En cela, je remercie la belle équipe, qui en plus de leur travail habituel, joue les journalistes, les photographes et autres. Bien sur il est classique de dire que ce bulletin est le vôtre... Sauf que celui-ci doit-être vraiment le vôtre. Il doit créer de la liaison entre nous , entre nos différentes structures de soins.

Envoyez nous vos réflexions, vos articles, vos découvertes (en tout genre!). Cela doit-être un bulletin de liaison comme nous avons connu dans notre âge plus jeune...avec des améliorations en rapport avec notre cœur de métier (mais parfois autre... !)

Quoi qu'il en soit voici le premier numéro sans doute rempli d'imperfections, mais ne demandant qu'à être le témoin de notre attachement à travers ce beau réseau qui est le nôtre.

Bien amicalement vôtre

Jean Coudray

CHU Côte de Nacre

Bâtiment FEH, niveau 2

Avenue Côte de Nacre

CS 30001

14033 CAEN Cedex 9

Tél : 02.31.27.23.71 ou 27.91

Fax : 02.31.27.26.28

contact@perinatbn.org

Dans ce numéro

- ♦ Actualités du réseau p.2
- ♦ Rapport européen sur la santé périnatale : situation de la Basse-Normandie p.4
 - ♦ Les 10 messages forts de la RMM du 25 Janvier 2013 p.5
 - ♦ GYPOM 12 Avril 2013 p.5
 - ♦ Le don d'ovocyte au CHU de Caen p.6
- ♦ Récit d'une sage-femme engagée dans l'humanitaire p.8
- ♦ Actualité en santé p.10
- ♦ Agenda p.13

Les membres du Conseil d'Administration se sont inspirés du Schéma Régional de l'Organisation des Soins 2013-2017 pour définir de nouveaux objectifs et élargir le champ d'action du réseau de périnatalité.

Quatre nouveaux axes ont été mis en place pour les années 2013-2015 sous forme de commissions ou de groupes de travail.

Promotion de l'allaitement

Ce groupe de travail est présidée par le Dr Anne MERCIER, pédiatre au centre hospitalier d'Avranches.

Il est constitué de 29 personnes issues des 3 départements, libérales, hospitalières ou travaillant en PMI et de diverses professions.

En 2013 ce groupe de travail a permis :

Une réédition des livrets d'allaitement maternel, distribués à tous les professionnels de santé et étudiants de la périnatalité.

- La création d'une liste de référents, en cas de difficultés pour orienter la patiente vers une consultation spécialisée en allaitement, à proximité de son domicile, est en cours d'écriture.

Accompagnement Médico Psycho Social

Le Dr Gwenaëlle ANDRO, pédopsychiatre au CHU de Caen, préside cette commission.

Le groupe de travail est composé de 14 personnes issues de diverses structures : hospitalières, Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, France Terre d'Asile, PMI et libérales.

Cette commission a permis en 2013 :

- La création d'une charte régionale pour le staff médico-psycho-social dans les maternités.
- Dépistage des addictions pendant la grossesse grâce à des outils et recensement en cours des structures ou professionnels, par bassin de naissance, pour orienter la patiente.

Hémorragie de la délivrance

Cette thématique ne concerne que les professionnels hospitaliers. Ce groupe de travail est présidé par le Dr Michèle RIEGLER, médecin anesthésiste à la polyclinique du Parc à Caen, et est constitué de 13 personnes : gynécologues, anesthésistes ou sages-femmes des 3 niveaux.

Ce groupe de travail a permis :

- La formation sur la technique de pose des sondes de tamponnements intra-utérines dans toutes les maternités de la région.
- La réalisation d'une feuille de prise en charge des HPP qui a été présenté lors de la RMM du 28 Juin prochain

Interruption Volontaire de Grossesse par voie médicamenteuse

Présidé par le Dr Jean COUDRAY, gynéco-obstétricien libéral à Caen, le groupe de travail est constitué de 14 professionnels issus des secteurs libéraux, PMI, hospitaliers et du planning familial.

Le groupe souhaite promouvoir l'IVG médicamenteuse dans le secteur libéral.

La commission organise le jeudi 28 novembre à Caen, une journée d'information et de réflexion autour de L'IVG.

Elle prévoit également la mise en place d'une formation à la pratique de L'IVG médicamenteuse. Si vous êtes intéressé par cette dernière, vous pouvez nous contacter soit par courrier ou par mail.

« PETIT... DEVIENDRA GRAND »

Le réseau de suivi "Petit...deviendra Grand " est en place depuis Octobre 2010. Le réseau de suivi organise et coordonne au niveau régional le suivi des grands prématurés et des nouveau-nés à terme présentant une pathologie ou un accident en période néonatale.

Lors de la dernière réunion du 19 juin, plusieurs décisions ont été prises :

- Suppression de la consultation réseau à 6 mois d'âge corrigé.
- Validation de la grille de consultation à 3 ans (âge réel).



Rédaction : P.THIBON, L.GUERIN, D.BOSCHER

Très prochainement, une formation en ligne sur le développement psychomoteur, sensoriel et comportemental de l'enfant de 0 à 4 ans va être proposée aux médecins référents du suivi des enfants vulnérables dans notre région. Cette formation a été réalisée en collaboration avec le CEMU (centre d'Enseignement Multimédia Universitaire), qui est un service commun de l'Université de Caen Basse-Normandie chargé de produire et mettre en œuvre des dispositifs d'enseignement à distance.

