



LES D.O.

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF

Benoît LE GOEDEC, Sage-femme

SAGE-FEMME

Christine BUZENET, Sage-femme
Maï LE DÙ, Sage-femme

CONCEPTION GRAPHIQUE

AGPA Éditions

12 rue du Quatre-Septembre
75002 Paris
Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35
agpaedit@wanadoo.fr

MARKETING ET PUBLICITÉ

Olivier PAUL-JOSEPH
elpea@eska.fr - Tél.: 01 42 86 55 79

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Paul CESBRON, Gynécologue-Obstétricien
Nathalie CHARBONNIER, Sage-Femme libérale
Alice CLAUDÉ, Sage-femme
Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
Heike EMERY, Sage-femme indépendante, SUISSE
Étudiantes de l'École de Sages-Femmes de TOURS
Taha FELLAH, Styliste de Haute Couture
Jérôme JANICKI, Historien
Anna PINELLI, Sage-femme, Coordinatrice petite enfance
Évelyne PRIEUR-RICHARD, Psychanalyste
Élodie PROT, Sage-femme, enseignante,
Département de maïeutique, Université de Versailles
Saint-Quentin en Yvelines
Marjorie POUCH, Sage-femme coordinatrice à Santé Service
Marie-Paule STÉPHAN, Conception et Suivi du numéro

FONDATEUR DE LA REVUE

JEAN OSSART

ÉDITION

elpea@eska.fr ; agpaedit@wanadoo.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

adv@eska.fr

PUBLICITÉ: elpea@eska.fr

Éditions ESKA

12 rue du Quatre-Septembre
75002 Paris
Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35
<http://www.eska.fr>

Périodicité mensuelle 11 numéros par an.
Tous les mois sauf août.

Vente au numéro 8,50 euros

Tous droits réservés. Les articles et tableaux ne peuvent être reproduits qu'avec l'autorisation des auteurs et de la rédaction. Ceci recouvre : copie papier, intranet, internet, etc. L'ensemble des contributions constituant cette publication est la propriété exclusive des Éditions ESKA. Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

Revue adhérente au S.N.P.M., membre de la F.N.P.S.
Commission paritaire n° 0317T81395
Signataire de la Convention U.D.A. S.N.P.M.
Dépot légal : Janvier 2016

ABONNEMENTS

DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

Tél. 01 42 86 55 65 - Fax: 01 42 60 45 35
www.eska.fr - adv@eska.fr

SOMMAIRE

455
JANVIER-FEVRIER 2016

03 TRIBUNE

“Ça aurait pu être moi”
ÉTUDIANTES ESF DE TOURS

04 REPORTAGE

Le vécu de la césarienne
HEIKE EMERY

10 PUBLICATIONS

Recommandations pour
la pratique clinique :
Post-partum
CNGOF

45 FICHE TECHNIQUE

La visite post-natale
ÉLODIE PROT

48 MANAGEMENT

Évolution de la relation
de soins
MARJORIE POUCH

52 MANAGEMENT

Une nouvelle façon d'exercer
en libéral : l'exercice en
Maison de Santé
Pluri-professionnelle
NATHALIE CHARBONNIER

54 COMMUNIQUÉS

55 HISTOIRE

Retour sur l'affaire de la
thalidomide en France et
en Belgique
JÉRÔME JANICKI

59 AGENDA

59 FORMATIONS

18 DOSSIER D.O.PÉDIA

Histoire de l'avortement
volontaire 2/2
PAUL CESBRON

24 Le concept de parentalité :
une nouvelle façon de
penser la famille ?
ANNA PINELLI



28 Prévention en milieu médical
de l'excision en France :
pistes d'amélioration
ALICE CLAUDÉ

32 DOSSIER L'IMAGE DU CORPS

33 Le corps
BENOÎT LE GOEDEC



34 Les images du corps féminin
dans la psyché, en travail
ÉVELYNE PRIEUR-RICHARD

39 L'évolution du toucher des
corps : un miroir d'une
de nos représentations
corporelles ?
MAÏ LE DÙ

40 À travers le corps de la
femme le styliste accouche
d'une création
TAHA FELLAH

42 Interview de Taha Fellah,
Styliste de haute couture
BENOÎT LE GOEDEC

LES ANNONCEURS

C2 Phenix Vivaltis

C3 Laboratoire Vygon

C4 Matilia

09 Almafil

15 Techmed

17 Ysy Médical

45 Dolphitonic

47 Cooper

Photo de couverture ©iuneWind · Fotolia.com

Pour vous abonner, retournez-nous le bulletin en page 64.



COLLOQUE ANSFL

« LA SAGE-FEMME ET L'ARGENT »

le samedi 19 mars à GRENOBLE

précédé de l'ASSEMBLEE GENERALE ANSFL le vendredi 18 mars

ASSEMBLEE GENERALE VENDREDI 18 MARS :

- 14H : Accueil des participants
- Présentation des rapports : moral, financier et d'activité
- Vote des rapports et élection au CA
- Discussion sur les orientations de l'ANSFL
- Attentes des adhérents
- Dominique Blanc, vice-président de la CNPL : présentation de la CNPL et de la carte privilège
- 18h : Fin de l'AG suivie d'un cocktail

COLLOQUE SAMEDI 19 MARS : « LA SAGE-FEMME ET L'ARGENT »

- 8h30 : Accueil des participants
- 9h : Ouverture de la journée, Madeleine Moyroud, présidente
- 9h30 : Présentation de « Femmes ici et ailleurs », Pierre-Yves Ginet. Une exposition sera également visible dans la salle des stands.
- 10h : Engagement associatif, Madeleine Moyroud
- 10h45 : Pause et visite des stands
- 11h15 : Aspect comptable, Maryline Pochon, directrice de l'AGA « AGCS »
- 11h45 : Aspect historique, Jeanne Bethuys, sage-femme et historienne
- 12h45-14h : Repas sur place
- 14h : Café et visite des stands
- 14h30 : Aspect sociologique, Maï Le Du, sage-femme doctorante en sociologie
- 15h30 : Eclairage extérieur et outils concrets, Philippe Buchy, consultant et coach
- 17h : Fin de la journée

Information, réservation : contact@ansfl.org

Prix du colloque pauses et déjeuner compris :

Adhérents : 100€ / Etudiants, Retraités : 70 €/ Non adhérents : 130€

Pas de remboursement en cas d'annulation après le 1^{er} mars 2016

N° de formation : 53 35 08 377 35

AG et Colloque : Hôtel Mercure Président, 11 rue Général Mangin, 38100 Grenoble





“Ça aurait pu être moi”

C'EST L'HISTOIRE D'UNE ÉTUDIANTE qui pensait apprendre un métier et qui devient quelqu'un.

Je suis passée par là moi aussi: dire tout ce que j'ai sur le cœur, faire ce que je veux et n'écouter personne. Distribuer des insultes. Dire merde aux sages-femmes hautaines. Bousculer tout le monde et piétiner l'anesthésiste.

Renverser une marmite d'eau bouillante sur tout ce qui est froid et qui me glace.

Aller loin dans le vice, perdre le contrôle, tout foutre en l'air et tout casser.

Fermer les yeux. Tout oublier.

Je suis fatiguée. Je souhaite détendre chacun de mes muscles. La fatigue aspire toutes mes forces, je n'arrive pas à penser: mon cerveau est parti sans me demander mon avis.

Mais aujourd'hui, j'ai décidé de faire ce que je voulais. Décider de tout. Changer de voix/voie.

Faudrait un peu de temps, c'est pas grave...

Je vais le prendre sans attendre plus long-temps pour ne plus rien faire.

Plus rien. Enfin. Je prends le temps et je le laisse s'échapper, je le sens qui s'écoule, sa caresse sur ma fatigue, qu'il emporte; sa saveur dans l'air que je respire, qu'il parfume, et voici que l'impossible se produit: le temps génère du temps et je vis chaque instant au présent.

Le plus dur, c'est de débuter. J'ai peur d'être hors sujet, ne pas plaire aux gens coincés; ils ont des gueules lasses, ils me filent la nausée. Et pourtant j'avance, les éclaboussant de mes nouvelles perspectives.

Je ne suis là que par hasard dans ce monde ignorant ma réalité, ma liberté. Il faut que je me ressource même si c'est à m'en couper le souffle. Ne pas choisir entre faire et penser mais faire penser.

Respirer. Rêver. Voyager. Danse. Aimer. Vivre. M'écouter. M'amuser. Admirer. Penser. Construire.

M'allonger la nuit dans l'herbe à attendre les étoiles filantes.

Le temps n'a plus d'emprise. Aucune mauvaise chose ne va plus arriver. Le temps s'est arrêté.

Moi, je ne suis là que par hasard et quelquefois j'attrape une vie pleine de couleurs. Un beau moment volé. Une perle de lumière fait miroiter une fleur flottant sur l'eau. J'ouvre alors mon regard sur des réalités jusque-là imperceptibles. Un chemin à parcourir et des aventures à vivre.

Je marche parmi ces monts, ces courbes, et j'avance.

Et mon cœur, serré comme roche, explose alors en myriades de rayons qui éclairent l'insondable d'or, une voie lactée guide mes pas.

Juste libre.

Il est agréable de rêver de projets et d'apercevoir le bout du tunnel...

Depuis le jour de ma naissance, ma maman me chuchote de garder la tête haute. C'est pourquoi, même affaiblie à cause de la vie, j'avance, pour m'épanouir, hier, ce jour, toujours.

La maladie, la fatigue et les larmes sont arrivées telle une tempête. Le meilleur ne suffit pas, il faut de la force, combattre petit à petit pour sourire de bonne heure.

À présent, non sans en baver, je vais chasser les nuages. Puis, par hasard, dans une autre vie, le soleil apparaîtra. Une vie avec tant de plaisirs à savourer vaut le coup de se battre encore et encore. Jusqu'au bout, combattre pour devenir cette personne, celle dont je rêvais.

Moi, ce que je suis, ce(ux) que j'aime.

Coralie, Orlane, Julie, Camille, Aurélie, Eugénie, Constance, Juliette, Chloé B., Chloé C., Mélanie et Pauline, accompagnées par GeneViève.

EDITORIAL

Afin de rattraper les retards dus au changement d'éditeur, ce numéro sera un numéro "étoffé" pour janvier et février. Vous y trouverez deux dossiers thématiques et deux articles de Management.

Nous avons été interpellés, de façon pertinente, sur le titre "sage-femme cadre" qui n'existe plus dans la fonction publique hospitalière. Mais toute sage-femme n'est pas fonctionnaire et cette appellation existe encore dans le secteur privé ou privé à but non lucratif. Les sages-femmes de ces modes d'exercice n'ont rien obtenu en descendant dans la rue, ni revalorisation, ni changement de statut, ni promotion par l'expérience clinique.

Cela demande à être questionné et nous avons pour cela demandé, par le biais de l'association des sages-femmes coordonnatrices, une tribune pour un numéro à venir.

Merci de continuer à nous faire part de vos remarques et suggestions, qui ouvrent toujours au débat et aux possibilités d'écriture.

Benoît Le Goedec,
Rédacteur en chef

“
ET MON CŒUR, SERRÉ
COMME ROCHE, EXPLOSE
ALORS EN MYRIADES DE
RAYONS QUI ÉCLAIRENT
L'INSONDABLE D'OR,
UNE VOIE LACTÉE
GUIDE MES PAS.
”



Le vécu de la césarienne

Que l'on me demande d'écrire cet article à l'aube des dix ans d'existence de mon site internet¹, était comme un signe à accepter, malgré quelques hésitations. En suis-je capable, est-ce intéressant pour ce public ? Ce site est une sorte d'accomplissement pour moi, comme la naissance d'un (autre) enfant à cherir et cet anniversaire des dix ans m'incite à faire un bilan intermédiaire avec une certaine fierté, mais surtout en restant humble. En effet, les taux de césarienne sont toujours bien trop élevés, les femmes se sentent toujours mal reconnues avec leur vécu, et les cicatrices reçoivent peu de soins particuliers – bref, beaucoup reste à faire. Cet article décrit la création et le développement du site. Il est structuré comme un projet d'enfant, de la conception au post-partum tardif, avec les sous-titres correspondants. Nous en sommes ici aux préliminaires...

Mais tout d'abord quelques mots sur ma personne. Je suis d'origine allemande, arrivée à Genève en 1980 à l'âge adulte et sage-femme diplômée depuis 1997, après avoir suivi la formation de l'école "Le Bon Secours" à Genève. Depuis 2001, après quelques années en clinique privée, je suis devenue sage-femme indépendante au sein d'un collectif à Genève, l'Arcade Sages-Femmes².



<http://www.cesarienne.net/>

{ Conception }

Mon parcours paraît très simple, mais en fait j'ai pu réaliser mon rêve d'adolescente d'être sage-femme à 38 ans seulement. Il y a donc eu d'autres étapes professionnelles avant, mais surtout et en parallèle, la naissance de mes trois enfants. L'arrivée tant attendue de mon aîné, en 1985, est à l'origine d'un grand bouleversement dans ma vie... et de tout ce qui va suivre ici.

Pour rappel, à cette époque le taux de césarienne était de 10 % et il était clair pour moi de me trouver dans les 90 % restants. D'ailleurs, tout le monde confirmait que j'étais faite pour "ça" et, durant toute la grossesse, je me suis "gavée" d'ouvrages spécialisés tels que ceux de T. B. Brazelton ou de B. Martino "Le bébé est une personne", persuadée de l'importance d'un bon départ avec bébé. Tout allait donc bien se passer.

{ Grossesse }

Finalement, le bébé s'annonce un beau matin d'octobre, une semaine après le terme, avec des contractions de travail. Très heureuse et impatiente, je me rends à la maternité pour une naissance par voie normale... qui, au fil des longues heures de travail, se termine par une césarienne en fin de journée. À l'époque, je ne comprenais pas du tout ce qui m'arrivait et la raison de cette intervention, malgré les explications données par le gynécologue. J'avais l'impression que cela arrangeait mieux les médecins de pratiquer la césarienne en soirée plutôt qu'en milieu de nuit... et probablement de pratiquer la césarienne tout court...

Comme j'étais sous péridurale, mon mari pouvait assister à l'opération et, ensuite, aux soins donnés au bébé, alors que moi, je ne pouvais que lui toucher la joue avec un pouce, mes deux bras étant attachés, avant qu'il ne disparaisse en nurserie. Après la salle de réveil, je me suis retrouvée dans une chambre en milieu de nuit, mais comme il ne fallait pas déranger la voisine, on ne m'a pas apporté le bébé. Au contrôle suivant des sages-femmes, j'ai exigé de voir mon bébé, que l'on m'a amené alors, de mauvaise grâce, mais quand même. J'ai pu le tenir un moment, mais étant couchée complètement à plat dans le lit, sans oreiller, je ne pouvais pas faire grand-chose. A-t-il téte à ce moment ? Je n'arrive pas à me souvenir.

Je ne réalisais pas encore ce qui s'était passé. J'étais comme choquée et, de plus, en difficulté avec la langue française que je ne maîtrisais pas encore comme aujourd'hui. Ayant perdu beaucoup de sang, j'avais reçu des transfusions et m'en remettais peu à peu. Il y avait le bonheur d'annoncer la naissance de ce beau bébé, de le découvrir, mais d'un autre côté, j'avais aussi l'impression d'avoir raté le début avec lui : pas de peau à peau, un début d'allaitement compliqué, un rétablissement lent... Bref, beaucoup de doutes et d'incompréhension de ma part.



La vie a continué, avec le retour à domicile et les premiers mois difficiles d'un bébé qui dormait très peu et une maman "secouée" par sa césarienne. La cicatrice visible guérissait sans problème et disparaissait vite derrière le bord du slip, sans autres conseils de soins de la part du médecin. Mais avec tout ce qui s'était passé, je me sentais comme si un rouleau compresseur m'était passé dessus.

Bien que très présent auprès de nous, mon mari reprenait sa vie professionnelle, alors que pour ma part, j'essayais de faire face à ma nouvelle vie tout en rencontrant l'incompréhension des autres vis-à-vis de mon vécu catastrophé de la césarienne. « *Tu vas bien, ton bébé va bien, c'est le plus important, tourne la page, il faut aller de l'avant* ». Voilà les réactions des proches et des moins proches autour de moi. Mais moi, je souffrais, je me sentais nulle, mon corps m'avait lâché. De plus, le bébé semblait confirmer par ses réactions que je n'étais pas une bonne maman, je n'avais pas réussi à faire ce que des millions de femmes avant et après moi savent faire... Cette cicatrice invisible, dans mon cœur, était mise en veille par les exigences de la vie quotidienne, provoquant toutefois des rebonds émotionnels par moments, comme pour se rappeler à moi. Et au plus tard à chaque nouvelle grossesse ou lors des récits d'un bel accouchement autour de moi...

{ Pré-travail }

Ce désarroi profond est en fait comme une plaie mal guérie, une coupure dans ma ligne de vie, et me donnera plus tard l'impulsion pour créer ce site internet, qui donne avant tout la place au vécu de la césarienne. Entre-temps, deux autres enfants sont nés, également par césarienne, chaque fois dans d'autres circonstances et chaque fois avec un début de travail naturel, une expérience des contractions, de la perte des eaux, de la pose de périnurale, de la prémature pour ma fille (dernière née). Bref, j'ai vécu beaucoup de choses autour de mes accouchements.

{ Contractions }

Pendant des années, et sans vraiment m'en rendre compte, j'ai capté tout ce qui concerne la césarienne de près ou de loin et j'ai emmagasiné ces informations sous forme d'articles de journaux, de lectures, mais également en participant à divers groupes d'échange, sans que cela ne soit en lien direct avec la césarienne.