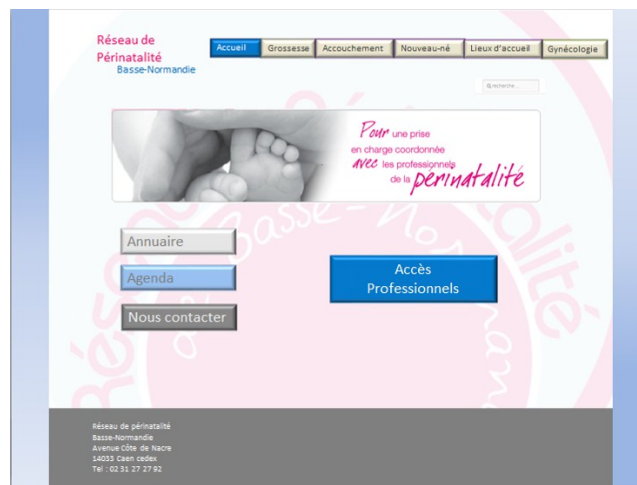
Il ne s'agit pas de remplacer les formations de deux jours déjà proposées depuis 2 ans aux pédiatres et médecins généralistes de la région, mais de compléter ces formations par des vidéos (consultations, passation de test...), des diaporamas commentés, un forum.... Les médecins référents déjà formés se verront proposer un accès à la formation, pour pouvoir réactualiser leurs connaissances.

Programme de la formation :

Présentation du réseau de suivi des nouveau-nés à risque de handicap
Développement neurologique
Etudes du développement staturo-pondéral de 0 à 7 ans
Pathologies neurologiques néonatales et infirmité motrice cérébrale
Troubles sensoriels : signes d'appel et principales pathologies oculaires de l'enfant, dépistage et exploration de la surdité
Langage
Pathologie psychiatrique : dépistage des signes de retrait relationnel et des troubles de l'attention avec hyperactivité
Etablissements médico-sociaux de la petite enfance
Epidémiologie
Tests psychométriques

A VENIR ...

Notre site internet s'offre un nouveau visage



Quels sont les principaux résultats pour la France, et comment se situe la Basse-Normandie ?

Le rapport est disponible à l'adresse www.europeristat.com

Rédaction : P.THIBON, L.PRIME

Les principaux résultats

Le rapport EURO-PERISTAT publié le 27 mai 2013 présente les chiffres de l'année 2010 pour 29 pays européens. A partir d'une liste d'indicateurs portant sur la santé et la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés, chacun des pays participant transmet ses données en précisant quelles sources ont été utilisées. Pour la France, les sources sont majoritairement l'enquête nationale périnatale 2010 (ENP), mais aussi l'INSEE, le CapiDC (unité Inserm consacrée aux causes de décès), et le PMSI pour la morbidité maternelle.

La France se démarque des autres pays par un fort taux de mortalité (mort-nés, qu'il s'agisse d'une mort fœtale « spontanée », ou provoquée dans le cadre d'une IMG). Cette constatation avait déjà été faite dans le précédent rapport, qui portait sur l'année 2003. Une des pistes avancées pour expliquer ce fort taux est que 40 à 50% des mort-nés dans notre pays sont liés à des IMG réalisées après 22 SA, ce qui est une proportion bien supérieure à celle qu'on observe dans les autres pays.

La prématurité (avant 37 SA) est en légère hausse et la France est au 10^{ème} rang européen (par ordre croissant), avec un taux de 6,6% des naissances vivantes.

Le taux de césariennes est de 21%, plaçant la France au 6^{ème} rang. Le taux est stable par rapport à 2003, alors qu'il augmente dans la plupart des autres pays.

L'étude des caractéristiques des femmes enceintes montre que la proportion de femmes de 35 ans et plus est passée de 16% en 2003 à 19% en 2010, et le taux de femmes obèses (IMC de 30 et plus) est passé de 7% à 10%.

Les chiffres français, et la position de la Basse-Normandie :

Mortalité (morts nés, y-compris les IMG, par rapport à l'ensemble des naissances)

Taux global : 9,2‰ (pour les enfants de plus de 1000 grammes : 3,9‰, pour les 28 SA et plus : 4,3‰). Pour la Basse-Normandie, un contrôle de l'exhaustivité des cas de mort-nés a été effectué pour l'année 2011, en croisant plusieurs sources de données : signalement des cas par les maternités, laboratoire de foeto-pathologie, bulletins de décès, CPDPN). Notre taux régional 2011 est de 9,2‰, et la proportion d'IMG est de 71/160, soit 44%.

Prématurité (par rapport à l'ensemble des naissances)

La répartition des naissances par tranche d'âge gestationnel en Basse-Normandie correspond à celle de la France entière (voir le tableau suivant). Pour les naissances vivantes, dans le cas de naissances multiples (jumeaux et plus), la proportion de prématurés de strictement moins de 32 SA est de 7% en France et 9% en Basse-Normandie, et celle des enfants de 32 à 36 SA de 35% (France) et 47% (Basse-Normandie).

Source	Nombre de naissances totales	Répartition par AG				
		<28	28-31	32-36	37-41	>=42
France (ENP 2010)	14 850	0,7	0,8	5,9	92,3	0,3
Basse-Normandie (PMSI 2010)	17 497	0,6	0,8	6,0	91,2	0,4

Le rapport donne une proportion d'enfants très prématurés (22-31 SA) naissant dans des maternités sans réanimation néonatale de 70%, mais le calcul est fait en prenant en compte l'ensemble des naissances (mort-nés et naissances vivantes). Ce taux est de 72% pour la Basse-Normandie, mais le taux régional calculé en ne tenant compte que des naissances vivantes est de 81%.

Césariennes (par rapport à l'ensemble des accouchements)

Taux global : 21% pour la France, avec un taux de 11,3% pour les césariennes hors travail ou programmées, et 9,7% pour les césariennes pendant travail ou en urgence. Le taux de césariennes régional pour la Basse-Normandie est de 19,6%, avec un taux assez bas de césariennes programmées : 6,5%.

1/ Morts fœtales > 34 SA

- ◆ Une enquête par questionnaire a été réalisée dans les 3 régions (Basse et Haute Normandie, Picardie) sur la fréquence des MFIU après 34 SA, avec 21 maternités participantes, réalisant 30 066 accouchements. Le taux de mort fœtales in utero de plus de 34 SA était de 2,02‰ accouchements (par type de maternité : 1,19‰ en type I, 1,88‰ en type II, et 2,65‰ en type III). On observait un pic de fréquence à 39 SA.

Faut-il mettre en place des protocoles de surveillance dès 37 SA ? Problème de l'organisation complexe d'un tel suivi, et de son effet éventuellement iatrogène. Pourraient-ils être envisagés, des protocoles pour certaines pathologies.

Les 10 messages forts de la RMM* du 25 Janvier 2013

1/ **Appel systématiquement** du senior de garde du CHU en cas de transfert : GSM : 06 67 29 92 51

2/ **Ecrire un compte-rendu** d'accouchement pour le CHU en cas de retransfert pour les équipes du SIG qui ont suivi la patiente pendant quelques semaines.

3/ **Prise en charge des fœtus estimés à moins de 1500g avant 34 SA** : TIU vers un établissement de type 3. (Nouveau protocole régional en cours)

4/ **Préparation optimale des parents** dont l'enfant est hospitalisé en néonatalogie au CHU, si un rapprochement, vers un hôpital périphérique, est envisagé :

Prévenir en amont les parents de la possibilité d'un transfert pour rapprochement
Visite du service d'accueil
Expliquer les suites : hospitalisation pouvant être encore longue
Transférer le lait maternel sur le site d'accueil
Avertir le site d'accueil au moment du transfert

5/ **Proposition de créer une plaquette d'information**, pour chaque site susceptible d'accueillir des nouveau-nés en cas de rapprochement. Remise aux parents, elle permettra d'améliorer ce transfert.

6/ **Présentation du service du SIG (CHU)** aux patientes susceptibles d'avoir un TIU via le film diffusé sur le site de réseau (idem pour le service de néonatalogie).

7/ **Accentuation des campagnes d'information concernant la coqueluche** après des parents mais aussi des professionnels (EPP en cours au CHU).

8/ **Pseudo-anévrisme de l'artère utérine** : pathologie du post-partum, penser à réaliser une échographie pour le rechercher, en para-utérin.

9/ **Mise à jour du protocole de prise en charge des femmes enceintes VIH+** disponible sur le site du réseau (fiche thérapeutique individualisé de suivi mère-enfant du service infectiologie). EPU le 22 Mai 2013 avec le Pr Mandelbrot

10/ **Morts in utero** :
- MFIU augmentent avec le nombre de cicatrice utérine
- La mesure de la hauteur utérine reste primordiale à terme pour dépister des RCIU tardifs (échographie si HU < 30 cm)
- Le dossier prénatal partagé permet au médecin traitant de bien appréhender le contexte chez les patientes à risque

Plusieurs classifications des causes ont été proposées (Recode, Tulip, Codac, Incode). Dans la classification TULIP, les causes inconnues représentent 23%. Les examens les plus utiles pour l'identification des causes étaient l'examen du placenta, l'autopsie et l'analyse cytogénétique.

- ◆ Autre examen important : test de Kleihauer à faire à l'arrivée de la patiente de façon systématique. A noter que ce test peut être gardé pour analyse en différé.

Le coût d'un bilan complet est d'environ 1700€, dont 200€ ne sont pas remboursés. (cf KORTEWEG FJ et al. Evaluation of 1025 fetal deaths: proposed diagnostic workup. Am J Obstet Gynecol. 2012 ; 206(1):53.e1-53.e12.)

- ◆ Ne pas oublier d'envoyer les placentas en anapathologie!!!!!!
- ◆ Lors d'une mort fœtale, la présentation de l'enfant aux parents reste leur choix éclairé.
- ◆ L'enjeu du bilan à 1 mois avec le couple est de comprendre, trouver une explication, dédramatiser...

2/ Phase active du travail

- ◆ Que faire devant une variété postérieure : variété posturale pendant le travail et si variété postérieure à 7cm de dilatation, tourner la présentation manuellement
- ◆ Prise en charge d'une stagnation de la dilatation : bien reprendre la définition et les différentes phases du travail avant de parler de stagnation de la dilatation
- ◆ L'échographie et les diagnostics difficiles d'engagement : nouvelle méthode pour diagnostiquer une présentation engagée, l'échographie transpérinéale pour conforter le toucher vaginal qui peut-être subjectif et professionnel dépendant.

Une méthode efficace et simple est la mesure de la distance périnée-présentation fœtale. Si cette distance est supérieure à 60mm → présentation non engagée.