Quelque temps après l'arrivée du troisième enfant, s'est posée la question de mon avenir professionnel, et je me suis remise à ce moment-là complètement en question. Après avoir fait le bilan de mes intérêts et compétences, j'ai consulté l'orientation professionnelle et en suis ressortie avec deux idées : devenir ergothérapeute ou... sage-femme. Mon rêve de jeunesse m'a rattrapée au contour et j'ai réalisé que, sans le savoir, j'avais en fait bien préparé le terrain au sein de ma famille : étendre progressivement le système de garde des enfants, préparer mon dossier de candidature et réussir l'inscription à l'école de sage-femme, tout allait comme de soi et quelques mois plus tard, je rentrais à l'école de sages-femmes, à 35 ans.



Suite à mes expériences personnelles et de nombreuses discussions, je suis entrée dans cette formation persuadée que je pourrais ensuite apporter quelque chose aux futurs parents. La formation m'a donné l'occasion de comprendre du point de vue obstétrical comment j'en étais arrivée à ma première césarienne (stagnation de la dilatation, non-engagement de la tête et échec d'épreuve de travail), de prendre du recul et distinguer mon vécu de celui d'autres femmes avec une histoire similaire. Et, bien sûr, elle m'a permis d'être la sage-femme que je suis aujourd'hui !

En approfondissant mes connaissances et développant mes expériences professionnelles dans les maternités, je réalisais de plus en plus clairement le fait qu'on ne s'occupait quasiment que de l'aspect médico-technique de la césarienne. Il est vrai que l'anesthésie était devenue plus sûre, la technique opératoire moins traumatisante. Mais dans l'ensemble, rien n'avait changé avec les années, à une grande exception près, malheureuse : le nombre de césariennes pratiquées a augmenté constamment pour se stabiliser autour de 33 % en Suisse.

{ Dilatation }

Au début des années 2000, j'ai participé à plusieurs séminaires sur les césariennes en Allemagne et pour moi, ce fut la révélation : la reconnaissance qu'une césarienne peut-être mal vécue est ici une évidence dont il faut tenir compte dans l'accompagnement de la femme, alors que je n'avais trouvé ni livres, ni sites sur le sujet en français. Des ailes me sont poussées et une idée a germé : mes connaissances linguistiques me donnaient la possibilité "d'importer" cet enseignement dans le monde francophone et je pouvais enfin réaliser ce qui sommeillait en moi depuis vingt ans. Rentrée à la maison, je m'achetais un logiciel pour créer mon propre site internet : il devait être esthétique — pas d'images de "ventres ouverts" — et donner la place au vécu des mères



et des pères, et indirectement des bébés, ainsi qu'aux soins de la cicatrice, un sujet qui me tient particulièrement à cœur.

{ Accouchement }

Pour le côté technique du site, c'est mon fils aîné qui m'a aidée à réaliser le site... ce qui est très symbolique compte tenu de l'expérience que j'ai eue avec sa naissance. Pour le contenu du site, je me suis assise à mon bureau et d'une seule traite, j'ai écrit tout le texte, tout ce qui me tient à cœur, tout ce que j'ai à donner au sujet de la césarienne. Bien sûr, il a fallu organiser la mise en page, établir des liens avec les nombreux livres lus, les liens internet disponibles et les adresses utiles, mais c'est de la finition. Outre la page d'accueil, le site comprend des pages consacrées au vécu de la mère, du père et du bébé, aux moyens d'aide divers dont la femme peut avoir besoin, aux soins de la cicatrice, aux témoignages, aux livres, articles et liens internet en lien avec le sujet. À ce moment-là, je comptais beaucoup sur la page prévue pour les témoignages qui, au départ, ne contenait que quelques bribes de phrases et la promesse

que je répondrais personnellement dans les 2-3 jours aux messages reçus.

{ Délivrance }

En septembre 2006, c'est l'ouverture de mon site sur la grande toile du web.

Petit à petit, le nombre de personnes intéressées a augmenté, dépassant les 100 par mois, les 500, puis les 1 000 – pour arriver vers 2009-2010 aux 8 000 par mois.

Les témoignages arrivent régulièrement. Certains me touchent aux larmes, d'autres traduisent le parcours effectué par la femme d'une naissance à une autre, d'autres encore restent hors public dans ma messagerie. Voici quelques extraits de témoignages publiés, choisis pour illustrer la diversité de ces contributions (cf. ci-contre).

Dans tous les témoignages se lit la gratitude des femmes d'avoir trouvé un espace où leur vécu est reconnu et accueilli. C'était exactement mon intention et je suis aux anges, ne compte pas mes heures pour répondre consciencieusement aux messages que l'on me confie. À noter que ce site inter-

Témoignages

« Depuis ma césarienne, je ne me sens plus en contact avec mon corps - il m'a lâché et maintenant, il y a cette cicatrice. Je ne peux ni la regarder ni la toucher. » (inconnue)

Mon fils va bientôt avoir deux ans et je souffre encore de cet accouchement volé, j'ai mis du temps avant de l'admettre mais j'ai été choquée par cette césarienne en urgence, cette naissance volée. »

(L.L. sept. 2011)

« Merci pour votre site qui me permet de mettre des mots sur ma douleur. Cette douleur qui ne doit pas être évoquée car je cite : « *Le bébé va bien et tu vas bien* ». Je sais maintenant pourquoi il m'est insupportable qu'on ne comprenne pas que je souffre encore de ma césarienne. C'est comme si on m'avait violé le ventre pour m'arracher mon enfant. Comme si je n'étais pas une femme. Mon conjoint a beau me dire que l'équipe médicale m'a aidée et que c'est moi qui ai accouché. Je ne suis pas d'accord, je n'ai pas été capable de mettre ma fille au monde. J'ai mal au plus profond de moi... »

(L.R., Juin 2011)

« Je viens de découvrir votre site... J'aurais tant aimé qu'il existe à l'époque de mes deux césariennes (mai 2000 et avril 2002). Je les ai mal vécues et je vais vous raconter. J'accepte que mon témoignage soit publié, cela aidera peut-être d'autres mamans... »

(M.C.K., Janvier. 2011)

« Une césarienne, ce n'est pas anodin, ça fait mal... Ce n'est pas un processus naturel, C'est bien que ça existe car c'est nécessaire dans bien des cas, mais ça reste une opération. Il n'y a rien d'intime... c'est ça que je ne trouve pas normal, quand on est obligée de subir une césarienne, il faudrait créer un cadre meilleur, créer une intimité, faire en sorte que ça ressemble le plus possible à un accouchement et non à une banale opération ou à un cours d'anatomie ! Après toutes ces années, c'est quelque chose de très présent et ça fait du bien d'en parler, merci pour ce site... »

(C.C., Novembre. 2010)

« Aujourd'hui, je sais qu'il me manque quelque chose avec mes enfants je ne saurai dire quoi mais j'ai un vide que je n'arrive pas à combler... Je ne veux plus d'enfants parce que je sais que ce sera d'office une césarienne... Tout le monde me dit que je suis une très bonne maman, attentionnée, aimante, organisée, que je ne me noie pas dans un verre d'eau... mais je n'ai pas su faire l'essentiel : les mettre correctement au monde, et ça, j'en souffre vraiment. Je ne sais pas comment faire pour avancer et passer à autre chose.

Je ne vous connais pas mais je veux quand même vous dire merci, parce que je n'avais jamais pu dire et écrire tout ça, ça m'a fait du bien. Encore merci. Comment faire pour retrouver ma vie de couple, ma place de maman et moi-même par la même occasion ? »

(A.C., Avril 2015)





net est le fruit d'un travail personnel et reste entièrement à mon nom, sans aucun intérêt financier, exempt de toute publicité... et j'y tiens! Comme en témoignent les messages reçus, par exemple de Belgique, d'Algérie, du Québec, de France et de Suisse bien entendu. Il est consulté depuis tous les pays francophones.

{ Post-partum précoce }

Avec le temps, je m'aperçois, dans les statistiques de l'hébergeur, que mon site est également consulté depuis la Russie, la Chine, etc. avec l'utilisation du traducteur Google. Connaissant moi-même la qualité médiocre de ces traductions, je décide de faire traduire mon site en anglais³ en 2008.

{ Post-partum tardif }

À travers ce site, mais aussi l'ensemble de mes engagements, mon objectif principal est évidemment d'éviter toutes les césariennes qui n'ont pas une indication médicale bien posée, et de faire réfléchir les professionnels de santé aussi bien que les futurs parents sur une certaine vision de l'accouchement, moins médicalisée, plus respectueuse du processus naturel. L'opération doit redevenir cet outil formidable qui rend certaines naissances possibles tout en préservant la santé de la mère et/ou de l'enfant dans des situations de danger avéré. À mes yeux, cette prévention de la césarienne "inutile" devrait commencer bien plus tôt qu'en salle de naissance, durant la grossesse déjà, en préparation à la naissance, en évitant le grand nombre actuel de provocations, l'omniprésence de la périnéale et tout ce qui génère des interventions médicales, entraînant souvent elles-mêmes d'autres interventions.

En Suisse comme ailleurs, il existe de grandes différences dans les pratiques obstétricales, la "disponibilité" de la périnéale et le nombre de césariennes par lieu de naissance et par région. Le taux de césarienne s'élève encore à 32,4 % en 2014, avec des variations minimales les dernières années. Pourtant, un postulat politique⁴ avait été déposé en mars 2009 par une collègue sage-femme devenue politicienne au niveau national (Conseil des États), Liliane Maury-Pasquier, pour demander d'étudier les raisons de ce taux de césarienne trop élevé. La Fédération Suisse des Sages-Femmes⁵ a, quant à elle, publié une brochure d'information sur les césariennes⁶ fin 2014 avec la particularité qu'elle a fait l'objet d'une élaboration commune entre les néonatalogues, les pédiatres, les anesthésistes et les sages-femmes. Cette publication est disponible en plusieurs langues et a été présentée à différents congrès internationaux.

{ Post-partum tardif }

La technique médicale a progressé au point de banaliser la césarienne et de faire de cette opération un choix libre pour les femmes, même lorsqu'il n'existe aucune justification médicale. Malgré nos connaissances actuelles sur l'importance du développement du lien et de la première mise au sein dans un délai de 2 heures, la pratique de la césarienne fait que mère et bébé n'ont qu'un contact minime au bloc opératoire,

sont séparés par la suite pour les besoins de la surveillance post-opératoire et se retrouvent finalement quand le bébé s'est endormi, ce qui retarde encore le contact peau à peau et la mise au sein. Les futurs pères ne sont pas toujours admis au bloc opératoire quand l'anesthésie est loco-régionale. La prise en charge des mères, des bébés et des pères n'est de loin pas optimale et surtout trop aléatoire : elle dépend du lieu, de l'heure, du jour ou de la nuit, du personnel présent, de la bonne volonté des professionnels...

C'est dire combien les progrès sont nécessaires dans ce domaine, pour améliorer le vécu de la césarienne et donner un bon départ dans la vie. La page des "moyens d'aide" de mon site fournit des pistes pour préparer une césarienne programmée, mais surtout pour rattraper quelque peu ce qui n'a pas pu être fait dans les premières heures après la naissance.

Heureusement, tout n'est pas perdu, loin s'en faut. Ainsi, il est possible de favoriser l'attachement mère-enfant de plusieurs manières. Un moyen merveilleux est le massage des bébés⁷ qui permet le renforcement du lien profond et des interactions de qualité entre la mère et l'enfant. Les femmes césarisées en particulier l'expriment lors de ces cours comme étant "du baume sur le cœur" pour les deux.

Parler de césarienne, c'est également parler du prochain accouchement. Beaucoup de questions à ce sujet me sont posées dans la messagerie ou dans ma pratique de sage-femme indépendante. Dans l'idéal, je peux faire une préparation à la naissance spécifique avec le couple pour mettre toutes les chances de leur côté. En théorie, l'AVAC (accouchement par voie basse après une césarienne) est possible dans la grande majorité des cas, mais la réalité se présente souvent autrement. La mesure de l'épaisseur de la cicatrice par ultrasons, qui n'est scientifiquement pas prouvée comme efficace, est souvent déterminante avec l'argument du risque d'une éventuelle rupture utérine. Pour éviter ce risque plutôt faible avec 3-4 % de cas, les futurs parents renoncent à leur projet d'AVAC et pour un troisième bébé, il n'y a même plus besoin de discuter l'issue.

En dehors de ces questions obstétricales, une réalité financière existe : la césarienne coûte plus cher à l'assurance maladie qu'un accouchement par voie basse, donc indirectement à toute la société. Cela nécessite une vraie réflexion quand il s'agit de césariennes de convenance, sans indication médicale.

Un autre point très important à mes yeux : il n'existe pratiquement aucune étude pour voir les effets à long terme des césariennes sur la santé de la femme. Des recherches en pédiatrie ont par contre montré des effets délétères sur la santé des bébés césarisés (asthme et diabète par exemple) et ont provoqué un changement dans la pratique. Actuellement, en Suisse, les césariennes sont pratiquées vers 39 semaines d'aménorrhée pour éviter le syndrome du poumon mouillé.

La réalité de la cicatrice est une autre préoccupation. Beaucoup de femmes n'osent pas la toucher, encore moins la masser et la mobiliser. Pourtant elle se trouve à un endroit très central de notre corps, proche de plusieurs organes internes et aussi de l'intimité, de la féminité. Les adhérences inévitables suite à une opération peuvent créer



REPORTAGE

Par HEIKE EMERY, SAGE-FEMME INDÉPENDANTE, SUISSE

des limitations dans l'ampleur des mouvements et même de toute la posture. Quelques millimètres suffisent pour favoriser un étirement lombaire avec d'autres conséquences possibles, à long terme.

Pendant un séjour en Allemagne, je me suis formée à la technique du K-Taping⁸ en gynécologie-obstétrique. Une des applications concerne les cicatrices de césarienne, et les femmes apprécient particulièrement cette approche. Le "tape" peut être posé 2 à 3 semaines après l'intervention sur une cicatrice rosée et va agir en permanence pendant 7 à 8 jours, ce qui est particulièrement utile lorsque les femmes elles-mêmes n'ont pas (encore) envie de toucher la cicatrice. Son action permet de mobiliser les différentes couches et de rendre la cicatrice plus souple et mobile. On peut "taper" plusieurs fois à la suite si nécessaire et également sur des cicatrices anciennes. De toute façon, je préconise des massages manuels, idéalement matin et soir, avec une crème cicatrisante de qualité pendant les premiers mois, avec une incitation à progressivement déplacer, décoller, rouler, étirer et soulever la cicatrice (*cf. illustration ci-dessous*).

Il est parfois dit aux femmes qu'elles n'ont pas besoin de raffermir leur périnée après une césarienne et qu'il ne faut surtout pas faire des exercices abdominaux pendant plusieurs semaines. Ceci au point qu'elles n'osent presque plus bouger et perdent encore plus confiance en leur corps. Contrairement à la France, il n'y a pas, en Suisse, de prescriptions systématiques de kinésithérapie. J'invite volontiers les femmes à suivre des cours de gymnastique postnatale dès la 6^e semaine post-partum pour le plaisir de bouger et de retrouver les sensations de leur corps. D'autres approches corporelles existent évidemment, l'important étant le "mieux-être" de la femme.

Certaines femmes sentent le besoin d'aller plus loin dans le travail de leur vécu et sollicitent des entretiens. Avec certaines d'entre elles, j'ai repris le rapport de l'accouchement pour en discuter. Avec d'autres, il s'agit simplement de les

écouter. Très souvent, il est bon de recréer un lien entre le mental de la femme et son corps. Beaucoup d'approches différentes existent, mais elles ne sont pas toutes remboursées par l'assurance maladie. C'est à nous, professionnelles, de proposer des possibilités et à la femme de choisir ce qui lui convient le mieux.

{ Retour de couches }

Au final, tout cela pour montrer comment, à partir d'un vécu personnel, est née une action individuelle à portée "publique". Ce n'était pas prémedité, mais finalement, et avec du recul, cette initiative s'inscrit comme une évidence sur mon chemin personnel et professionnel. Aujourd'hui, mes propres césariennes font partie de ma vie et de mon corps, y ont laissé des traces physiques et psychiques, mais plus encore une énergie de transformation, de soutien et d'empathie. Je ne me lasserai pas de continuer sur cette voie, de moderniser mon site, en lien avec Facebook⁹ par exemple, et de contribuer à améliorer, à ma manière, le vécu des mères, des bébés et des pères.

{ Perspective d'une nouvelle grossesse ? }

Si vous, chères lectrices, chers lecteurs, pouvez en retenir quelque chose pour votre pratique, ce serait une fierté pour moi ; il reste tellement à faire. Et je vous propose de porter à ma connaissance tous les projets, tous les changements dans votre pratique quotidienne et dans vos services qui améliorent la prise en charge des césariennes, pour en faire un inventaire visible et accessible sur mon site à l'occasion de son anniversaire... et pour donner de l'encouragement et des idées concrètes à toutes les personnes intéressées à réfléchir et améliorer leur pratique. Merci d'utiliser pour cela l'adresse "contact" de mon site.

Soin de la cicatrice

La cicatrice d'une césarienne a une longueur de 10 à 15 cm environ et se trouve horizontalement au bord supérieur des poils pubiens (zone blanche). Dans le meilleur des cas, la peau cicatrise bord à bord et sans infection pour ne laisser en surface qu'un trait fin, mais dans la plupart des cas, il y a une cicatrice qui va déborder vers l'extérieur du nombril au pubis, mais cela ne concerne qu'une minorité de femmes en occident.

Les soins de la cicatrice ne devraient pas s'arrêter avec le retrait des agrafes ou fils. Il est important d'expliquer aux femmes les soins de base : bien sécher la cicatrice après la douche, éviter de la frotter, la couvrir avec une serviette sèche et la laisser respirer. Le bord supérieur risque de créer un frottement sur la cicatrice toute fraîche par exemple. Des tissus en filtre peuvent être utilisés pour empêcher le frottement confortablement à toutes les surfaces. Si elles se lavent (à la main) et sèchent très facilement.