L'échographie par voie transpérinéale permettrait de ne pas tenter une extraction difficile par voie basse et permet de dépister la présence d'une bosse séro sanguine. Il reste à confirmer la faisabilité et la pertinence de cette méthode

3/ Expertise table ronde : Qui est responsable en salle de travail ?

Le médecin a des compétences non limitées
La sage-femme est un médecin à compétences limitées
L'interne est un médecin à compétences en cours d'acquisition

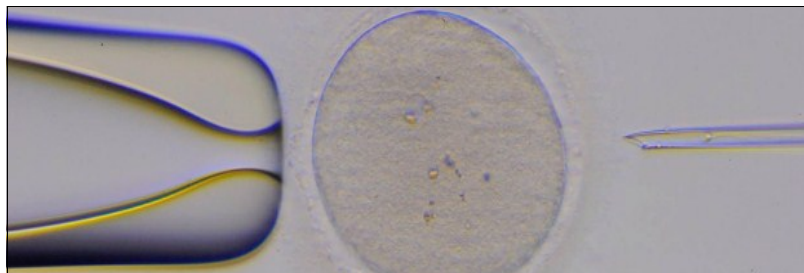
A retenir :

La sage-femme est indépendante à partir du moment où il n'y a pas de pathologie, en cas de pathologie, obligation de prévenir le médecin, elle se met alors sous la responsabilité du médecin.

En cas de désaccord sur une conduite à tenir en un médecin et une sage-femme, il faut discuter de la meilleure conduite à tenir, avec possibilité de faire appel à un confrère pour avoir un autre avis.

En cas de désaccord entre une sage-femme et un interne, appel du senior de garde.

Le don d'ovocytes est désormais possible au CHU de CAEN



Docteur Claire de Vienne

Unité de Médecine et Biologie de la Reproduction, CHU de Caen

Le don d'ovocytes en quelques chiffres :

- 25 centres en France
- 25 ans de don d'ovocytes en France
- 328 donneuses par an
- 190 naissances après don d'ovocytes
- 80 % des couples font le choix d'aller à l'étranger
- 2000 couples sur les listes d'attente françaises
- 2 à 5 ans d'attente en France
- 3 mois d'attente à l'étranger

Des couples dans l'attente plusieurs années avant un don

Une quarantaine de couples venant de toute la région Normandie sont actuellement en attente d'un don d'ovocytes à Caen. En France, les délais d'attente sont actuellement de 2 à 5 ans et entièrement soumis au recrutement des donneuses.

La grande difficulté de cette activité réside dans le manque de donneuses. La population générale est peu informée sur le don de gamètes en général et le don d'ovocytes en particulier.

Anonymat, gratuité, volontariat :

Les 3 principes fondamentaux du don d'ovocytes n'ont pas été remis en question lors de la révision de la loi de bioéthique de juillet 2011.

Un don très gratifiant pour les donneuses

Les donneuses sont motivées par le plaisir de savoir qu'elles ont pu donner le bonheur à un couple d'être parents. Il s'agit souvent de femmes pour qui la maternité a été source d'un grand épanouissement. Volontiers donneuses de sang et de moelle, ces donneuses ont souvent une profession autour de la santé ou de l'enseignement. Elles ont parfois une histoire familiale qui les a sensibilisées : une mère qui a eu du mal à être enceinte, un père donneur de sperme etc...

Le don : des contraintes et des risques

Les contraintes sont à la fois professionnelles et familiales.

Une activité nouvelle à Caen

Depuis février 2013, le don d'ovocytes a débuté au CHU de Caen. Il s'agit du seul centre de Haute et Basse-Normandie qui réalise des dons d'ovocyte.

Pour le bilan initial, la patiente verra une gynécologue puis la généticienne, la psychologue, l'anesthésiste.

Une échographie et les sérologies seront réalisées.

Le traitement consiste en 10 jours de traitement par injections puis une ponction ovarienne sous anesthésie locale et neuroleptanalgie.

Le risque de syndrome d'hyperstimulation ovarienne est quasi nul étant donné le protocole de traitement, spécifique aux donneuses. Les risques sont exceptionnels : thromboses, infection ou hémorragie lors de la ponction.

Dispositifs intra-utérins et implants sous-cutanés sont conservés pendant la durée du traitement.

Donneuse relationnelle ou donneuse spontanée ?

Dans 95% des cas en France, les femmes qui donnent leurs ovocytes ont été sensibilisées par un couple de leur entourage qui est dans l'attente d'un don. On parle alors de donneuse relationnelle. L'anonymat est conservé car elle donne à un couple qu'elle ne connaît pas. Certains centres incitent les couples à « recruter » une donneuse, en échange d'une diminution du délai d'attente. Les couples ont alors accès au don 6 à 12 mois après la ponction de la donneuse. Ce système leur fait gagner 6 mois à 2 ans d'attente. Cet état de fait incite les couples à recruter sur internet des femmes moyennant finances. Les donneuses rémunérées sous le manteau ne sont pas de bonnes candidates : elles se sentent peu concernées par le don et sont peu motivées.

Par ailleurs, l'incitation quasi-obligatoire pour obtenir une diminution du délai peut conduire à exercer des pressions par le couple sur une sœur, une cousine, une amie qui, elle, a eu la chance d'avoir des enfants. Elle peut se trouver dans une situation de contrainte morale qui l'empêche de refuser son aide à ce couple.

L'Institut de Gestion des Affaires Sanitaires (IGAS) a réalisé en 2011 un rapport sur l'état du don d'ovocytes en France et avait dénoncé les méthodes « agressives » de recrutement des donneuses, jugées non éthiques, et qui remettent en cause l'esprit de la loi : gratuité et volontariat.

Les donneuses spontanées sont les plus rares en France, mais l'IGAS insiste pour que ces dons se généralisent.

A Caen, le don n'est pas soumis au recrutement d'une donneuse par le couple.

Notre objectif à Caen : informer le plus grand nombre de femmes de la région pour augmenter le nombre de donneuses spontanées. Après chaque article paru dans les journaux locaux et régionaux, des femmes se sont présentées spontanément en consultation pour un projet de don d'ovocytes. L'information des patientes par leurs médecins, notamment les gynécologues, est inscrite dans la loi.

Afin de respecter l'éthique et l'esprit de la loi, à nous d'informer les femmes jeunes et fertiles. C'est le meilleur moyen d'amener plus de femmes à réfléchir à cette démarche et éventuellement donner leurs ovocytes.

16781 accouchements en Basse-Normandie en 2012.

Objectif de 64 donneuses par an (source IGAS 2011)

Il suffirait qu'une accouchée sur 260 décide de donner ses ovocytes pour couvrir les besoins régionaux.

Un don qui dérange : encore mal perçu, voire un sujet tabou.

De nombreux professionnels sont gênés par l'aide médicale à la procréation en général, et le don de gamètes en particulier.

« perso, je ne donnerais pas » « j'aurais peur de le reconnaître dans la rue » « et s'il rencontrait un de mes enfants ? »

Les professionnels s'interrogent logiquement sur les problématiques éthiques du don de gamète. A chacun d'y réfléchir.

L'objectif étant de donner le bonheur à des couples de devenir parents.

N'hésitez pas à nous contacter directement et à donner nos adresses mail aux patientes.

Unité d'AMP du CHU de CAEN

Secrétariat : 02 31 27 20 59

Dr C. de Vienne : 06 69 62 59 07

devienne-c@chu-caen.fr

Nous vous proposons également de passer dans votre centre pour parler du don d'ovocytes aux professionnels de votre région.

Comment informer sur le don ?

A nous, professionnels, de relayer l'information, simplement et systématiquement, idéalement lors de la visite du post-partum, 2 à 3 mois après l'accouchement.

A qui en parler lors de la consultation du post-partum ?

- aux femmes de 18 à 36 ans

« Avez-vous déjà pensé au don d'ovocytes ? ». Cette question peut être posée lors de la consultation post-natale.

En effet, c'est une période où les femmes comprennent particulièrement ce que représente ce don pour les couples sans enfant.

Des brochures et des plaquettes destinées aux patientes peuvent leur être remises. Elles contiennent les coordonnées du centre de don d'ovocytes et sont disponibles sur simple demande auprès du secrétariat.





Marine, 27 ans, sage-femme diplômée de Caen. Aout 2012-décembre 2012 : Betou, village du Nord-Est du Congo-Brazzaville.

*Mes premiers pas,
la rencontre avec mon cœur et
ma tête,
la naissance de
mes mains,
le début
d'une longue histoire.*

L'associatif humanitaire

J'ai eu l'envie de devenir sage-femme en terminale avec déjà l'idée dans la tête de rejoindre un jour le monde humanitaire. J'aime voyager pour partir à la découverte de nouveaux paysages, cultures, traditions, us et coutumes.

Seulement, la plupart des associations humanitaires demandent d'avoir une expérience professionnelle minimum de deux ans avant de pouvoir prétendre à être candidat. J'ai donc mis à profit mes deux premières années de sage-femme diplômée pour acquérir le maximum d'expériences diverses. J'ai fait mes débuts dans des maternités de Normandie (Haute et Basse) de tous niveaux afin de développer, entre autre, mes capacités d'adaptations.

C'est à Mayotte que j'ai fait mes premiers pas dans le milieu associatif. Je travaillais en PMI et là, déjà, tout était bien différent de mon exercice en métropole. La population de femmes à laquelle je m'adressais était immigrée des Comores pour 75% d'entre-elles, sans sécurité sociale ni AME (l'AME n'existait pas à Mayotte) et parlant peu voire pas français. A côté, j'étais bénévole auprès de deux associations :

- Médecins du Monde qui avait ouvert une consultation pédiatrique (fixe et mobile) pour les enfants immigrés,
- Solidarité Mayotte qui œuvrait pour les demandeurs d'asile (essentiellement originaire du Rwanda et de République Démocratique du Congo).

C'est aussi depuis Mayotte que je suis allée à Mohéli pendant mes congés : en échange de mon travail au centre de santé du village, j'étais accueillie par une famille comorienne (un couple avec 3 enfants, sans salaires depuis 1 an et demi car l'Etat ne payait plus ses fonctionnaires et pour autant des personnes les

plus chaleureuses, généreuses et humaines que j'ai pu rencontrer).

A présent, nous sommes en avril 2012 et avec ces quelques bagages en poche et une motivation encore plus grande, je me lance et postule pour plusieurs ONG : MSF, MDM, AMI...

Début mai 2012, MSF me contacte pour fixer un rendez-vous pour un entretien. Après presque deux heures de « cuisinage », le pari est gagné, j'appartiens au pool de volontaires de MSF.