Dans les premiers jours, il faut éviter les mouvements de torsion du haut du corps qui sollicitent beaucoup les poils externes latéraux de la cicatrice interne et peuvent être très douloureux. Si les poils sont très sensibles, il est préférable de les couper. Si l'infestation, l'hospitalisation, les soins peuvent commencer sur place avant d'être suivis à domicile par une sage-femme habilitée. Mais cela peut également arriver après le retour à domicile. Si cela est nécessaire, il est préférable de faire faire les soins par une sage-femme habilitée. Sinon une consultation à la Maternité ou chez votre obstétricien s'impose dans le plus bref délai. Les soins doivent être adaptés à la cicatrice et à la femme.

Parfois la cicatrisation pose des problèmes, notamment en cas d'infection ou d'hématome ou si les bords ne se joignent pas parfaitement. La sutura peut lâcher par endroit et un décollement peut se produire. Si cela se produit, il faut faire faire des soins par une sage-femme habilitée. Les soins peuvent commencer sur place avant d'être suivis à domicile par une sage-femme habilitée. Mais cela peut également arriver après le retour à domicile. Si cela est nécessaire, il est préférable de faire faire les soins par une sage-femme habilitée. Sinon une consultation à la Maternité ou chez votre obstétricien s'impose dans le plus bref délai.

Après l'accouchement, il faut généralement drainer la zone concernée, la désinfecter fréquemment et ensuite laisser refermer la plaie petit à petit. Parfois un traitement aux antibiotiques est nécessaire en parallèle. Pour les femmes, cela signifie des soins et des exercices pour la cicatrice et pour le périnée. Si la cicatrice est partiellement ouverte et il y a un risque de se dénuder encore plus. Mais après ce début de cicatrisation difficile et retardée, les autres mesures proposées ici prennent tout leur sens.

Les femmes n'aiment généralement pas toucher leur cicatrice au début, en partie à cause de la douleur et de la peur de laisser des marques ou des taches dans la région. Observer la guérison et inciter les femmes à intégrer la cicatrice dans leur soins quotidiens est un pas important aussi pour intégrer l'événement de la césarienne dans leur vécu.

Pour éviter le plus possible la formation d'adhérences (épaisseur de tissu connectif) dans la zone de la cicatrice, il est important de pouvoir se tenir droit rapidement et de bouger le plus naturellement possible. Ces adhérences peuvent empêcher la cicatrice de se décoller et de se décoller complètement. Des traitements dans le petit bassin ou des masques de dos. En gardant les genoux légèrement fléchis, il est plus facile de redresser le haut du corps sans faire de tensions dans les lombaires et sur la cicatrice. Entrée de marche légèrement étirée en avant comme le voit fréquemment chez les femmes césariennes.

mots-clés:

Je vous serai très reconnaissante si vous pourrez me signaler ce qu'il se passe dans votre pays et le plus aidé afin de le partager avec les autres personnes utilisant ce site. Merci !

10 - 15 cm cicatrice horizontale parties verticales

importance des soins de la cicatrice règles de base sirops en filtre

se protéger de la douleur conseils pratiques

problèmes de la cicatrisation écoulements hémorragiques cicatrice ouverte

traitements antibiotiques év. implications générales

toucher de la cicatrice soins quotidiens

préparation symbolique imagination

adhérences

Rubrique "Soin de la cicatrice"

→ Bibliographie

1. www.cesarienne.net
2. www.arcade-sages-femmes.ch
3. www.caesareansection.net
4. http://www.parlement.ch/ab/frameset/f/s/4807/294807/f_s_4807_294807_295043.htm
5. www.sage-femme.ch
6. <http://www.info-cesarienne.ch/fr/>
7. <http://iaim.ch/fr>
8. <http://www.2.k-taping.eu/Accueil>
9. www.facebook.com/cesariennes



Soin des mamelons, à chaque situation une réponse adaptée

Le but recherché :

Diminuer la douleur et accélérer la cicatrisation des mamelons abîmés.

Ces soins des mamelons ne doivent en aucun cas être utilisés lorsqu'une infection bactérienne a été diagnostiquée.

Le meilleur principe à utiliser est la cicatrisation en milieu humide corrigé : ce principe consiste à maintenir l'hydratation interne des tissus en créant une barrière qui empêche l'évaporation, le dessèchement et la formation des croûtes. Selon les spécialistes du traitement des plaies, le principe de la cicatrisation en milieu humide corrigé accélère la cicatrisation (50% plus rapide).

Quand le principe de la cicatrisation en milieu humide corrigé n'est pas appliqué, la croûte se forme et le bébé l'arrache à chaque tétée, cela ralentit le flux des substances nutritives dans la plaie et donc ralentit le flux des nouvelles cellules qui doivent réparer la plaie.

Ne pas confondre la cicatrisation en milieu humide corrigé avec la peau mouillée : Garder la peau mouillée conduit au gonflement de la peau lequel conduit à la formation de crevasses et ralentit la cicatrisation.

Lansinoh HPA® (Lanoline Anhydre Hautement Purifiée) :

- Permet le principe de la cicatrisation en milieu humide corrigé.
- Les niveaux d'impuretés de la lanoline HPA sont particulièrement bas et largement inférieurs aux seuils pouvant créer une réaction : n'a donc pas besoin d'être enlevée avant la tétée.
- La lanoline HPA est bactériostatique.
- Très efficace utilisée en faible quantité après chaque tétée.

À savoir : les huiles type huile d'olive ou amande douce, ne permettent pas de créer une barrière d'hydratation et peuvent générer des réactions chez le bébé. Des taux élevés de vitamine E ont été trouvés chez les bébés dont les mères utilisaient une crème à base de vitamine E. Par voie orale la vitamine E crée très rarement des réactions allergiques, par contre en utilisation cutanée elle le peut.



Les hydrogels Ameda® :

- Dispositif médical permettant la cicatrisation en milieu humide corrigé.
- Peuvent être utilisés sur tous les stades de la crevasse.
- Très efficaces pour diminuer la douleur.
- Sur base aqueuse, les hydrogels Améda peuvent être utilisés durant 7 jours d'affilés en les rinçant à l'eau claire entre chaque tétée.

Des cas d'infection ont été rapportés chez des femmes ayant utilisés des hydrogels sur base glycérine.

Les coquilles en argent Silver Cap® :

- Utilisées en complément de la goutte de lait.
- Dispositif médical permettant la cicatrisation en milieu humide combinée avec un faible taux d'oxygène ce qui maximise la cicatrisation.
- Peuvent être utilisées à tous les stades de la crevasse ainsi qu'en prévention.
- Composées d'argent pur en trois couches argent pur à 99,9%, la structure particulière en micro filetage garantit une parfaite adhérence au mamelon.
- L'utilisation est très simple : appliquer une goutte de lait maternel sur le mamelon et positionner la coquille en la maintenant avec le soutien gorge contre le mamelon.

Étude publiée*

**Féminin
Maternel**
www.feminin-maternel.com
contact@femini-maternel.com

almafil®

www.almafil.com
katiaroth@almafil.fr

N°vert : 0 800 55 00 50

* La première étude est publiée : (Breastfeeding medicine, volume 10, number 5, 2015, pages 232-238 evaluation of the effectiveness of a medical device for topical use named Silver Cap for nipple fissure treatment during breastfeeding A.Marruzzo, MG Sanna, F Dessoile, G Capobianco, MD Piga, S Dossolo).



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Post-partum

ALLAITEMENT MATERNEL

Fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation

L'allaitement maternel concerne en France près de 70 % des enfants à la naissance (NP2). Sa durée médiane est de 15 semaines et de 3 semaines 1/2 pour l'allaitement exclusif. À 3 mois, seuls un tiers des enfants allaités à la naissance le sont encore (NP2). Que cela s'explique par la composition du lait maternel ou par le comportement des mères avec leur enfant ou encore par leur niveau socioculturel, voire même par toutes ces composantes à la fois, l'allaitement maternel est associé à un meilleur développement cognitif des enfants (NP2). Cet effet est d'autant plus renforcé que les mères allaitent de façon exclusive et prolongée (NP2). Dans le cadre de la prévention d'un grand nombre de maladies à plus ou moins long terme (otites, infections gastro-intestinales, maladies atopiques, obésité et maladies cardio-vasculaires...), un allaitement maternel exclusif et prolongé (*grade B*) de 4 à 6 mois est recommandé (*accord professionnel*). L'allaitement maternel n'est pas un moyen de prévention de la dépression du post-partum (*accord professionnel*). Pour réduire l'incidence du cancer du sein, un allaitement maternel prolongé est recommandé (*grade B*). Dans le but d'augmenter le taux d'initiation de l'allaitement maternel ainsi que sa durée, il est recommandé que les professionnels de santé accompagnent les mères dans leur projet (*grade A*), que les messages de promotion de l'allaitement intègrent des messages à destination des conjoints (*grade B*), ainsi que de promouvoir un allaitement maternel à la demande sans intervalle fixe entre les tétées (*grade B*). En revanche, on ne dispose pas de suffisamment de données pour recommander d'employer une position particulière lors des tétées, d'utiliser un sein ou deux lors des tétées ou encore de les débuter précocement (*accord professionnel*).

ALLAITEMENT MATERNEL

Méthodes d'inhibition de la lactation

Il n'existe pas de données sur l'histoire naturelle de la montée laiteuse, mais il est communément admis, en l'absence de stimulation mamelonnaire, que l'arrêt survient spontanément dans les 15 jours qui suivent la naissance dans la grande majorité des cas (*accord professionnel*).

Il n'y a pas de données scientifiques démontrant une efficacité des mesures non pharmacologiques (le bandage des seins, le port de brassières, la restriction hydrique ou alimentaire, des manœuvres de tire-lait manuelles ou mécaniques, l'application de packs de glace, la pratique de douches chaudes, l'évitement de la stimulation tactile des seins ou l'homéopathie) pour l'inhibition de la lactation (*accord professionnel*). Il n'existe donc pas d'argument scientifique pour recommander des mesures non pharmacologiques pour l'inhibition de la lactation (*accord professionnel*).

En raison de leurs potentiels effets secondaires (dérivés de l'ergot de seigle), les traitements pharmacologiques de l'inhibition de la lactation ne devraient pas être proposés de façon systématique aux femmes qui ne souhaitent pas allaiter (*accord professionnel*). Pour les femmes informées des risques, qui souhaitent cependant un traitement pharmacologique de l'inhibition de la lactation, le lisuride et la cabergoline sont à privilégier (*accord professionnel*). La bromocriptine n'a plus sa place dans l'inhibition de la lactation en raison des effets secondaires potentiellement graves (*accord professionnel*). Les données disponibles sur la gestion de fin de la lactation ne permettent pas d'émettre de recommandation et aucun traitement n'est recommandé (*accord professionnel*).

Comme pour toute patiente ne souhaitant pas allaiter les non-indications formelles à un allaitement telles que la perte fœtale, un décès néonatal et une sérologie VIH-1 positive doivent faire l'objet d'une discussion avec la patiente

sur les bénéfices et risques d'un traitement pharmacologique de l'inhibition de la lactation (*accord professionnel*).

La séropositivité pour les hépatites B ne constitue pas en soi une contre-indication à l'allaitement maternel dès lors que l'enfant reçoit une immunoprophylaxie et une sérovaccination (*grade C*). L'infection maternelle par l'hépatite C n'est pas une contre-indication à l'allaitement en cas de charge virale faible ou indétectable (*grade C*). En cas de charge virale élevée une discussion collégiale est nécessaire pour évaluer la balance bénéfices-risques de l'allaitement (*accord professionnel*).

ALLAITEMENT MATERNEL

Complications de l'allaitement

Il n'est pas recommandé de respecter un espacement strict des tétées toutes les 4 heures (*grade B*) car cette attitude est associée à plus de difficultés de l'allaitement et des arrêts précoces (NP2). Il ne semble pas exister d'argument pour favoriser l'allaitement d'un ou des deux seins au cours de chaque tétée (*grade C*). Les techniques de préparation de stimulation du mamelon ou de correction d'une variation anatomique du mamelon avant la naissance ne sont pas recommandées pour diminuer les pathologies mamelonnaires, ou améliorer le succès de l'allaitement (*grade B*). Il semblerait que l'utilisation de lanoline et l'application de lait maternel aient un intérêt dans les affections du mamelon (NP4). Les données de la littérature actuelle sont insuffisantes pour conclure à l'efficacité des écrans mamelonnaires à court, moyen et long terme (*accord professionnel*). L'expression du sein de façon manuelle ou à l'aide d'un tire-lait semble avoir un intérêt dans la prévention de l'engorgement mammaire (*accord professionnel*). Aucune étude n'a démontré l'efficacité de traitements topiques, pack de glace, acupuncture, physiothérapie par ultrasons, oxytocine dans le traitement de l'engorgement mammaire initial, et ils ne peuvent en conséquence être recommandés (*grade C*). La restriction hydrique et



les traitements par diurétiques ne sont pas recommandés dans le traitement de l'engorgement mammaire (*accord professionnel*).

Il n'est pas recommandé de donner de l'aspirine ou des AINS dans le traitement des mastites (*accord professionnel*). Un prélèvement bactériologique du lait en cas de mastite est nécessaire ainsi que l'administration immédiate d'une antibiothérapie probabiliste antistaphylococcique en attendant les résultats du prélèvement bactériologique (*grade C*) ainsi que l'interruption de l'allaitement par le sein infecté tout en poursuivant sa vidange par un tire-lait (*accord professionnel*). L'incision et le drainage d'un abcès du sein sont recommandés (*accord professionnel*). Il n'est pas recommandé un traitement antibiotique associé (*accord professionnel*). La réalisation de ponctions itératives à l'aiguille est une alternative au drainage chirurgical dans les formes modérées (*accord professionnel*).

En cas d'antécédent de cancer du sein, quelle que soit la durée de la rémission, l'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué (*accord professionnel*).

ALLAITEMENT MATERNEL

Usage des médicaments, diététique et addictions

La précaution d'interrompre l'allaitement maternel en cas de prise médicamenteuse n'est pas justifiée dans de nombreuses situations (*accord professionnel*). Parmi les antalgiques de palier 1, le paracétamol est l'antalgique de première intention en cours d'allaitement (*grade B*). La prise ponctuelle d'aspirine ou de façon répétée à dose antiagrégante n'est pas contre-indiquée en cours d'allaitement (*grade B*). Une prise répétée à dose antalgique ou anti-inflammatoire d'aspirine est contre-indiquée (*grade B*). Les AINS ayant une demi-vie courte peuvent être utilisés pendant la période de l'allaitement, et l'exposition peut être minimisée si la prise maternelle a lieu au moment de la tétée (*grade B*). Le néfopam (Acupan®) peut être utilisé dans les 48 premières heures du post-partum (*accord professionnel*). Parmi des antalgiques de palier

2, l'utilisation de tramadol est possible en cours d'allaitement (*accord professionnel*), et doit être préférée à l'utilisation de codéine et d'oxycodone en raison de cas de complications néonatales graves rapportés avec ces derniers (*grade C*). La

prescription d'antalgiques de palier 2 doit être ponctuelle afin d'éviter les accumulations des métabolites de ces traitements dans le lait (*accord professionnel*). Parmi les antalgiques de palier 3, le traitement par morphine en cas d'allaitement maternel est possible dans les 24 à 72 heures qui suivent l'accouchement (*accord professionnel*). Il n'est pas justifié de différer la mise en route de l'allaitement en cas d'analgesie locorégionale ou générale. La majorité des traitements antibiotiques ne justifie pas d'interrompre l'allaitement (*accord professionnel*). Les anxiolytiques de la classe des antihistaminiques H1 sédatifs tels que l'hydroxyzine ne doivent pas être prescrits en cas d'allaitement maternel (*accord professionnel*). Aucun examen d'imagerie ne justifie d'interrompre l'allaitement (*accord professionnel*). La consommation de tabac est déconseillée mais elle ne constitue pas une contre-indication à l'allaitement maternel (*accord professionnel*). Il est recommandé d'éviter la consommation de boissons alcoolisées (*accord professionnel*). La prise de cocaïne contre-indique l'allaitement maternel (*accord professionnel*) et l'allaitement maternel est déconseillé en cas de prise de cannabis (*accord professionnel*).