C'est l'un des plus beaux jours de ma vie. La joie qui me transperce est bien plus forte que celle ressentie lors de l'obtention de mon diplôme d'état et, j'ai le sentiment d'être, à ce jour seulement, véritablement diplômée.

Deux semaines plus tard, on me propose de partir début août pour une mission au Congo-Brazzaville (ou République du Congo=RC), à Betou, petit village situé au Nord-Est du pays proche des frontières de la République Démocratique du Congo (RDC) et de la République Centre Africaine (RCA).

Début juillet je participais aux « journées d'accueil de MSF » qui permettent de comprendre le fonctionnement de cette grosse machine, de faire quelques connaissances (même si ce ne sont pas les personnes que l'on va retrouver sur le terrain) et, de s'imaginer un peu la vie en mission

Une mission, ça commence (et ça se termine) au siège de MSF, à Paris, par des briefings (puis débriefings) A ce moment déjà, l'excitation est très forte mais un peu de stress s'y mêle aussi !

J'ai transité pendant 2 jours par Bangui, la capitale de la RCA, beaucoup plus proche géographiquement de Betou et rendant son accès plus facile.

C'est à Bangui la Coquette (c'est ainsi qu'on la nomme) que j'ai retrouvé l'une des personnes rencontrées lors des journées d'accueil : MSF c'est très grand et tout petit à la fois !!!

Après six heures de trajet en brousse dans un 4x4 MSF avec la traversée du fleuve de l'Oubangui (constituant l'une des frontières entre la RDC et la RC) en pirogue j'arrivais enfin à Betou.

Je découvrais alors le bureau de MSF (lieu de gestion et de coordination), la base (lieu de vie), le CSI (Centre de Santé Intégré = hôpital dont les locaux appartiennent au Ministère de la Santé mais dont le fonctionnement est entièrement assuré par MSF) et bien sûr toute l'équipe à laquelle j'allais me joindre pour les prochains mois.

Ensuite, tout est allé très vite, mes quatre mois passés à Betou ont filé à une vitesse incroyable. Tout était assez évident, je ne me suis jamais demandé ce que je faisais là-bas, je me sentais dans mon élément.

J'occupais un poste de soin à part entière, sans responsabilité de gestion d'équipe. Je faisais partie intégrante du pool de sages-femmes du CSI de Betou qui étaient toutes congolaises. Mon activité a été très variée : urgences, salle de naissance, suites de couche, service de gynécologie et de grossesses pathologiques, consultations (pré et postnatales, gynécologiques, planifications).

J'exerçais au CSI, ainsi que dans deux postes de santé accessibles en pirogue par le fleuve de l'Oubangui (l'un au Nord à 45min, l'autre au Sud à 2h30-3h).

À côté de cet exercice « classique », j'ai aussi participé à la mise en place de formations (la tenue du partogramme...), d'évaluation de pratiques (la réalisation du soin du cordon ombilical...), à la gestion de la pharmacie, à l'établissement du planning des sages-femmes, de statistiques concernant l'activité en gynécologie-obstétrique, ou encore la gestion des malles d'urgences du CSI.

J'ai même été l'administratrice de « la caisse bouffe des expatriés », ce qui a été loin d'être le plus simple (gestion d'argent, de commandes et de réserves, courses, tenter de satisfaire tout le groupe...) !

Tout cela pour vous faire comprendre qu'au cours d'une mission, nous ne sommes pas seulement « sage-femme » mais avant tout des humains devant s'entraider et se serrer les coudes en travaillant en équipe.

En effet, en plus des difficultés rencontrées dans son travail (intégration, adaptation aux « petits moyens », barrière de la langue...), nous sommes aussi confrontés à la vie en collectivité.

La vie en mission est une vie en groupe, de proximité où l'on partage lieu de travail et espace de vie. C'est aussi accepter de

confier les tâches ménagères (cuisine, ménage, lessive) à des personnes locales employées par MSF.

Au début j'avais le sentiment que nous nous comportions comme « des colons ». Mais avec le temps, j'ai compris à quel point chaque congolais souhaitait plus que tout travailler pour MSF (salaire bien au-dessus des salaires locaux entre autres) et que cela permettait notre acceptation dans le pays, absolument indispensable pour le bon déroulement de la mission. Il va de soi que le plus grand respect pour ces employés et leur travail est de rigueur.

Enfin, partir en mission, c'est vivre loin de sa famille et de ses amis et, loin du confort occidental auquel nous sommes habitués (électricité, eau courante, eau chaude, WC, réseau téléphonique et internet de qualité, cinéma...).

Pour résumer, nous nous retrouvons « sans repères » et les « codes sociaux » sont bien différents.

Je suis sortie grandie de cette expérience, tant personnellement que professionnellement. J'ai beaucoup appris sur moi, l'organisation d'une mission MSF et ses enjeux, la culture et les traditions congolaises, les problématiques du Congo-Brazzaville et de ses pays voisins...

Ce sont aussi mes mains de sage-femme qui sont « nées ». Exercer dans ces conditions rend votre sens clinique comme votre plus fidèle allié !

Bien sûr une mission c'est aussi vivre des échecs, des déceptions, des situations médicales, sociales, psychologiques et ou économiques difficiles voir tragiques. Mais, aussi fou que cela puisse paraître, les gens, que j'ai rencontrés, gardaient, pour la majorité, l'espoir, la volonté de vivre et un sourire à décrocher la lune !

J'espère avoir suscité votre curiosité, vous avoir fait voyager dans les merveilleux souvenirs de mon aventure à Betou et, pour certains d'entre vous, vous avoir donné l'envie d'aller franchir la porte de l'associatif humanitaire.

Je vous souhaite à tous et à toutes « bonne route » !

ACTUALITES EN SANTE

Les antalgiques à hautes doses nuiraient à la fertilité masculine

Prendre un comprimé de Paracétamol ou un cachet d'aspirine, n'est définitivement pas un geste anodin. Des chercheurs de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) viennent de montrer qu'une prise excessive et répétée d'antalgiques pourrait avoir une incidence négative sur la fertilité masculine, notamment en inhibant en partie la production de testostérone.

Article écrit le 2013-06-06 par Olivier Frégaville-Arcas _ Information hospitalière
Source : Inserm



L'arsenal immunitaire insoupçonné des nourrissons

Bien qu'à l'abri de tout germe infectieux dans le ventre de leurs mères, les fœtus développent spontanément, « par avance », un système de défense immunitaire, paré à répondre dès leur naissance à la colonisation bactérienne de leur tube digestif.

Cette surprenante observation de chercheurs de l'Institut Pasteur et du CNRS montre également que ce dispositif est ensuite capable de réguler son activité antibactérienne pour laisser s'installer la flore commensale de l'intestin, et établir l'équilibre indispensable entre les bactéries et le système immunitaire. Une découverte qui apporte un nouvel éclairage pour la compréhension des mécanismes à l'origine des maladies auto-immunes, comme la maladie de Crohn. Ces travaux sont publiés dans Nature Immunology.

Avant sa naissance, dans les conditions stériles du ventre de sa mère, un fœtus n'est normalement exposé à aucun agent infectieux. Les scientifiques pensaient donc que ses défenses immunitaires ne se constituaient qu'à compter du début de sa vie ex utero, au contact des germes –bactéries, virus, champignons... – de l'environnement. Or, des chercheurs de l'Institut Pasteur et du CNRS (unité Développement des tissus lymphoïdes) viennent de montrer, chez l'animal, que le fœtus possède en réalité un arsenal immunitaire qui s'exprime fortement et spontanément, bien avant la naissance.

Les scientifiques ont découvert que, de manière étonnante, ce système fait intervenir des globules blancs particuliers, appelés ILC, issus de la famille des lymphocytes. Or, contrairement aux lymphocytes « classiques », ces cellules, découvertes très récemment, agissent comme des acteurs de l'immunité innée, et non de l'immunité acquise : elles ne sont spécifiques d'aucun agent pathogène.

Après la naissance, certaines bactéries doivent cependant coloniser progressivement le tube digestif pour constituer notre flore intestinale endogène, indispensable à notre développement, notre santé et nos fonctions de nutrition. Les scientifiques ont démontré que les ILC sont alors capables de modérer leur action antibactérienne, et de réguler la mise en place de cette flore bénéfique. Elles supervisent ensuite sa prolifération qui, sans contrôle, pourrait devenir pathogène.

Les chercheurs de l'Institut Pasteur et du CNRS sont parvenus à identifier les mécanismes cellulaires de cet équilibre. Ils ont en effet montré que lors d'une infection, les ILC agissent en émettant deux molécules messagères pro-inflammatoires appelées interleukines 17 et 22.

Grefe : première transplantation d'un utérus réussie

[2011-10-06] - C'est une grande première mondiale. Âgée d'à peine 21 ans, une jeune turque née sans utérus a pu bénéficier de la greffe de cet organe de l'appareil génital féminin, à l'hôpital universitaire Akdeniz, près d'Antalya, au sud de la Turquie. D'après les médecins qui ont opéré, la transplantation aurait parfaitement réussi. Source: AFP

Celles-ci ordonnent aux cellules épithéliales de l'intestin de produire des petites protéines bactéricides, pour détruire les bactéries avant qu'elles ne franchissent la paroi intestinale. L'interleukine 17 active également le recrutement massif des globules blancs de type neutrophile, chargés d'éliminer les bactéries en les digérant. Lorsque la menace bactérienne est maîtrisée, ce système est réprimé.

L'activation non contrôlée des neutrophiles peut dans certains cas aboutir à la destruction accidentelle de tissus de l'organisme. Ce phénomène pourrait être à l'origine des maladies dites auto-immunes, comme la maladie de Crohn, dans laquelle l'inflammation chronique affecte l'intestin. La découverte des chercheurs contribue donc à mieux comprendre les régulations de l'équilibre entre les bactéries de notre intestin et le système immunitaire qui les contrôle, et apportent ainsi de nouveaux outils pour comprendre et traiter ces maladies.

15 MAI 2013

Lancement de la campagne « La contraception qui vous convient existe »

Afin de poursuivre le travail d'information des femmes sur la diversité des moyens de contraception, la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, présente aujourd'hui la nouvelle campagne de communication à destination du grand public « La contraception qui vous convient existe » conçue par l'Inpes.

Fondée sur les travaux de la Haute autorité de santé (HAS), commandés par la ministre, cette campagne met l'accent sur la diversité des modes de contraception, qui permet sa bonne adaptation aux modes de vie, aux âges, ainsi qu'aux projets des femmes et des couples.