SOINS MATERNELS APRÈS ACCOUCHEMENT VOIE BASSE ET PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DU POST- PARTUM IMMÉDIAT

Pour des raisons pragmatiques, dans ce chapitre nous avons consensuellement choisi de définir le post-partum immédiat comme étant le temps de séjour à la maternité. Après un accouchement par voie basse, il est recommandé de surveiller la pression artérielle, la fréquence cardiaque, les saignements, l'involution utérine, les douleurs génitales, les mictions spontanées, la température, et la reprise du transit, l'absence de signes de phlébite des membres inférieurs (*accord professionnel*). L'anémie du post-partum est définie par une hémoglobine < 11 g/dl à 48 heures de l'accouchement (*grade C*). Elle ne doit être recherchée que chez les femmes ayant saigné ou en cas de symptôme d'anémie, idéalement à 48 heures (*accord professionnel*). Une supplémentation martiale orale n'est réalisée que dans les cas d'anémie biologiquement prouvée (*accord professionnel*). Le traitement martial oral reste

le traitement de première intention dans la majorité des cas (*accord professionnel*). Le fer injectable est réservé aux anémies sévères (taux d'Hb inférieur à 8 ou 9 g/dl, ou mauvaise tolérance avec asthénie importante) (*accord professionnel*). Lorsque le taux d'Hb est inférieur à 7 g/dl, une transfusion sanguine doit être discutée selon la tolérance maternelle (*accord professionnel*). En cas d'HTA du post-partum ou de prééclampsie de novo, les règles de prescription des antihypertenseurs et du sulfate de magnésium sont les mêmes qu'en prénatal (*accord professionnel*). La corticothérapie ne doit pas être prescrite en post-partum (comme en pré-partum) pour traiter un HELLP syndrome (*accord professionnel*). Les AINS oraux sont efficaces sur les douleurs périnéales et sur les tranchées (NP2). En cas de désunion périnéale, il n'existe pas d'argument pour privilégier la cicatrisation dirigée ou la reprise chirurgicale, sauf en cas de désunion importante où la chirurgie est à envisager (*accord professionnel*). L'infection de cicatrice périnéale justifie une antibiothérapie orale à large spectre, en plus des soins locaux (*accord professionnel*). Les techniques de réparation "termino-terminales" devraient être réalisées pour les déchirures partielles du sphincter anal externe (toutes les déchirures de degré 3a et quelques déchirures de degré 3b) (*grade C*). Pour les déchirures complètes du sphincter anal externe, les techniques de réparation par chevauchement et les techniques "termino-terminales" semblent équivalentes sur les symptômes à 36 mois (NP2). De façon générale, les points en X doivent être évités sur le sphincter anal (*accord professionnel*). En fin de réparation, un toucher rectal doit être réalisé pour vérifier qu'il n'existe pas de point transfixiant la muqueuse (*accord professionnel*). Une antibioprophylaxie (céphalosporine de 2^e génération) per-opératoire par voie intraveineuse est recommandée (*grade B*). Il n'y a pas de données dans la littérature évaluant l'intérêt de sa prolongation (*accord professionnel*). Il est recommandé de prévenir la constipation chez ces patientes par l'instauration de règles hygiéno-diététiques et si besoin de laxatifs et en évitant si possible les opiacés (*grade C*). Il n'y a pas d'étude évaluant l'impact d'un régime sans résidu chez ces patientes. Aucun examen complémentaire ni de rééducation périnéale en systématique n'est recommandé (*accord*



professionnel). L'hématome puerpéral (HP) (ancien thrombus vaginal) est un diagnostic clinique (*accord professionnel*). En cas de doute clinique, ou en cas de suspicion d'HP sous-péritonéal, une imagerie doit être réalisée pour confirmer le diagnostic et établir le bilan d'extension, idéalement par un scanner ou une IRM (*grade C*). L'embolisation première doit également être privilégiée en cas d'anomalies de l'hémostase ou lorsque le diagnostic d'HP sous-péritonéal a été établi (*accord professionnel*). Le seul traitement des céphalées en rapport avec une brèche méningée est le blood-patch (NP2), celui-ci ne devant pas être réalisé avant 48 heures (*accord professionnel*). Le risque thrombo-embolique après un accouchement par voie basse est d'environ 1 % (N P2) et la prescription d'une thromboprophylaxie par bas anti-thrombose et ou HBPM doit être réalisée en fonction des facteurs de risque (*accord professionnel*).

CÉSARIENNE ET POST-PARTUM

La période postopératoire après césarienne associe les problématiques des premiers jours après la naissance et celles de la phase postopératoire immédiate qui comporte à la fois des particularités de la césarienne et celles générales d'une intervention chirurgicale.

La surveillance postopératoire immédiate après césarienne (sous anesthésie locorégionale ou générale), doit se dérouler en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) à proximité de la salle de naissance (*accord professionnel*). Dans le cas où les difficultés organisationnelles locales apparaîtraient insurmontables pour assurer cette surveillance en SSPI, il conviendrait que la commission médicale de l'établissement en soit saisie et que la direction informe l'Agence Régionale de Santé des solutions envisagées, dès lors qu'elles contreviendraient au Code de la santé publique (*accord professionnel*). Une procédure de surveillance spécifique comportant les modalités d'appel en urgence de l'équipe médicale doit être mise en place (*accord professionnel*). La réalisation d'une numération formule sanguine (NFS) de façon systématique dans la période post-césarienne immédiate n'est pas recommandée en population générale (*accord professionnel*). En revanche, en cas de facteur(s) de risque et/ou de signes cliniques

(anémie pré-partum et/ou hémorragie péri-partum), une NFS doit être réalisée au cours des 48 premières heures (*accord professionnel*). Un protocole antalgique élaboré par l'équipe médicale doit être disponible dans chaque établissement (*accord professionnel*). L'emploi combiné de plusieurs antalgiques de palier 1, selon les principes de l'analgésie multimodale, représente une base thérapeutique efficace (*grade B*). L'analgésie multimodale inclut généralement du paracétamol, un AINS et du néfopam (*grade B*). Il est recommandé d'administrer ces produits par voie orale et de façon systématique pendant les premiers jours postopératoires (*accord professionnel*). De préférence par voie orale et en secours, la morphine peut être administrée dès lors que la douleur n'est plus soulagée par l'effet combiné de la morphine péri-médullaire et des antalgiques de palier 1, y compris dans les 24 premières heures (*accord professionnel*).

Une prévention anti-émétique systématique en cours de césarienne par une bithérapie médicamenteuse est recommandée (*grade B*). Le sondage vésical à demeure avant la réalisation de la césarienne reste la prise en charge de référence (*accord professionnel*). On priviliera son retrait avant la 12^e heure (*accord professionnel*). Il est recommandé de vérifier la reprise mictionnelle dans les 4 à 6 heures suivant l'ablation de la sonde vésicale. Le médecin doit être averti en cas de rétention urinaire de plus de 6 heures (*grade C*). Un lever précoce dès J1 (voire plus précolement dès la 6^e-8^e heure) postopératoire avec aide de l'équipe soignante est conseillé et encouragé (*accord professionnel*). La réalimentation doit être précoce après césarienne programmée ou en urgence, que celle-ci ait été réalisée sous anesthésie locorégionale ou anesthésie générale (*grade B*). Il est recommandé de maintenir une voie veineuse périphérique pendant 24 heures comme élément de sécurité (*accord professionnel*). Pour toute césarienne, une thromboprophylaxie par bas anti-thrombose (BAT) systématique mise le jour de l'intervention et à garder pour une durée d'au moins 7 jours est recommandée (*accord professionnel*) avec ou sans l'adjonction d'HBPM selon la présence ou non de facteurs de risque supplémentaires, et selon le type de facteur de risque (majeur, mineur). Considérant que le risque basal thromboembolique lors d'une césarienne

élective est de l'ordre de 3 pour 1 000, et que l'indication de traitement anticoagulant sera posée pour tout risque > 3 %, il est donc important de connaître le facteur multiplicatif de risque (odds ratio - OR) que représentent toutes les causes de risque surajouté. On considérera donc la nécessité d'un traitement quand l'OR combiné des facteurs de risques surajoutés est > 10 faisant passer un risque basal de 3 pour 1 000 pour une césarienne élective, à plus de 3 %. Dans le cadre de l'obstétrique, ces facteurs de risque surajouté et l'évaluation de leur OR ont été bien étudiés. Ils sont présentés dans le *tableau 1*. En cas de plusieurs facteurs de risque surajouté, leurs ORs sont multiplicatifs. La durée du traitement anticoagulant dépend du nombre et surtout du type (mineur ou majeur) de facteur de risque associé :

- 1) En cas de césarienne en urgence sans facteur de risque mineur additionnel, une thromboprophylaxie par BAT seule est recommandée pour 7 à 14 jours (*accord professionnel*) ;
- 2) En cas de césarienne en urgence avec présence d'un facteur de risque mineur supplémentaire (conduisant à un OR cumulé > 10), une thromboprophylaxie par BAT + HBPM à dose préventive pour une durée de 7-14 jours est recommandée (*accord professionnel*) ;
- 3) En cas de césarienne élective sans ou avec un facteur de risque mineur supplémentaire, une thromboprophylaxie par BAT pour une durée de 7-14 jours est recommandée (*accord professionnel*) ;
- 4) En cas de césarienne élective avec présence de deux facteurs de risque mineurs supplémentaires (conduisant à un OR cumulé > 10), une thromboprophylaxie par BAT + HBPM à dose préventive pour une durée de 7-14 jours est recommandée (*accord professionnel*) ;
- 5) Dans toutes les situations, la présence de facteurs de risque supplémentaires peut conduire à une prolongation de durée de cette prophylaxie pharmacologique jusqu'à 6 semaines (*accord professionnel*).

Ces propositions de thromboprophylaxie n'ont pu être validées conjointement avec la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation pour des raisons de délais et d'organisation.

Une adaptation des doses d'HBPM préventive selon le poids est recommandée chez les patientes obèses (*grade C*).



MODALITÉS DE LA CONSULTATION POSTNATALE ET SPÉCIFICITÉS EN CAS DE PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

La consultation postnatale clôture le suivi de grossesse. Elle a un rôle de synthèse, d'information de la patiente et de ses médecins habituels. Elle a pour objectif d'identifier les séquelles et conséquences de la grossesse afin de proposer à la patiente une prise en charge adaptée. Elle

doit également permettre de rechercher les facteurs de risque pour une prochaine grossesse, notamment ceux qui seraient accessibles à un traitement en dehors de la grossesse qui permettrait d'améliorer le pronostic d'une grossesse ultérieure.

La consultation postnatale doit être systématiquement proposée (article R2122-3 du Code de la santé publique). Elle est réalisée dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement par un médecin gynécologue obstétricien, gynécologue médical, généraliste ou une sage-femme en cas

de grossesse normale et d'accouchement eutocique (*accord professionnel*). En cas de complications obstétricales, elle est assurée par un gynécologue obstétricien (*accord professionnel*). L'examen clinique est ciblé sur les symptômes décrits par la patiente et les complications survenues (*accord professionnel*). L'examen gynécologique n'est pas systématique (*accord professionnel*). Le frottis cervico-vaginal est réalisé si le précédent date de plus de 2 ans ou en cas de frottis antérieur pathologique (*accord professionnel*). Le poids est mesuré pour encourager la perte de poids (*accord professionnel*) avec pour objectif le retour au poids pré-conceptionnel dans les 6 mois (*grade C*). L'arrêt du tabac, alcool, drogues est conseillé (*grade B*) et favorisé par le soutien d'un professionnel (*grade A*). Les risques des grossesses rapprochées (< 6 mois) doivent être expliqués (NP3) et la contraception discutée en fonction du projet familial (*accord professionnel*). Le dépistage des troubles psychiques maternels, des difficultés de la relation mère-enfant et de l'allaitement est nécessaire (*accord professionnel*). La sérologie de la toxoplasmose (*grade B*) et la numération formule sanguine systématique ne sont pas recommandées (*grade C*).

En cas d'accouchement prématuré spontané, une malformation utérine doit être recherchée et le traitement discuté (*grade C*). Il n'y a pas d'argument scientifique pour recommander un examen paraclinique à la recherche d'une béance cervicale après un accouchement prématuré spontané (*accord professionnel*). Si un examen paraclinique est réalisé, il n'y a pas d'argument pour en recommander un plutôt qu'un autre (*accord professionnel*). En cas de RCIU, de MFIU ou de prééclampsie sévère et/ou précoce, un SAPL est à rechercher (*accord professionnel*) mais la recherche d'une thrombophilie héréditaire n'est pas recommandée (*grade B*). En cas de prééclampsie, la consultation de néphrologie est réservée aux patientes avec une protéinurie ou une hypertension persistante à 3 mois (*accord professionnel*). Après une cholestase gravidique, la normalisation du bilan hépatique 8 à 12 semaines après l'accouchement doit être vérifiée (*accord professionnel*).

Un courrier de synthèse sera adressé aux médecins correspondants indiqués par la patiente (*accord professionnel*). La consultation pré-conceptionnelle est conseillée, en particulier en cas de grossesse à haut risque (*accord professionnel*).

Tableau 1 > Tableau simplifié décrivant les odds ratio (rapport des cotes) pour les principaux facteurs de risque rencontrés lors de la césarienne (modifié d'après les recommandations de l'ACCP de 2012, du RCOG 2015, de la SOGC 2014 et de la SFAR 2005) ^[1, 2-4]

FACTEURS DE RISQUE	Odds ratio ajusté
Facteurs de risque majeurs (OR > 10)	
Antécédent thromboembolique avec ou sans thrombophilie sous-jacente	> 20
Thrombophilie asymptomatique à haut risque*	> 20
Syndrome des antiphospholipides symptomatique	> 20
Immobilité prolongée et complète	11
Hémorragie du post-partum nécessitant un acte chirurgical	12
Facteurs de risque mineurs (OR < 10)	
Âge > 35 ans	1,4
Obésité (IMC > 30) ou poids > 120 kg	4
Parité > 3	2
Tabagisme (> 10 cigarettes/jour avant la grossesse ou tabagisme persistant pendant la grossesse)	3
Varices importantes	2
Drépanocytose	4
Cardiopathie majeure	7
Lupus érythémateux disséminé	8
Maladie inflammatoire de l'intestin	4
Thrombophilie asymptomatique à bas risque **	3
Anémie pendant la grossesse ou hémorragie pendant la grossesse	3
Grossesse obtenue par PMA	4
Prééclampsie	3
Prééclampsie grave ou avec RCIU	4
Grossesse multiple	4
Accouchement prématuré < 37 SA	3
Césarienne urgente	3
Hémorragie grave du post-partum (saignement > 1 litre et/ou transfusion)	3
Infection du post-partum	4

* Déficit en antithrombine, mutation du facteur V Leiden homozygote, mutation de la prothrombine G202010A homozygote déficit combiné.

** Du facteur V Leiden hétérozygote, mutation de la prothrombine G202010A hétérozygote, déficit en protéine C, déficit en protéine S.



CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

Les données françaises les plus récentes montrent qu'environ 2 % des femmes ayant eu recours à une IVG ont eu une naissance vivante dans les 6 mois précédant l'IVG et 4 % ont eu un enfant six à douze mois auparavant (NP3). Chez les femmes qui allaitent, la reprise d'activité ovarienne est dépendante des caractéristiques de l'allaitement. Seul l'allaitement exclusif avec des conditions très précises, peut être utilisé à visée contraceptive sur une durée de 6 mois (méthode MAMA) (NP2).

Il est recommandé pour les femmes qui allaitent ou non et qui souhaitent une contraception :

- De donner un conseil contraceptif après l'accouchement afin d'éviter les grossesses non désirées ou rapprochées et leurs risques obstétricaux et néonataux (*grade C*);
- De débuter une contraception efficace au plus tard 21 jours après l'accouchement (*grade B*);
- De prescrire une contraception efficace à la sortie de la maternité (*accord professionnel*);
- De ne pas utiliser de contraception estroprogestative avant 6 semaines (*grade B*);
- D'évaluer la balance bénéfices/risques de cette utilisation entre la 6^e et la 12^e semaine du post-partum en cas de facteur de risque vasculaire (*accord professionnel*);
- De proposer une contraception progestative (orale, implant) dès le post-partum immédiat (*grade B*), sauf à la phase aiguë d'un accident thromboembolique sévère (*accord professionnel*);
- De prescrire un DIU à la sortie de la maternité, si cette contraception est choisie, afin qu'il soit posé lors de la consultation postnatale (*grade B*);
- De préférer les contraceptions dites de longue durée type implant ou DIU, en évaluant la balance bénéfices/risques de chaque méthode, chez les patientes à risque d'être perdues de vue et de discuter leur insertion avant la sortie de la maternité (*grade B*);
- D'éviter l'utilisation des méthodes naturelles et méthodes barrière (diaphragme et cape cervicale) en dehors du préservatif dans la période du post-partum (*accord professionnel*).

Dans tous les cas, la mise en route d'une contraception en post-partum impose, comme en dehors de cette période spécifique, le respect de toutes les règles de prescription et des contre-indications inhérentes à la méthode envisagée (*grade A*).

En l'absence de données dans la population générale en post-partum, il n'y a pas d'argument pour recommander systématiquement la délivrance d'une contraception d'urgence à la sortie de la maternité (*accord professionnel*).

LES VACCINATIONS DANS LE POST-PARTUM IMMÉDIAT

La vaccination en post-partum immédiat peut revêtir plusieurs objectifs :

- Prévenir la contamination de l'enfant en période postnatale en protégeant sa mère de l'infection;
- Protéger la femme d'une primo-infection potentiellement grave ou, dans l'éventualité d'une future grossesse,
- Prévenir une primo-infection maternelle qui pourrait conduire à une infection foetale ou néonatale.

Le vaccin contre la coqueluche est recommandé en post-partum immédiat chez la mère, et chez les proches du nouveau-né qui n'auraient pas été vaccinés pendant la grossesse (stratégie de *cocooning*), par une dose de vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomylérite, lorsque la précédente vaccination pour la coqueluche date de plus de 10 ans, et si la dernière vaccination DTP date de plus de 1 mois (*accord professionnel*). En période d'épidémie de grippe saisonnière, il est recommandé de proposer la vaccination en post-partum aux femmes non vaccinées pendant la grossesse lorsque l'enfant est vulnérable, en particulier en cas de prématurité (*accord professionnel*). Chez les autres femmes, la vaccination peut être discutée au cas par cas (*accord professionnel*). Concernant la vaccination contre la varicelle, dans le but de réduire l'incidence de la varicelle congénitale et néonatale lors d'une future grossesse, il n'y a pas actuellement d'arguments scientifiques très forts pour recommander une politique de vaccination systématique dans le post-partum immédiat chez les femmes sans antécédent de varicelle, avec ou sans contrôle sérologique, à l'exception des femmes d'origine africaine, d'Europe centrale et de l'Est, plus souvent séronégatives pour le VZV (*accord*

professionnel). Néanmoins, au regard des recommandations du Haut Conseil de la santé publique qui visent à réduire l'incidence des formes graves de varicelle à l'âge adulte, cette vaccination pourra être discutée avec les femmes potentiellement séronégatives (*accord professionnel*). Le vaccin contre la rubéole est recommandé dans le post-partum immédiat chez les femmes séronégatives, avec une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole (*accord professionnel*). Une grossesse doit être évitée dans le mois qui suit une injection de vaccin contre la rubéole et la varicelle mais la prescription d'une contraception n'est pas obligatoire (*accord professionnel*). L'allaitement maternel, une injection d'immuno-globulines anti-D ou une transfusion sanguine récente ne sont pas des contre-indications à la vaccination dans le post-partum immédiat (*accord professionnel*).

RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET ABDOMINALE DANS LE POST-PARTUM

La rééducation du post-partum est largement répandue en France, mais il existe de très nombreuses "techniques" et des pratiques très disparates, tant sur l'indication que les modalités pratiques de réalisation.

Aucun essai randomisé n'a évalué la rééducation périnéale chez des femmes asymptomatiques dans le but de prévenir une incontinence urinaire ou anale à moyen ou long terme. Elle n'est donc pas recommandée (*accord professionnel*).

La rééducation périnéale par des exercices de contraction des muscles du plancher pelvien est recommandée pour traiter une incontinence urinaire persistante à 3 mois du post-partum (*grade A*), quel que soit le type d'incontinence. Au moins 3 séances guidées par un thérapeute sont recommandées, associées à des exercices réalisés au domicile. Cette rééducation du post-partum améliore l'incontinence urinaire à court terme (1 an), mais pas à long terme (6-12 ans). La rééducation périnéale précoce (dans les deux mois suivant l'accouchement) n'est pas recommandée (*grade C*). La rééducation périnéale du post-partum chez les femmes présentant une incontinence anale est associée à une prévalence moindre de symptômes d'incontinence anale à court (1 an) (NP3).



mais pas à long terme (6 et 12 ans) (NP3). La rééducation périnéale du post-partum est recommandée pour traiter une incontinence anale du post-partum (*grade C*) mais ses résultats ne sont pas maintenus à moyen ou long terme. La rééducation périnéale guidée par un thérapeute n'est pas plus efficace (tant sur le plan anatomique que symptomatique) que de simples conseils de contraction volontaire des muscles du plancher pelvien pour prévenir/corriger à court terme (6 mois) un prolapsus persistant à 6 semaines du post-partum (NP2), qu'il existe ou non un défaut du levator ani (NP3). La rééducation périnéale du post-partum n'est pas associée à une diminution de la prévalence des dyspareunies à un an (NP3). La rééducation périnéale du post-partum guidée par un thérapeute n'est donc pas recommandée pour traiter ou prévenir un prolapsus (*grade C*) ou des dyspareunies (*grade C*). Aucun essai randomisé n'a évalué l'effet de la rééducation périnéale après un épisode de rétention ou dysurie du post-partum, ni dans la prévention primaire de l'incontinence anale en cas

de périnée complet, ni chez des patientes présentant une incontinence anale dans les suites d'un périnée complet. La rééducation n'est donc pas recommandée dans ces situations (*accord professionnel*).

LE NOUVEAU-NÉ EN MATERNITÉ ET DURANT LE PREMIER MOIS DE VIE

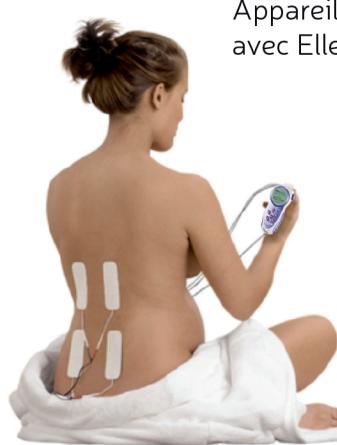
Ce chapitre ne concerne pas les nouveau-nés prématurés proches du terme (35-37 SA), les nouveau-nés issus de grossesses multiples, les nouveau-nés avec un RCIU et/ou petits pour l'âge gestationnel, les nouveau-nés issus de dossiers présentés en CPDPN ou suivis pour difficultés psychosociales, les nouveau-nés issus de grossesses pathologiques ainsi que ceux nés de mères avec une sérologie positive pour hépatite B et/ou hépatite C et/ou VIH car ils doivent bénéficier d'un suivi médical et/ou social spécifique. Sont également exclus les nouveau-nés ayant présenté des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine ou une anomalie notable à l'examen clinique initial en salle de naissance.

La littérature ne permet pas de définir une durée de séjour optimale pour les nouveau-nés à bas risque. La durée optimale serait plutôt fonction de l'organisation de la sortie de la maternité, du suivi médical et de l'accompagnement ultérieur (*accord professionnel*). L'hyperbilirubinémie sévère expose à un risque d'ictère nucléaire (NP1) et doit être dépistée le plus tôt possible en cas de facteur de risque. La bilirubine transcutanée est corrélée à la bilirubine veineuse et permet le dépistage d'une hyperbilirubinémie (NP2). En cas de sortie précoce (< H72), une évaluation paraclinique de la bilirubine (transcutanée, capillaire ou veineuse) doit être réalisée à H24 de la sortie (*accord professionnel*). Les professionnels en charge du suivi à domicile doivent donc faire l'acquisition d'un bilirubinomètre ou alors la "mesure" doit être organisée dans un centre équipé ; sinon, la sortie doit être différée (> H72) (*accord professionnel*).

Les nouveau-nés asymptomatiques, avec des facteurs de risque d'infection, doivent être surveillés attentivement en maternité pendant les 48 premières heures de vie

>

Elle TENS Solution anti-douleur pour les accouchements sans péridurale.



Appareil conçu pour accompagner les femmes tout au long de leur accouchement : avec Elle TENS, elles participent activement à la prise en charge de leur douleur.

- ➊ Neurostimulation électrique transcutanée (TENS).
- ➋ Exerce une action antalgique par la combinaison de 2 mécanismes : l'**effet portillon** qui masque la douleur en produisant une sensation de paresthésie dans la zone douloureuse et la libération d'endorphines.
- ➌ Impulsions électriques de faible voltage, à intensité et fréquence ajustables par l'utilisateur : méthode non médicamenteuse, non-invasive, sans effets secondaires.
- ➍ Plébiscité et validé depuis de nombreuses années par les sages-femmes anglaises*.



Demandez-nous gracieusement un **appareil d'essai**
pour le proposer à vos patientes en appelant au

01 48 03 88 88



*Selon le National Health Service (NHS, le système national de santé du Royaume-Uni), plus de 20% des accouchements en Grande Bretagne sont réalisés avec l'aide d'un appareil de neurostimulation électrique transcutanée.

TECHMED
High-tech médical

8 rue de l'Hôpital St Louis
75010 Paris
Tél. 01 48 03 88 88
Fax 01 48 03 27 27
Site : www.techmed.fr
Mail : info@techmed.fr



(*accord professionnel*). L'examen clinique avec auscultation cardiaque et palpation des pouls fémoraux fait partie du dépistage systématique en maternité et doit être renouvelé à 24 heures de vie en cas de sortie précoce et à chaque examen clinique de l'enfant durant le premier mois en raison du délai de fermeture du canal artériel (*accord professionnel*). L'examen clinique répété par un clinicien entraîné (pédiatre, médecin, sage-femme) de tout enfant jusqu'à l'acquisition de la marche est recommandé pour dépister et traiter précocement une dysplasie congénitale de hanches (*accord professionnel*). Toutes les autres stratégies de dépistage (échographie, radiographie) n'ont pas montré leur efficacité en termes de dépistage primaire (NP1). Le dépistage néonatal sanguin sur carton buvard (phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, drépanocytose chez les enfants à risque, hyperplasie congénitale des surrénales et mucoviscidose) doit être réalisé entre H60 et H84 de vie. Ce test peut être avancé si besoin entre H48 et H60, mais en aucun cas avant H48 (*accord professionnel*). Le dépistage de la surdité permanente néonatale doit être proposé systématiquement avant la sortie de maternité (*grade C*) et les potentiels évoqués auditifs sont à privilégier (*accord professionnel*). Toutes ces informations doivent être reportées sur le carnet de santé de l'enfant (*accord professionnel*).

LES TROUBLES PSYCHIQUES DU POST-PARTUM DÉPISTAGE ET PRÉVENTION APRÈS LA NAISSANCE

L'adaptation au nouveau rôle de mère, ses importantes responsabilités conduisent à un certain déséquilibre psychologique qui est un phénomène tout à fait habituel en post-partum, notamment en cas de première grossesse. Cependant, la santé mentale maternelle peut s'altérer à la naissance d'un enfant et certaines femmes rencontrent à cette période des troubles psychiatriques importants.

Les mois qui suivent la naissance d'un enfant constituent une période de transition et de remaniements psychologiques pour tous les parents (NP2). Elle est plus difficile à traverser en cas de facteurs de risques psychosociaux (NP2). Le *blues* du post-partum est extrêmement fréquent (50 à 80 % des naissances), survenant dans les

premiers jours suivant l'accouchement. Il est transitoire et spontanément résolutif dans les dix premiers jours (NP2). Un *blues* sévère est à risque de se poursuivre sous forme de dépression postnatale (NP2).

Parmi ces difficultés, la dépression postnatale est la situation la plus courante. Compte tenu de sa prévalence (environ 13 %) et du fait de ses conséquences pour l'ensemble de la famille, elle constitue un véritable enjeu de santé (NP2). Cependant, le risque est globalement accru en période périnatale pour l'ensemble des troubles psychiques (NP3). Les facteurs de risque de la dépression du post-partum sont les facteurs de risque psychosociaux (NP2), toutes les interventions chirurgicales autour de la naissance, un épuisement et une mauvaise santé physique maternelle (NP3), la prématurité, le handicap, les grossesses multiples, un bébé inconsolable, agité, et présentant des difficultés d'alimentation et du sommeil (NP3). L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) est l'outil de dépistage de la dépression du post-partum le plus fréquemment utilisé. Cependant, son utilisation systématique n'est pas recommandée, la rencontre clinique restant à privilégier, afin de faciliter l'identification et la recherche de facteurs de risque des femmes pour lesquelles une attention particulière sur le plan psychosocial et clinique doit être portée (*accord professionnel*).

La consultation des premières semaines du post-partum avec les professionnels de terrain (pédiatres, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, etc.) doit être l'occasion de repérer l'éventuel malaise psychique maternel (*accord professionnel*). La dépression du post-partum récidive dans la majorité des cas lors de la grossesse suivante (NP2). Dans les situations de difficultés psychiques avérées, l'impact sur le développement psychoaffectif de l'enfant peut être important (NP3). Les interventions psychosociales et psychologiques pour les femmes à risque (visites à domicile, soutien téléphonique et psychothérapie, interventions individuelles et groupales) ont montré leur efficacité préventive sur le risque de développement de la dépression du post-partum (NP2). Des visites à domicile auprès de mères déprimées ont montré leur efficacité sur l'amélioration de la qualité des interactions mère-bébé et le développement de l'enfant (NP3).

Les troubles anxieux sont fréquents, environ 13 % des naissances, et de nature diverse telle que le trouble de stress post-traumatique. Ils sont très souvent associés aux troubles dépressifs (NP3). La grossesse et le post-partum sont des périodes propices aux liens avec les professionnels de santé. Les nouveaux parents sont souvent à la recherche de soutien pour faire face aux bouleversements associés à l'arrivée du nouveau-né. Le post-partum constitue ainsi, pour les cliniciens, une occasion unique d'aborder la santé psychique, sociale et somatique des femmes et de leurs enfants (*accord professionnel*). Le dépistage précoce et le traitement des troubles psychiques sont essentiels pour le fonctionnement familial et la relation parents-enfant (*accord professionnel*). ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium*. (Green-top Guideline No. 37a). 2015; Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg37a/>.
- [2] Chan WS, Rey E, Kent NE, VTE in Pregnancy Guideline Working Group, Chan WS, et al. *Venous thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy*. J Obstet Gynaecol Can 2014 Jun; 36 (6): 527-53.
- [3] Samama CM, Albaladejo P, Laversin S, and Marret E. *Prevention of venous thromboembolism in surgery and obstetrics*. Ann Fr Anesth Reanim 2005; 24 (8): 853-61.
- [4] Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, Veenstra DL, Prabulos AM, et al. *VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis*, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012; 141 (2 Suppl): e691S-736S.

Depuis bientôt 20 ans, YSY Médical accompagne les professionnels de santé et développe des solutions fiables et innovantes.

Rééducation Périnéale Cardiotocographes - Échographies

YSY EST ÉVOLUTION 2

Combiné Biofeedback / Stimulation informatisé

Logiciel spécifique SF (consultation post natale, suivi de grossesse et gynécologique)

Véritable Biofeedback temps réel sans perturbation (précision : 0.1 µV)

Multiplicité des écrans BFB pour une compréhension parfaite de la patiente

Programmes ludiques / jeux animés - Confort de stimulation reconnu par tous

Bilans de début et de fin de traitement - Planches anatomiques avec zoom intégré



F2 & F3



Monitoring fœtal avec calcul V.C.T.

Les capteurs très haute sensibilité assurent une détection fœtale instantanée, dès 18 SA, et même dans les cas extrêmes (obésité, arythmie, présentation basse, résistance cutanée élevée...)

Transfert sur clé USB (F3), batterie 7H - logiciel OFFERT

Léger < 3,7 kg, sacoche ou valise avec protection contre les chocs



U50

Échographe portable avec doppler couleur

Optimisations automatiques d'imagerie selon l'examen sélectionné

(corrélation spatiale, réduction de speckle, technologie multi faisceaux, fréquences harmoniques...)

Nouvelles sondes haute définition

Modes d'imagerie : B, 2B, 4B, B+M, M, PW, CW, CFM, PDI, DICOM

Compact, léger, batterie

YSY MEDICAL

Fabricant de matériels de rééducation et importateur exclusif EDAN

Tél. : 04 66 64 05 11 – Fax : 04 66 29 11 43 - Email : contact@ysy-medical.fr

www.ysy-medical.fr





DOSSIER D.O.PEDIA



SOMMAIRE

19 HISTOIRE

HISTOIRE DE L'AVORTEMENT VOLONTAIRE

24 SCIENCES HUMAINES

LE CONCEPT DE PARENTALITÉ:
UNE NOUVELLE FAÇON DE PENSER LA FAMILLE?

28 SANTÉ PUBLIQUE

PRÉVENTION EN MILIEU MÉDICAL DE L'EXCISION
EN FRANCE: PISTES D'AMÉLIORATION



HISTOIRE DE L'AVORTEMENT VOLONTAIRE

1975 : PREMIÈRE LOI EN FRANCE AUTORISANT L'AVORTEMENT VOLONTAIRE

Simone Veil, ministre de la Santé en 1974, est alors chargée de l'élaboration d'un texte législatif autorisant l'avortement médicalisé et de le défendre devant l'Assemblée Nationale. Tout est dit dans la presse et sur les bancs de la Chambre des Députés. De nombreux représentants du peuple français crient les pires insanités. Les propos les plus abjects, y compris antisémites, sont adressés à une femme qui revient des camps de concentration. L'odieux est à son comble. La seule évocation de ces heures fait pleurer de rage et de honte. Mais la généreuse volonté de cette femme face à la meute suffit à disqualifier définitivement les pitoyables défenseurs d'un ordre condamné mais encore dominant.

Le 29 novembre 1974, la loi autorisant l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée, est votée par 224 voix contre 189.

Le 20 décembre 1982, une dotation budgétaire spécifique de l'État est prévue pour assurer le remboursement des avortements volontaires. Il faudra toutefois attendre la nouvelle loi du 4 juillet 2001 pour que soit définitivement abrogé l'article 317 du Code Pénal. Enfin, fin 2015, la loi de Santé présentée par Marisol Touraine, ministre, prévoit la disparition de la référence à la "détresse des femmes", la gratuité de la contraception et de l'avortement volontaire pour les mineures et la fin de l'autorisation parentale. L'avortement volontaire est désormais considéré comme un acte libre et respectable pour toute femme, quel que soit son état.

L'ACHARNEMENT DES OPPOSANTS

En 1985, Émile Étienne Baulieu dénonce l'imposture d'un document filmé, introduit en France par de riches, puissants et violents groupes intégristes venus des États-Unis^[34]. Dans un procès que lui intente un des auteurs de cette honteuse falsification, avorteur en série, repenti, il affronte Jérôme Lejeune, membre fondateur de "Laissez les vivre". Cette association n'hésite pas à recourir aux pires moyens pour s'opposer à la médicalisation de l'avortement. Comme le film "Le cri silencieux" où le généticien tente de montrer qu'un embryon, fut-il de quelques jours, est un être vivant, humain de surcroît et qu'à ce titre il est non seulement criminel d'attenter à sa vie, mais

44

Les propos les plus abjects, y compris antisémites, sont adressés à une femme qui revient des camps de concentration.

77

également d'une cruauté inouïe de pratiquer un avortement, source de mille souffrances pour le fœtus^[35]. Dans le prétoire, et pour assurer la défense d'Émile Étienne Baulieu, témoignent Claude Sureau, gynécologue-obstétricien et futur président de l'Académie de Médecine, Georges David, créateur et président à l'époque des Centres d'Études et de Conservation des Ovocytes et Spermatozoïdes (CECOS), Roger Henrion, membre et bientôt également président de l'Académie de Médecine, président de la Commission Nationale d'Aide à la Connaissance des Origines, rapporteur de nombreuses commissions nationales sur le SIDA et la violence faite aux femmes, René Frydman, pionnier en France de la procréation médicalement assistée, Joëlle Brunerie-Kaufmann, gynécologue, ancienne militante du Groupe d'Information Santé et du Mouvement de Libération de l'Avortement et de la Contraception (MLAC) et future vice-présidente de la Ligue des Droits de l'Homme, membre du Conseil Consultatif National d'Éthique et bien d'autres encore.

Il faut une nouvelle loi défendue par Véronique Neiertz, Secrétaire d'État aux Droits des Femmes, qui est votée en 1993, pour mettre fin aux agressions (plus de 100 en France) de groupes opposés à l'avortement, en général intégristes chrétiens, fanatiques et violents, attaquant ou intimidant le personnel des Centres d'Interruption Volontaire de Grossesse, menaçant les femmes, détruisant les dossiers et parfois le matériel de ces centres, s'enchaînant aux tables d'opération... Les nombreux procès suivant ces agressions ont constamment entraîné la condamnation de ces "commandos".