La HAS a établi pour les professionnels des fiches mémo d'aide à la prescription qui illustrent des situations types : une adolescente devenant sexuellement active, une femme souhaitant avoir des enfants, une femme venant d'accoucher... Selon chaque profil, un moyen de contraception efficace est alors proposé, qui doit répondre également à l'étude des antécédents médicaux de chaque femme. Autant de situations que la campagne radio met en scène grâce à différents témoignages de femmes mais aussi d'hommes.

Lors de ce lancement, Marisol Touraine a réaffirmé sa volonté de lutter contre les obstacles à un libre exercice du droit à la contraception. Qu'il s'agisse d'une plus grande mobilisation des professionnels et des associations, d'une meilleure information des couples ou du développement de l'éducation à la sexualité, toutes les pistes doivent être poursuivies pour mener une politique complète et cohérente en matière de contraception.



Vaccination contre la tuberculose par le BCG

Extrait du Guide des vaccinations

Édition 2012 INPES

Direction générale de la santé
Comité technique des vaccinations

La réglementation rendant obligatoire la vaccination par le BCG date de 1950 ; elle a été adaptée en 1965 puis modifiée par le décret n° 96-775 du 5 septembre 1996, par celui du 30 juin 2004 et l'arrêté du 13 juillet 2004. Le décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG a suspendu l'obligation vaccinale par le BCG pour les enfants et les adolescents. L'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) du 9 mars 2007 y a substitué une recommandation forte de vaccination précoce des enfants à risque élevé de tuberculose, reprise par les circulaires du 14 août 2007 et du 13 août 2008. Pour les enfants vivant dans un milieu à risque élevé de tuberculose, la vaccination par le BCG est recommandée dès le premier mois de vie.

Les nourrissons de moins de 3 mois sont vaccinés par le BCG sans test tuberculinique préalable. Chez les enfants à risque non vaccinés, la vaccination peut être réalisée jusqu'à l'âge de 15 ans. L'intradermoréaction à la tuberculine préalable à la vaccination doit être réalisée à partir de l'âge de 3 mois, pour éviter de vacciner un enfant qui aurait déjà été infecté par le bacille de la tuberculose ou par une autre mycobactérie. Cette vaccination ne s'applique qu'aux personnes ayant une intradermoréaction à la tuberculine négative.

Sont considérés comme enfants à risque élevé de tuberculose (avis du CSHPF du 9 mars 2007), relevant donc de la recommandation forte de vaccination, les enfants qui répondent au moins à l'un des critères suivants :

- Enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse;
- Enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays;
- Enfant devant séjourner au moins un mois d'affilé dans l'un de ces pays;
- Enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs);
- Enfant résidant en Ile-de-France ou en Guyane;
- Enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux, notamment enfant vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socio-économiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, CMUc, AME, etc.) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.



Une sage-femme leur a sauvé la vie

Donner pour former des sages-femmes en Afrique, c'est sauver des milliers de mamans

 **AMREF**
Flying Doctors

Donnez sur : www.amref.fr

 **Stand up for
African
mothers**

AGENDA

Le réseau organise
son 3^{ème} colloque ville-hôpital
le 28 septembre à la CCI de Caen
Inscription gratuite mais obligatoire

Programme

Sous réserve de modifications

MATIN	8h30	Accueil des participants
	9h00	Ouverture du colloque - Mot du Président Dr Coudray
	9h15	1er flash info « Données épidémiologiques du réseau » Dr Thibon
	9h30	2ème flash info « Dépistage de la Trisomie 21 foetale » Dr Read
	9h45	Perturbateurs endocriniens et périnatalité Dr Le Houezec et Dr Nicolle
	10h15	Les pilules de 3ème et 4ème générations Dr Le Querrec et Dr Besnier
	10h45	Pause et visite des stands
	11h15	3ème flash info « La cholestase gravidique en 2013 » Dr Lefevre
	11h30	4ème flash info « Enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes référents du réseau « Petit... de- viendra grand » Dr Kern
	11h45	Travailler ensemble. Quels enjeux? Dr Molenat
APRES-MIDI	12h45	Pause déjeuner et visite des stands
	14h00	5ème flash info « Nouveau calendrier vaccinal des nour- rissons » Dr Luksenberg
	14h15	Syndrôme d'alcoolisation foetale décliné sous 3 aspects Dr Balouet, Dr Breurec et Dr Monginet
	15h15	6ème flash info « Prévention de la plagiocéphalie » Dr Brintet
	15h30	7ème flash info « Prévention de la mort inattendue du nourrisson » Dr Ducos
	15h45	Pause et visite des stands
	16h15	8ème flash info « Dépistage de la surdité » Pr Moreau
	16h30	Autisme décliné en 3 thématiques Dr Auffray
	17h30	Clôture du colloque

Journée d'information et de réflexion
autour de L'IVG
Le jeudi 05 décembre 2013

« Petit... deviendra grand »
Session des 13 et 14 septembre 2013 à Caen : complète !
Prochaine formation les 29 et 30 novembre 2013
à Argentan

Nous contacter
CHU Côte de Nacre
Bâtiment FEH, Niv 2
CS30001
14033 CAEN Cedex 9
Tél : 02.31.27.23.71 ou 27.91
Fax : 02.31.27.26.28
Courriel :
contact@perinatbn.org



Directeur de publication : Jean
COUDRAY

Secrétaires de rédaction :
Magali VARANGOT,
Cécile CAZE,
Pascal THIBON

DANS NOTRE
PROCHAIN
NUMERO :

Focus sur une des
maternités de notre région