Comme le prévoit la loi de 1975, après une période d'observation de 5 ans, son texte subit quelques modifications et est définitivement adopté le 30 novembre 1979. C'est à cette occasion qu'est créée l'Association Nationale des Centres d'Interruption de Grossesse et de Contraception (ANCIC). Elle regroupe les professionnels de l'orthogénie en France, défend l'application de la loi, en critique les limites, soutient les conditions de travail des professionnels des centres et la qualité de l'accueil des femmes venant y consulter. Elle devient l'association de référence et de formation en matière d'avortement volontaire.

LES TEMPS CHANGENT

Vingt-cinq ans après le vote de la loi de 1975, la Coordination des Associations pour le Droit à l'Avortement et à la Contraception (CADAC), le Mouvement Français du Planning Familial (MFPP) et l'Association Nationale des Centres d'Interruption de Grossesse et de Contraception (ANCIC), favorables à la



dépénalisation totale de l'avortement, obtiennent l'engagement du Gouvernement d'une révision de cette première loi. En janvier 2001, un nouveau texte élaboré par le cabinet du Ministère de Martine Aubry associé au Secrétariat à la Santé et aux Droits des Femmes, préparé dans le cadre d'une très large consultation animée par la Délégation aux Droits des Femmes, présidée par la Députée Martine Lignières-Cassou, est voté par l'Assemblée Nationale. Il est suivi en 2002 de la publication des décrets précisant les modalités de mise en œuvre de la loi.

Ces caractéristiques principales sont:

- L'unité du cadre législatif concernant les différents aspects de la maîtrise de la reproduction: contraception, avortement et stérilisation volontaire,
- La dépénalisation de l'avortement bénéficie de la reconnaissance législative. Ne sont plus condamnées que les personnes coupables d'avoir imposé un avortement,
- La disparition des limites du terme pour pratiquer l'avortement jusqu'à 14 semaines du seul fait de la demande de la femme,
- Au-delà de 14 semaines, les avortements peuvent avoir lieu dans le cadre des interruptions médicales de grossesse pratiquées en raison de menaces graves sur la santé de la femme ou de pathologies fœtales ne pouvant bénéficier d'une thérapeutique efficace. Ces possibilités reconnues dans la loi précédente sont étendues et facilitées par la loi de 2002,
- La disparition de l'obligation d'autorisation parentale pour les mineures menacées par leurs parents, ainsi que de l'entretien social pour toute femme,
- L'accès libre à la stérilisation volontaire pour toute personne majeure,
- La démédicalisation de la contraception d'urgence,
- La possibilité de pratiques ambulatoires de l'avortement médicamenteux.

Tout cela est considérable et affirme ainsi la reconnaissance inconditionnelle du droit des femmes à disposer de leur corps et à donner librement la vie. Il s'agit très concrètement d'un bouleversement culturel, anthropologique ou de civilisation disent d'autres, qui remet en cause les "valences différencielles des sexes", c'est-à-dire la dominance du principe masculin sur le féminin décrit par Françoise Héritier [36]: « *Si la fécondité est le lieu central de la domination du masculin, il s'ensuit que la prise par les femmes du contrôle de leur propre fécondité revient pour elles à sortir du lieu de la domination* ».

VRAI OU FAUX BOULEVERSEMENT

Tout cela n'a pas échappé à de nombreux intellectuels, philosophes, psychanalystes, démographes ou médecins. Ce n'est plus simplement de mesures de santé publique, de justice ou de compassion qu'il s'agit, comme il avait pu apparaître en 1975, mais bien d'un progrès sans précédent dans l'histoire humaine

44

Si la fécondité est le lieu central de la domination du masculin, il s'ensuit que la prise par les femmes du contrôle de leur propre fécondité revient pour elles à sortir du lieu de la domination.

FRANÇOISE HÉRITIER

77

puisque même le concept très émancipateur de démocratie s'accordait jusque-là de la domination universelle d'une moitié de l'humanité par l'autre. Les débats furent intenses tant les enjeux sont bouleversants, inquiétants même pour: « *l'ordre hiérarchisé actuel de nos catégories mentales. En effet, il ne peut plus continuer à être aussi prédéterminé qu'il l'est encore actuellement par une idée contraignante qui fait des femmes une catégorie subordonnée et domestique car soumise et sujette au bon vouloir du masculin en raison de leur fécondité en général et de leur aptitude à faire des fils en particulier* » [37].

L'aptitude des femmes à la liberté fut discutée à mi-mot. Elle renvoie au thème récurrent de la "menaçante toute-puissance des femmes". Souvent d'ailleurs énoncée sous sa forme inversée et la plus habituelle, apparemment la plus "acceptable": la tragédie solitaire, sans limite, sans repère, sans référence philosophique ou religieuse à la Loi, échouant inévitablement dans un "nihilisme destructeur". Un tel positionnement, affirmation plus qu'interrogation, ressurgit toujours à propos du droit des femmes.

D'où nous vient cette conception d'une liberté irresponsable si ce n'est justement du vieux dispositif d'oppression qui refuse ou met sous surveillance la liberté, en raison même de l'irresponsabilité affirmée de l'assujettie ? Quelle philosophie peut sous-tendre une telle conception alors que les bases de ce qu'il est convenu d'appeler la "philosophie des Lumières", le principe même de civilisation se fondent sur la capacité reconnue à chacun d'entre nous, à chaque personne, d'être responsable de ses actes, d'en être comptable et d'ainsi participer à l'éducation de sociétés faites d'individus libres, égaux et fraternels.

"LA DÉRIVE EUGÉNIQUE"

Deuxième thème perçu comme plus inquiétant: l'eugénisme. Ce cauchemar fait réapparaître l'une des plus tragiques étapes de notre aventure. Sachant qu'il est très justement permis, recommandé même, de craindre qu'elle ne soit peut-être pas définitivement terminée. Abasourdis, assommés par l'horreur, n'avons-nous pas quelques sérieuses raisons d'être hantés par cette réalité ? Ce n'est pas douteux.



Mais qu'a à voir l'autorisation légale d'interrompre une grossesse avec ce crime contre l'humanité ? Ce serait le mythe de l'enfant parfait, perçu désormais comme accessible à tous, qui le réactiverait. Il viendrait, au plus profond de notre culture, du vieux rêve d'élitisme de la république platonicienne, repris par Aristote lui-même et qui repose sur un mode de reproduction et de sélection très explicitement eugénique, mis en application à Sparte. Les civilisations méditerranéennes et occidentales en sont les plus beaux "fruits". Elles n'ont jamais rompu avec ces conceptions fondatrices. Elles ont produit et continuent à produire peut-être le meilleur, mais en tout cas sûrement le pire. Le néo-darwinisme social n'est pas le moindre de ses avatars. Il n'est ni accidentel, ni secondaire. Au fond, c'est bien notre propre histoire qui nous inquiète et à juste titre. Elle génère bien l'eugénisme, la raison du plus fort. La force prime toujours sur le droit comme le constate Thucydide, durant la guerre du Péloponnèse [38]. En sommes-nous sortis après le grand commerce esclavagiste, l'holocauste, Hiroshima et les goulags ? Rien de moins sûr et tout incite aux plus grandes inquiétudes. Les "prodigieux progrès" scientifiques du XX^e siècle ont enfanté les plus grandes monstruosités... et la médecine n'a pas échappé à l'horreur en expérimentant dans l'enfer d'Auschwitz, techniques chirurgicales, thérapeutiques diverses et "recherches" physiologiques. Quel était le champ d'expérimentation le plus exploré sous l'épais voile de fumée des fours crématoires : la physiologie de la reproduction et les possibilités de sa maîtrise [39]. Nous en connaissons tous les fondements théoriques, les moyens et les buts.

Dans les années qui précèdent la Seconde Guerre Mondiale, endocrinologues et biochimistes allemands sont parmi les plus savants dans le monde. C'est aussi cela les "bonds prodigieux" de la science. Nos consciences, malgré mille précautions pour échapper à cet examen salutaire, et faute de s'y soumettre, voient sous des formes travesties réapparaître, sur un mode obsessionnel, les vieilles prophéties d'Aldous Huxley : « *Aujourd'hui, (1946) il semble pratiquement possible que cette horreur (Le meilleur des mondes) puisse s'être abattue sur nous dans un délai d'un siècle...* » [40]. Aujourd'hui, l'horreur possible des "délires de la raison" est cette fois dénoncée par une femme, Monette Vacquin, dans *Frankenstein et Main basse sur le vivant* [41]. Jacques Testard, scientifique bien placé pour en parler, s'associe à cette mise en garde [42].

LES DÉFAILLANCES DE LA CONTRACEPTION

Surgit également une autre critique reprise dans de nombreux écrits et déclarations. Plus de vingt-cinq ans après la promulgation de la première loi autorisant l'avortement volontaire et médicalisé et quarante ans après celle défendue en 1967 par Lucien Neuwirth permettant l'usage, la délivrance et la diffusion des moyens anticonceptionnels, la fréquence du recours à l'avortement diminuerait insuffisamment. Chacun reconnaît toutefois l'amélioration sanitaire importante apportée par sa médicalisation. Une telle situation aurait pour origine l'insuffisance des moyens mis en œuvre pour diffuser la contra-

ception. Les nouvelles dispositions législatives ne seraient en définitive que pis-aller, ou pire fuite en avant, dissimulant notre propre impuissance à "combattre l'avortement". Que vaut cette analyse ? Admettons tout d'abord qu'aucune femme a aucun moment de sa vie ne fait interrompre une grossesse par légèreté ou insouciance, mais bien en raison d'un échec de la contraception qu'elle utilise, quelle qu'elle soit par ailleurs, ou de l'impossibilité de poursuivre une grossesse initialement voulue ou acceptée, pour des raisons que nul n'est en capacité de juger. Qu'en est-il alors du nombre considéré comme excessif et persistant d'avortements pratiqués dans un pays, le nôtre, grand consommateur de contraceptions modernes ? Aujourd'hui le recours à l'avortement est finalement bien rare : en moyenne de moins d'une fois dans la vie d'une femme [43]. Et cela pour trente ans de vie fertile, équivalent en moyenne de trois cents à quatre cents cycles spontanés. Ainsi, toute femme fertile est confrontée au moins une fois dans sa vie, à une grossesse non prévue et une fois sur deux elle va l'accepter [44]. Il est vrai par contre que 15 à 20 % des femmes fertiles vont recourir plusieurs fois à l'avortement volontaire. Exceptionnellement plus de trois fois [45].

UNE SCANDALEUSE INATTENTION AUX PLUS JEUNES ?

Il est habituel de considérer que chez les adolescentes, le drame d'une grossesse serait d'une intensité particulière, cicatrice indélébile, souffrance réactivée en cent occasions, regrets éternels... et surtout d'une excessive fréquence. Chacun d'entre nous apprend et nous le savons, de ses propres difficultés, de ses erreurs, de ses échecs, particulièrement des plus douloureux. Malgré cela, ces banalités sont curieusement oubliées en de nombreuses circonstances. Tout particulièrement à propos de cette activité humaine, à la fois si simplement biologique mais également – et surtout – si psychiquement, si socialement fondatrice, qu'est la vie sexuelle et sa conséquence éventuelle, la transmission de la vie. Elle mobilise l'affectivité, le corps dans toute sa complexité neurosensorielle, sans laisser toujours une place suffisante à la raison, c'est clair ! Comment l'apprentissage de la vie sexuelle, de l'incroyable et fascinante découverte de l'autre, n'entraînerait-elle pas quelques vertiges ? Émancipatrice, la vie sexuelle des adolescents permet cette rupture vitale d'avec ses propres géniteurs et constitue la première grande expérience de sa propre liberté. Qui peut prétendre que cette aventure de la responsabilité, souvent



Ainsi, toute femme fertile est confrontée au moins une fois dans sa vie, à une grossesse non prévue et une fois sur deux elle va l'accepter.

77



vécue comme excessive, se fasse sans heurt, sans erreur ? Plus de 85 % des premiers rapports sexuels s'accompagnent de mesures contraceptives^[46]. Adultes, nous faut-il faire beaucoup d'efforts de mémoire pour réaliser ce que recouvre de transformations, de progrès, du sens des responsabilités, ce chiffre peu imaginable voilà trente ans. La raison fut-elle toujours convoquée lors de nos premiers ébats sexuels ?

Tout l'indique : il y a moins de grossesses chez les adolescentes qu'il y a quarante ans^[47]. Il y aurait, ces dernières années, stagnation et peut-être même élévation ? Interrogeons-nous, ou mieux écoutons, les adolescentes nous dire leurs difficultés, leurs souhaits et donnons-leur, si nous le pouvons, les moyens nécessaires. À commencer par une meilleure information, plus cohérente, peut-être aussi moins inquiétante, plus ouverte, plus respectueuse de leurs choix personnels. Faut-il impliquer les garçons ? Bien sûr, mais après tout, l'apprentissage du respect de l'autre ne passe-t-il pas désormais justement par la vie sexuelle et la reconnaissance qu'elle implique du droit reconnu aux femmes de la maîtrise de leur fécondité et de leur corps.

EN CONCLUSION

Près de cinquante ans après la première loi autorisant en France l'utilisation de l'ensemble des moyens contraceptifs connus jusqu'à ce jour, quarante ans après la première loi autorisant la médicalisation de l'avortement volontaire, y aurait-il beaucoup trop d'avortements en France ?

Les femmes ont payé très cher et il faut sans cesse le rappeler, d'un prix exorbitant "le privilège", l'immense richesse de donner la vie, la vie humaine, d'humaniser les phénomènes biologiques de la reproduction, d'inscrire dans une histoire, dans une filiation chaque personne et ainsi d'en faire un individu dont la singularité fonde la dignité et le respect qui lui est dû. Il existe maintenant une grande diversité de moyens contraceptifs et les femmes y ont de plus en plus recours^[48]. Leur accessibilité n'est pas parfaite, leur efficacité parfois prise en défaut, mais ces limites n'expliquent peut-être pas ce qui nous paraît comme d'inexplicables échecs. Marie-Magdeleine Chatel^[49] et bien d'autres psychanalystes nous ont beaucoup aidés à les comprendre. Nous avons à écouter et à apprendre des femmes qui nous demandent d'interrompre une grossesse.

LL

Les femmes ont payé très cher et il faut sans cesse le rappeler, d'un prix exorbitant "le privilège", l'immense richesse de donner la vie, la vie humaine, d'humaniser les phénomènes biologiques de la reproduction...

77

Surtout si elles en renouvellent la demande. Nos discours, les informations contraceptives n'ont pas toujours la clarté nécessaire et restent marqués par des arguments d'autorité, l'abus du contrôle préventif, la confusion maintenue entre maîtrise de la fécondité et prévention des maladies sexuellement transmissibles. Surtout, et la pratique médicale du Nord de l'Europe nous apporte beaucoup, informer n'est pas imposer. Une des causes de la désaffection souvent constatée de la contraception moderne, n'est-elle pas justement qu'elle apparaît paradoxalement contraignante, menaçante même. Conquête des femmes, elle leur appartient ou plutôt ne peut que leur appartenir. Ce qui n'est pas encore le cas. Libre aux hommes par ailleurs d'adopter leur propre contraception s'ils ne souhaitent pas être pères ou tenus pour responsables d'une grossesse. Le succès obtenu par le Sildénafil (Viagra[®]) est plutôt l'illustration de la prolongation du vieux rêve de virilité, sinon de domination. Affaire de couple, certes, mais dans un rapport nouveau des sexes, et de rupture culturelle consciente. Contrairement à ce que beaucoup d'entre nous, femmes et hommes, ont cru, la contraception moderne, fruit de la biochimie et de l'endocrinologie des années trente et quarante de notre tragique XX^e siècle, puis des préoccupations malthusiennes des pays occidentaux, n'est peut-être pas l'outil principal du bouleversement anthropologique en cours qui remet en cause la domination masculine. C'est sans doute en fait plutôt l'aboutissement d'un long processus multiséculaire d'émancipation, de luttes qui a rendu possible cette rupture. Ne peut-on pas considérer que les sommets de l'horreur atteints par le siècle passé ont laissé percevoir dans la conscience humaine l'impérieuse nécessité de ce bouleversement. Aldous Huxley avait, dit-il, dans sa préface à l'édition de 1946, oublié en 1932 les conséquences technologiques des découvertes de la physique nucléaire dans sa fiction anticipatoire. Il n'avait surtout pas prévu cette transformation du rapport entre les sexes, elle, bien plus considérable. Alexis de Tocqueville avait également raison de s'inquiéter de l'évolution des démocraties occidentales en l'absence de ce bouleversement qu'il n'avait pas imaginé, ni sans doute souhaité^[50]. Quant au désespérant constat de Sigmund Freud dans son *Malaise dans la culture*^[51] aurait-il considéré l'égalité juridique des droits des femmes et des hommes et la liberté de donner la vie comme un véritable bouleversement anthropologique ? Nous n'en avons pas la réponse.

D'ailleurs, la partie est-elle gagnée ? Rien ne le prouve. Dans la jeune république des Soviets, l'abolition du mariage et la légalisation de l'avortement furent suivis d'un retour autoritaire à l'ordre ancien qui ne concerna pas seulement le statut des femmes^[52].

L'expérience de la Roumanie en 1966 constitue un modèle de régression fréquemment rappelé. Celle de la Pologne en 1990 est également à souligner.

Aux États-Unis, après l'arrêt de la Cour Suprême en 1973, déclarant contraire à la Constitution l'interdiction de l'avortement, ce pays fait de cette question depuis plus de vingt ans un enjeu électoral et a laissé se développer les pires violences contre les centres d'orthogénie et leur personnel. Il ne permet pas aux femmes dans de nombreux états, d'exercer ce droit.



Dans le monde, l'accès à la contraception reste difficile à la majorité des femmes. En Afrique, en Amérique latine et dans certaines régions d'Asie, les pressions religieuses restent fortes. Pourtant la plupart des prévisions démographiques sont à la baisse dans la presque totalité des pays du monde, avec ou sans pilule, ce qui confirme qu'il ne s'agit pas seulement des effets de ce petit comprimé magique. D'ailleurs, est-ce bien souhaitable ou seulement raisonnable de lier le sort de l'humanité en général et des femmes en particulier à un médicament ?

À Kaboul, Bogota, Dublin ou Douala, des femmes de plus en plus nombreuses, luttent pour la reconnaissance de leurs droits et tout particulièrement la libre disposition de leur corps. Qu'en est-il à Paris, Londres ou Chicago ? Des moyens de contrôle ne se mettent-ils pas en place sous des formes nouvelles ? Que signifie la multiplication injustifiée des procréations médicalement assistées, la systématisation réglementaire du diagnostic prénatal, l'industrialisation de la naissance, et qui peut dire jusqu'où ira le diagnostic pré-implantatoire ?

Nous affirmons souvent et simplement qu'il s'agit là de progrès scientifiques et qu'ainsi toute position critique serait éminemment suspecte. Qui sait ? Le clonage thérapeutique nécessite des donneuses d'ovocytes. Le commerce en est déjà promotionné aux États-Unis. Ce serait mieux, dit-on, que la vente d'organes ! N'échapperait-on pas aux prophéties du *Meilleur des mondes* ? Non, rien n'est joué bien sûr mais l'insoupçonnable pugnacité des femmes à s'opposer à toute forme de domination viendra sans doute à bout de la logique liberticide de toutes ces nouvelles formes de contrôle de la transmission de la vie. ■

BIBLIOGRAPHIE

34. Baulieu Étienne, *Un film anti-avortement dangereux*. Le Matin, 25 octobre 1985; 15.
35. Tournaire Michel et Cesbron Paul, *Terrorisme partisan*. Libération, 1985.
36. Héritier Françoise, *Masculin, féminin II*. Odile Jacob, 2002 : 248.
37. Héritier Françoise, *Masculin, féminin II*. Odile Jacob, 2002 : 251.
38. Thucydide, *Histoire de la guerre du Péloponnèse*. Flammarion, 1966.
39. Ternon Yves et Helman Socrate, *Histoire de la médecine SS*. Casterman, 1969.
40. Huxley Aldous, *Le meilleur des mondes*. Plon. 1977 : 17-18
41. Vacquin Monette, *Frankenstein ou les délires de la raison*. Édition François Bourin, 1989.
42. Testard Jacques, *L'œuf transparent*. Flammarion, 1986.
43. Blayo Chantal, *L'avortement en chiffre depuis sa législation*. L'interruption volontaire de grossesse depuis la loi Veil. P. Cesbron, Médecine Sciences Flammarion, 1997.
44. Bajos Nathalie, *Les difficultés de la pratique contraceptive*. Gynécologie Internationale. Avril 2000; tome IX, n° 1 : 5.
45. Blayo Chantal, Idem.
46. Kafe Hélène, Brouard Nicolas, *Comment ont évolué les grossesses chez les adolescents depuis vingt ans*. Population et société. Octobre 2000; n° 361.
47. Léridon Henri, *Une révolution démographique encore mal comprise*. Colloque contraception : Contrainte ou Liberté ? 9-10 octobre 1998; Collège de France.
48. Léridon Henri, *Trente ans de contraception en France*. Contraception Fertilité Sexualité. 1997; Vol 26, n° 6 : 435-438.
49. Chatel Marie-Magdeleine, *Malaise dans la procréation*. Albin Michel, 1993.
50. De Tocqueville Alexis, *De la démocratie en Amérique*. Garnier Flammarion. 1981; 383-402.
51. Freud Sigmund, *Le malaise dans la culture*. Presses Universitaires de France. 1995.
52. Brozille Pascal, *Vichy, l'avortement et l'opinion*. Maîtrise dirigée par Michel Perrot. Université Paris VII, 1992 : 29-33.

Maï Le Dû

Bord de Mères

RÉCITS

Il en est de l'écriture comme de la naissance, elle aussi enfante. La même force irrépressible, dictée par le désir, portée par la nécessité, préside à sa venue aussi naturellement que l'arrivée d'un nouveau-né et avec la même évidence. Maï Le Dû, la sage-femme, l'accoucheuse, celle qui par sa posture, attend "du côté de la sortie, côté plage, bord de mère" que l'enfant vienne, le pressentait sans doute lorsqu'elle voulut mettre au monde ces récits inédits, en faire un livre né d'elle, un livre nouveau-né... *Préface de Noëlle Châtelet*

Editions ELPEA, 62 rue du Faubourg Poissonnière, 75010 Paris
ISBN 2-9514224-2-3 Décembre 2005 (84 pages, 12,5 x 19,5 cm)

Prix : France : 14 € ■ Outre-Mer 1 : 14 € (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Mayotte)
Outre-Mer 2 : 17 € (Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française, Wallis-et-Futuna, St-Pierre-et-Miquelon)
Pays de la Zone Euro : 17 € ■ Suisse : 17 € (27 CHF) ■ Reste du Monde : 19 €

3^e édition



é
L
P
E
A
ÉDITEUR

Commande sur notre site
internet : www.elpea.fr,
par courrier, ou courriel
à : commandes@elpea.fr





LE CONCEPT DE PARENTALITÉ : UNE NOUVELLE FAÇON DE PENSER LA FAMILLE ?

«... IIS SE MARIÈRENT ET EURENT BEAUCOUP D'ENFANTS ».
AINSI FINISSENT LES CONTES DE FÉE. PLACE À LA RÉALITÉ.

Un détour par l'étymologie ou plutôt un *retour* à. Le mot *parent/parentalité* vient du latin *parens, -entis*, de *parere, enfanter*.

Le dictionnaire Larousse définit le parent comme le père ou la mère ou plus largement la personne avec qui l'on a un lien de parenté: parent proche ou parent par alliance.

De cette incursion dans la langue, apparaissent déjà deux conceptions de la parentalité: l'une est liée aux liens du sang, l'autre à un lien de proximité.

C'est à partir de ces postulats et de ma propre culture que dans les années 80 et à la demande du maire de ma commune de l'époque, j'ai développé un service de crèche; mon métier de sage-femme aura donné sans doute un ton particulier à la vie qui s'est organisée dans cette institution.

Garder de jeunes enfants en l'absence de leurs parents oui, j'y étais entièrement favorable mais à condition de ne jamais les évincer: au contraire, j'ai eu à cœur de leur faire une place à part entière en leur réservant un espace bien à eux: sans le savoir, je faisais de l'accompagnement à la parentalité.

Au début, il s'agissait surtout pour moi de déculpabiliser les femmes qui se remettaient au travail après être devenues mères. En effet, leur sentiment de culpabilité était très fort et leur environnement familial et social (mari, parents, beaux-parents, collègues...) ne leur facilitait pas la tâche.

Il y a une vingtaine d'années, les choses ont changé, se sont accélérées. Les demandes parentales en matière d'éducation se sont multipliées et sont devenues problématiques. Pour répondre aux nouvelles données familiales, la crèche s'est transformée en structure multi-accueil et l'espace réservé aux parents s'est étoffé, structuré: un nouveau service a vu le jour: **le salon Antre-Parenthèse**.

Afin de mener à bien ce nouveau service d'aide aux familles sans aucun jugement d'aucune sorte, parce que c'est un risque constant qu'il faut toujours envisager pour travailler dans des conditions saines et garder une posture professionnelle de qualité, il m'a fallu penser de nouvelles valeurs, les mettre à jour en les confrontant aux valeurs passées, questionner hier pour comprendre aujourd'hui et ne pas le juger trop hâtivement, observer les jeunes enfants qui m'étaient confiés.

Je vous propose de suivre et de partager mon analyse et mes questionnements. Mais pour ce faire, il me paraît nécessaire de revenir très rapidement sur l'histoire de la famille dans notre culture afin d'en faire émerger la logique: quel chemin, depuis l'an mil, la famille a-t-elle parcouru qui éclaire ce qu'elle est aujourd'hui ?

SURVOL DE LA FAMILLE À TRAVERS LES SIÈCLES

→ **La réalité de la famille au Moyen Âge**

La famille médiévale est généralement nombreuse. Elle se compose d'un père, d'une mère et des enfants tant que Dieu ou la nature en donne.

Les enfants sont rarement élevés par leurs deux parents, mais plus souvent par des beaux-pères ou belles-mères. Réalité de l'époque qui transparaît dans les contes traditionnels (*Blanche Neige, Cendrillon...*). Les mères meurent en couches et les pères, qui s'épuisent au travail, meurent prématurément. Quant aux enfants, un sur trois n'atteint pas l'âge de 5 ans, un sur deux seulement fête ses 20 ans...

Autre réalité dont les récits se font le reflet: les familles sont extrêmement pauvres (*Le petit Poucet*).

→ **La famille au XVIII^e siècle**

Quelques siècles plus tard, au XVIII^e siècle, dans les familles populaires, parents, grands-parents, enfants s'entassent sous le même toit dans des conditions d'hygiène insalubres. Les enfants succombent souvent au cours d'épidémies massives, ils vivent dans la rue avec tous ses dangers: accidents, abus de toutes sortes, travail précoce. La mortalité reste élevée avant l'âge de 10 ans.

Les enfants de la bourgeoisie sont généralement élevés à la campagne par une nourrice jusqu'à l'âge de trois ans, puis confiés à une gouvernante. Les garçons sont envoyés en pension. Jean-Jacques Rousseau influence fortement l'éducation des enfants dans les familles aristocratiques.

En 1804, le Code Napoléon affirme l'incapacité juridique totale de la femme mariée. Les mineurs, les femmes mariées, les criminels et les débiles mentaux sont privés de droits



juridiques. Interdiction pour la femme d'accéder aux lycées et aux universités, de signer un contrat, de gérer ses biens, exclusion totale des droits politiques, interdiction de travailler sans l'autorisation du mari, de toucher elle-même son salaire, contrôle du mari sur la correspondance et les relations, interdiction de voyager à l'étranger sans autorisation. Les filles-mères et les enfants naturels n'ont aucun droit.

→ **La famille au XIX^e siècle**

Le modèle de la famille "bourgeoise" se développe et devient le modèle de la famille qui nourrit nos représentations d'aujourd'hui. C'est le concept de la "famille moderne" avec la notion de chez soi et du mariage qui garantit dans un premier temps la sauvegarde d'un patrimoine.

Les apparences ont beaucoup d'importance. Les rôles sont bien définis, l'autorité du père est incontestée, le "devoir conjugal" est une obligation (il n'existe pas de viol entre époux) : La femme et ses entrailles sont la propriété de l'homme, il en fait donc ce que bon lui semble (Code Napoléon).

→ **La famille au XX^e siècle**

Les deux guerres mondiales qui ont frappé le XX^e siècle ont secoué considérablement les bases de la famille mais de façon somme toute assez discrète. Les femmes ont changé de statut avec la première guerre en montrant qu'elles pouvaient assurer des rôles précédemment dévolus aux hommes mais n'obtiennent le droit de vote qu'en 1945. Mais c'est 1956 qui marque sans doute un bouleversement plus profond encore : la contraception pour les femmes est mise sur le marché.

On passe ainsi à un « *Ils se marièrent et eurent le nombre d'enfants qu'ils décidèrent ensemble* » ou plus précisément « *qu'Elle* » peut dorénavant décider seule. En 1970, le MLAC (Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception) clame son fameux slogan « *un enfant si je veux, quand je veux !* ».

Ce mouvement féministe très controversé a dû faire preuve de beaucoup de force et de détermination pour sortir la femme du statut méprisé dans lequel elle se trouvait jusqu'alors. Les jeunes générations semblent trouver cela évident et pourtant la situation des femmes et des enfants dans le monde reste préoccupante.

LE CONCEPT DE PARENTALITÉ

→ **Un concept récent aux contours flous**

Le mot "parentalité" a peu à peu envahi la sphère sociale. Il n'a pas encore – et c'est dommage – de définition officielle dans les dictionnaires. Chacun y va de sa signification, jusqu'à ce qu'on ne sache plus de quoi on parle. Et à y regarder de plus près, on s'aperçoit que derrière ce terme apparaissent deux grandes idées qui n'ont pas grand-chose à voir l'une avec l'autre. La parentalité désigne soit la fonction incombant aux parents que l'on retrouve dans les expressions suivantes "le soutien à

la parentalité", "l'observatoire de la parentalité", "des mesures d'aides à la parentalité", "la maison de la famille et de la parentalité", "l'accompagnement éducatif à la parentalité", soit la fonction exercée par d'autres personnes que les parents, que l'on retrouve par exemple dans les expressions "de la parenté à la parentalité", "la parentalité positive".

→ **La capacité à être parents**

Alors que les uns, comme le sociologue François de Singly, défendent l'idée d'une société plus égalitaire et plus responsable où la famille peut s'épanouir, d'autres groupes plus extrêmes choisissent de mettre en avant tous les maux de notre société (violence, perte de repères, de valeurs...) et s'inquiètent sur la capacité des parents à assumer leur rôle, à faire face à leurs obligations, mettant en question leurs compétences parentales. Compétences dont étaient essentiellement dépositaires les femmes. Pourtant, l'amélioration des conditions de leur vie et de celle des enfants, leur accès à un véritable statut de citoyen ayant des droits et des devoirs, justifient que l'on s'intéresse de plus près aux grands bouleversements provoqués dans la société sans les rejeter d'emblée.

L'importance des soins relationnels, du lien d'attachement à la mère dont le petit d'homme a besoin faute de quoi son équilibre physique et psychique – et parfois même sa survie – sont sévèrement compromis, est indéniable. Que se passe-t-il cependant si une mère s'avère défaillante ?

Les psychiatres, Paul Récamier le premier, et d'autres scientifiques s'étaient interrogés sur la question du lien d'attachement entre le bébé et sa mère à la vue de ces mères incapables d'élever leur bébé. C'est d'ailleurs en traduction du mot *parenthood*, désignant à la fois la condition de parent et les pratiques parentales que le terme *parentalité* a commencé à être employé.

Le lien d'attachement du bébé à sa mère est-il un processus naturel, c'est-à-dire inné ? Un programme génétique lie-t-il d'emblée la mère et son enfant ?

Ou bien est-ce un lien qui se tisse, qui s'invente lentement au cours des soins donnés au bébé ? Les témoignages divergent selon les femmes. Certaines éprouvent un sentiment intense qui les submerge de bonheur à la vue du bébé qui sort de leur ventre, alors que d'autres peuvent éprouver du rejet voire de la peur.

Des ressentis aussi différents indiquent que le lien d'attachement ne va pas de soi et qu'il ne préexiste pas systématiquement à la naissance de l'enfant.

C'est Bowlby qui, dans les années 60, montre l'irréversibilité des carences relationnelles entre la mère et son nourrisson et émet l'idée d'une prédestination génétique du lien d'attachement en observant les bébés atteints d'hospitalisme. Mais Cukier, en 1982, confirme qu'un lien précoce peut également être tissé entre le père et son bébé.

Aussi, devant ces êtres si fragiles, si prématurément au monde par rapport à leurs propres capacités, il n'est pas étonnant que certains parents prennent peur et ne se sentent pas à



la hauteur. Pour peu qu'ils n'aient pas reçu eux-mêmes des soins relationnels sécurisants dans les premières années de leur vie, ils sont dans une réelle détresse.

Cette détresse est-elle plus importante aujourd'hui qu'hier ? N'oublions pas que, jamais dans notre histoire, les parents ont été seuls pour accueillir et élever leurs enfants : les grands-parents, les voisins, même les gens du village se sentaient responsables d'un enfant quel qu'il soit. N'est-ce pas plutôt cette solitude sociale et morale que le travail des femmes qui est responsable de ces nouvelles difficultés familiales ? Comme certains n'hésitent pas à le dire, ce n'est pas la fonction qui défaillie mais les conditions sociétales qui ne sont plus réunies pour que les parents puissent l'exercer : difficultés économiques, sociales, affectives... viennent compromettre la parentalité.

Attention, cependant ! Avant de s'immiscer dans une supposée parentalité défaillante, il faut reconnaître, comme Maurice Titran, que les parents ont des compétences. Ce serait croire sinon qu'ils ne savent plus exercer leur rôle et que des professionnels sauraient le faire à leur place et pourraient même le leur apprendre ! Plusieurs auteurs d'ailleurs, dont Catherine Sellenet, craignent une main mise des pouvoirs publics sur le rôle éducatif des parents définissant une sorte de norme. Pourtant, en se positionnant à côté des parents comme tierce personne, on peut à la fois révéler ces compétences parentales et étayer leurs fragilités. Le travail mis en place au salon des familles Antre-Parenthèse le montre : les familles s'y rencontrent, échangent leurs expériences, parlent de leurs difficultés aux professionnels, non dans un but de se défaire de leur rôle mais de s'assurer qu'ils ne font pas trop mal.

C'est que parents et professionnels ont des rôles bien différents. « *Les premiers ancrent l'enfant dans son histoire, le mettent au monde dans tous les sens de l'expression, lui en présentent son fonctionnement, ses règles. Ils sont dans l'émotion. Les seconds, quant à eux, lui permettent de mettre à distance son histoire, de découvrir la pluralité et la richesse du monde, de le comprendre. Ils sont dans la raison. S'il y a carence du côté parental, l'enfant n'a pas les moyens d'affronter le monde et ses lois. S'il y a carence du côté pédagogique, il reste prisonnier de sa propre histoire. Il faut donc que chaque partie reconnaisse l'autre et la respecte, que chaque partie valide la compétence de l'autre.* » in *A quand un seul lieu d'accueil pour les moins de 6 ans ?* Pinelli, Sanejouand, (p. 50, 2009).

Cette posture rejoint, me semble-t-il, la définition du concept de parentalité développée en 1993 par Didier Houzel et son équipe. Il ne suffit ni d'être géniteur, ni d'être désigné comme parent pour en remplir toutes les conditions, encore faut-il devenir parent, ce qui ne peut se faire qu'à travers un processus complexe impliquant des niveaux conscients et inconscients.

C'est un processus de maturation psychique : on ne naît pas parent on le devient.

Nous l'avons vu, le besoin du petit d'homme d'être aimé et d'être reconnu comme une personne pour s'épanouir est vital

et cela implique d'avoir des parents qui sachent le faire. Mais suffit-il pour cela d'être le père ou la mère pour en avoir les compétences ? Les autres n'en auraient-ils aucune ?

La parentalité englobe ici à la fois le père et la mère ainsi que toute autre personne ayant un rôle parental.

→ Qui peut exercer cette fonction ?

Il est important de s'intéresser à la question d'autant plus que la structure de la famille traditionnelle, avec les enfants élevés par leurs deux parents géniteurs, se fait de plus en plus rare : autant d'enfants, autant de modèles familiaux.

Faut-il pour autant regretter le temps passé ? Certainement pas en ce qui me concerne !

Certes, les codes de la famille classique se trouvent totalement bouleversés. « *Ce n'est plus le couple qui fait l'enfant mais l'enfant qui fait une famille* » comme l'affirme Maryse Vaillant.

Ces transformations ont suscité et suscitent – et cela se comprend – des débats publics très animés et contradictoires. Tous les milieux sont touchés par ces bouleversements qui obligent à une remise à plat des textes juridiques, des lois et des pratiques sociales.

D'autant qu'au cours des dernières années, la notion de parentalité a considérablement évolué. À côté de la situation classique de parents géniteurs se sont développées d'autres situations familiales : monoparentalité, beau-parentalité, homoparentalité. Ces évolutions ont-elles des conséquences sur l'enfant, qui peut être élevé par plus de deux personnes ? C'est justement pour répondre à cette question que Gérard Neyrand, sociologue, analyse celles-ci à partir d'exemples variés.

Il souligne que « *c'est moins le cadre dans lequel est élevé l'enfant qui est perturbateur que la qualité des relations entretenues avec les personnes qui lui servent de parents* ». Comme l'ont toujours fait d'ailleurs les familles adoptantes sans que cela pose de problème d'éthique majeure (en excluant bien entendu les pratiques clandestines). L'adoption prouve bien qu'il n'est pas besoin d'être le géniteur pour qu'il y ait parentalité, donc pour être parent dans ses dimensions à la fois sociale et pratique.

Après avoir défini un processus, le terme de parentalité vient également apporter une distinction entre le biologique et la fonction qui peut être assurée par d'autres que les géniteurs. À partir de l'évolution de ce terme plusieurs réflexions et questions se posent.

Comme le précise Françoise Dekeuwer-Défossez, il ne faut pas confondre la parentalité avec la parenté, qui inscrit un enfant dans une lignée généalogique.

Pour Agnès Fine, parler de "parentalité" c'est poser la question suivante : « *Qui est parent ? Celui qui donne ses gènes ou celui qui donne naissance ? Celui qui prend soin de l'enfant et l'élève ? Celui qui lui donne son nom et lui transmet ses biens ? Autant de composantes de la parentalité qui se superposaient jusqu'à aujourd'hui* » (Fine, 2001, p. 78).



→ Une nouvelle façon de penser la famille

Les réflexions que livre François de Singly sur la famille du XXI^e siècle sont plutôt optimistes. Car il est à préciser que l'on rencontre de nombreux enfants équilibrés dans toutes les situations de parentalité nouvelles et aussi des enfants perturbés dans toutes les situations, y compris celle de la famille classique.

Pour lui, la famille ne cesse de s'adapter, de se réinventer « *Au point de devenir un cadre privilégié de solidarité interpersonnelle et de réalisation de soi* ». On la croyait disparue avec la chute des mariages, le nombre croissant des divorces, la lutte pour la parité homme-femme, les familles recomposées, les familles monoparentales, et pourtant c'est au sein de celle-ci, aussi singulière soit-elle, que l'on continue de s'épanouir.

Les notions de bien-être, de respect, de confiance et d'amour ont remplacé les notions d'autoritarisme et de rigidité de la famille traditionnelle. « *Une nouvelle famille est née, davantage centrée sur les individus et sur la qualité des relations interpersonnelles. C'est pour cette raison que nous la nommons "famille relationnelle et individualiste".* ».

Parallèlement, une loi remplace l'autorité paternelle par l'autorité parentale, obligeant ainsi les conjoints à s'intéresser ensemble au sort de leur enfant.

En cas de séparation et de divorce il semblait, jusque récemment, naturel de confier les enfants à la mère, mais l'augmentation de ces situations a posé de nouveaux problèmes. De ce fait, la parenté est devenue une notion plus difficile à définir. Désormais, c'est la conjugalité et la parentalité qu'il faut distinguer.

La multiplication des modèles conjugaux a déstabilisé, certes, nos perceptions, nos valeurs,

« *Ils s'aimèrent et inventèrent leur propre modèle de famille* » : nous confronte à un véritable défi pour l'avenir. Serons-nous capables de vivre dans le respect de la diversité et de la richesse humaine ?

CONCLUSION

En fin de compte, le concept de parentalité présente plusieurs intérêts, car comme nous l'avons vu plus haut, celui-ci englobe à la fois la capacité à être parent ainsi que la fonction exercée. La définition de Catherine Sellenet, dans son ouvrage *La parentalité décryptée* me semble réunir ces deux composantes.

- Il envisage les différentes obligations parentales (morales, éducatives, matérielles, culturelles...) et toutes les formes de manquements, défaillances, désarroi, sans les enfermer dans une sanction civile ou pénale.
- Il est neutre, sans effet stigmatisant. Il permet d'abandonner la terminologie des bons ou mauvais parents pour valoriser les fonctions, compétences et ressources parentales.
- Il ouvre toutes les possibilités de soutien ou d'accompagnement.

• Il favorise une logique de partenariat et de co-éducation.

Pour Catherine Sellenet, la parentalité se définit comme l'ensemble des droits et des devoirs, des réaménagements psychiques et des affects, des pratiques de soins et d'éducation, mis en œuvre pour un enfant par un parent (de droit ou électif) indifféremment de la configuration familiale.

La parentalité s'ouvre à la diversité des liens construits par la volonté pour assurer la prise en charge de l'enfant.

La parentalité consacre l'égalité homme-femme dans la fonction parentale.

La parentalité embrasse toutes les configurations familiales en jouant comme un dénominateur commun.

Les moyens modernes de contraception ont transformé la sexualité qui n'est plus systématiquement associée à une potentielle reproduction. À partir des années 1980, le développement des techniques d'aide médicale à la procréation pour les couples stériles a permis de dissocier conjugalité et parentalité.

La famille monoparentale dans laquelle la mère endosse seule à la fois le rôle du père et celui de la mère, le divorce des couples avec enfants ainsi que les recompositions familiales se sont multipliés.

Peut-être était-ce là le sens du proverbe africain « *il faut tout un village pour élever un enfant* » ?

« *La famille d'aujourd'hui n'est ni plus ni moins parfaite que celle de jadis : elle est autre, parce que les milieux où elle vit sont plus complexes, voilà tout* » (E.Durkheim 1888). ■

BIBLIOGRAPHIE

- Bowlby John. *Attachement et perte*. Ed Puf, Coll. Le Fil Rouge.
- Cukier. *The Father's Role. Cross Cultural Perspectives*.
- De keuwer- D é fossez Françoise. *Inventons la famille*. Ouvrage collectif, Bayard, 2001.
- Durkheim Émile. Premier sociologue français, 1858-1917.
- Fine Agnès. *L'adoption, un roman familial*. Érès, 2013.
- Houzel Didier. *Un autre regard sur la parentalité. Enfances & Psy*. 2003/1 (n° 21).
- Neyrand Gérard. *Le soutien aux parents entre citoyenneté démocratique et individualisme néolibéral. Logique d'accompagnement et logique d'évaluation*. Recherches familiales, 2013 (n° 10).
- Pinelli Anna, Sanejouand Catherine. *À quand un seul lieu pour les moins de 6 ans*. Ed. Erès 1001 bébés.
- François de Singly. *Sociologie de la famille contemporaine*. Éditions Armand Colin, 2004.
- Sellenet Catherine. *La parentalité décryptée : pertinence et dérive d'un concept*. Paris, l'Harmattan, 2007.
- Titran Maurice. *Vies de famille, un autre regard sur l'exclusion*, avec Potekov Thérèse. Gallimard, Collection "Sur Le Champ", 1996.
- Vaillant Maryse. *Être mère : mission impossible ?* Albin Michel, 2001.



PRÉVENTION EN MILIEU MÉDICAL DE L'EXCISION EN FRANCE : PISTES D'AMÉLIORATION

INTRODUCTION

→ Les Mutilations Génitales Féminines (MGF) représentent une pratique coutumière ancestrale perpétuée dans diverses régions du monde, et l'Afrique est le continent où elles sont le plus pratiquées. Dans le monde, 125 millions de filles et de femmes sont victimes de MGF^[1]. Ses formes varient selon les régions et les ethnies, allant de la clitoridectomie à l'infibulation^[2]. Ses conséquences sont variables, sur le plan médical à court, moyen et long terme, ainsi que sur le plan psycho-sexuel^[3, 4, 5, 6]. Une prise de conscience internationale s'est réellement amorcée à partir des années 1970-1980, faisant intervenir les différentes organisations mondiales et les pouvoirs publics, pour mettre les MGF au centre du débat. Les MGF sont également devenues un problème "européen" du fait de migrations de populations^[7]. En France, l'immigration africaine est représentée essentiellement par des populations d'Afrique de l'Ouest^[8]. L'excision y est pénalisée depuis 1979 et de nombreux procès ont eu lieu^[9]. Aujourd'hui, 53 000 femmes adultes sur le territoire français seraient excisées^[10]. Ce constat amène à développer une politique de prévention à différents niveaux.

L'étude réalisée avait pour objectif d'une part, d'effectuer un état des lieux de la prévention en France dans le milieu médical, d'autre part de trouver des pistes d'amélioration du contenu de celle-ci. Plus précisément, elle avait pour but d'éclaircir la place du soignant en consultation et les moyens d'action en milieu médical, sur la base du constat que bien que ce milieu soit privilégié pour aborder le sujet avec les personnes concernées, des difficultés importantes subsistent^[11, 12].

MOTS-CLÉS > MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES, PRÉVENTION, PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

→ Hypothèses et objectifs

• **HYPOTHÈSES >** À partir d'un premier bilan, nous avons considéré que les actions de prévention en milieu médical étaient encore inégales et que des améliorations étaient possibles. Les soignants sont sensibilisés à la problématique générale mais encore insuffisamment armés pour aborder le sujet des MGF en consultation. La pénalisation de la pratique en France est bien connue et l'obligation de signalement qui pèse sur les équipes médicales s'applique mais ces mesures ne suffisent pas.

• **OBJECTIFS >** L'objectif de l'étude est de faciliter le dialogue sur les MGF en milieu médical en tâchant d'identifier les facteurs de la conviction des populations concernées. Nous avons tenté de tirer le meilleur parti des expériences de pays originaires de la pratique, en particulier au Bénin.

→ Méthodologie

• **TYPE D'ÉTUDE >** Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par le biais de questionnaires prospectifs, adressés à des étudiants en 5^e et 6^e années de médecine, de l'Université de Parakou, au Bénin. Les questionnaires ont été envoyés au chef de service de l'Université de Parakou pour les transmettre à ses étudiants en mars 2014, et ont été renvoyés en France en septembre 2014. L'étude comprend à la fois des questions fermées, à choix simples ou multiples, et des questions ouvertes. Les questionnaires ont été complétés de façon anonyme. Le questionnaire est articulé en trois thèmes principaux, qui sont: le phénomène de l'excision au Bénin, le ressenti des étudiants en médecine concernant l'excision, et la prévention de l'excision au Bénin et dans les pays occidentaux. L'analyse effectuée est transversale et thématique.

• **POPULATION D'ÉTUDE >** Il s'agit d'individus jeunes, donc représentant la nouvelle génération, permettant d'observer une possible évolution ces dernières décennies. Le Bénin a connu une forte diminution depuis vingt ans de la pratique des MGF, (de moitié environ pour une population étudiée de 15 à 49 ans), d'où l'intérêt de se pencher sur ce pays qui a su adopter des stratégies de prévention efficaces. Il s'agit d'un pays francophone, n'obligant pas à faire la traduction des réponses, source d'erreurs d'interprétation. Enfin, d'un point de vue logistique, le Bénin est un pays stable sur le plan géopolitique. Des contacts fiables étaient d'ores et déjà établis avec les étudiants de l'Université de Parakou, ce qui facilitait la démarche.



RÉSULTATS ET ANALYSE

→ Caractéristiques de la population d'étude

97 personnes ont répondu au questionnaire, dont un tiers de femmes (n = 35), et deux tiers d'hommes (n = 62). L'âge moyen de la population d'étude est de 24,5 ans. Les religions les plus représentées sont la religion chrétienne (n = 77) et musulmane (n = 14). Les étudiants sont originaires des différents départements du Bénin et de certains autres pays limitrophes. Les ethnies représentées sont nombreuses. **20 étudiants appartiennent à des communautés pratiquant l'excision.**

Ce groupe d'étudiants est donc assez hétérogène d'un point de vue géographique et ethnique. Ils sont chrétiens ou musulmans, représentés à la fois par des hommes et des femmes en notant cependant une majorité d'hommes, et d'âge jeune. Aucune question ne portait sur leur catégorie sociale, mais on peut supposer qu'ils appartiennent à une couche sociale plutôt aisée, du fait qu'ils aient accès aux études secondaires.

→ Analyse transversale thématique

• QUELQUES RÉTICENCES À ABORDER L'EXCISION DANS LA SPHÈRE PRIVÉE

Le phénomène de l'excision est en large diminution au Bénin comme vu précédemment (d'après le questionnaire, 65 % des étudiants pensent que la pratique diminue, et 93 % des étudiants ne feraient pas exciser leur fille). Le sujet est abordé en société pour 70 % des étudiants (jeunes, personnes âgées, personnes de même sexe ou de sexe opposé). Pourtant, seulement 4 % des étudiants estiment que le sujet est évoqué par les parents et ils ne savent majoritairement pas si leur(s) mère, sœur(s), grand(s)-mère(s) sont excisées. Même dans un pays où la pratique des MGF a beaucoup diminué et où l'opinion publique est plus libre de s'exprimer, il persiste des barrières au niveau de la sphère intrafamiliale.

• IMPORTANTE PLACE DE LA FAMILLE PATERNELLE ET DU PÈRE DANS LE POUVOIR DÉCISIONNEL

La décision de l'excision appartient pour 32 % des étudiants aux grands-parents paternels et à 28 % au père (15 % pour les grands-parents maternels et 12 % pour la mère). Selon 51 % des étudiants, c'est le père qui a l'autorité pour s'opposer à une excision (21 % pour la mère). Il apparaît qu'il serait intéressant d'axer la prévention davantage sur les hommes.

• POIDS DE LA CULTURE

Le contrôle de la sexualité féminine est le principal argument comme origine pour expliquer l'excision ("réfréner les pulsions sexuelles féminines" à 30 %, "assurer la fidélité d'une femme" à 21 %, "conserver la femme vierge avant le mariage" à 17 %). Le respect du principe de tradition est, lui, désigné comme la raison de la perpétuation de la pratique, par 37 % des étudiants. La peur de l'exclusion sociale n'est pas une

74

Le contrôle de la sexualité féminine est le principal argument comme origine pour expliquer l'excision.

77

raison majoritaire. En revanche, et malgré ce qui précède, 60 % des étudiants interrogés pensent que culture et tradition ne sont pas compatibles avec la médecine moderne, suggérant que le poids de la tradition est important, alors même que la lutte contre les MGF a donné des résultats significatifs au Bénin.

• UNE PARTIE DES ÉTUDIANTS CONTESTE L'ATTITUDE "STIGMATISANTE" DES OCCIDENTAUX

Le fait que les MGF puissent être qualifiées de "violence faite aux femmes" est contesté par 26,5 % des étudiants, qui estiment cette opinion véhiculée de l'Occident comme au moins exagérée, voire choquante, et une intrusion dans leur tradition. De la même façon, 9 % des étudiants ne sont pas d'accord avec le terme de "mutilation". 7 % ressentent les critiques médicales et modernes comme un discours insultant vis-à-vis des traditions. 9,5 % des étudiants pensent que les mouvements occidentaux et féministes ne sont pas légitimes dans leurs actions. Bien qu'il soit communément admis au Bénin que l'excision est une coutume néfaste, elle n'est pas nécessairement assimilée à une mutilation ou à une violence faite aux femmes, et l'Occident est parfois rejeté.

• INTÉGRATION DE LA COUTUME DANS LA SPHÈRE PRIVÉE

98 % des étudiants ne feraient pas exciser leur fille. La plupart des hommes disent ne pas envisager de se marier avec une femme excisée (72 % d'entre eux) et envisager de se marier avec une femme non excisée (84 % d'entre eux) pour des motifs majoritairement d'épanouissement sexuel au sein du couple.

• IMPACT DE LA PÉNALISATION PERÇU PAR LES ÉTUDIANTS

Certains étudiants étant pour la lutte contre l'excision dans leur pays ne sont pas pour sa pénalisation. 73 % des étudiants pensent que la pénalisation de l'excision tend à la faire régresser, et 22 % pensent que non. 26 % des étudiants pensent que la pénalisation de l'excision dans leur pays concourt à une difficulté de mesurer son importance actuelle.

• MISE EN AVANT DES ARGUMENTS MÉDICAUX POUR CONVAINCRE LES FAMILLES "POUR" L'EXCISION

Les messages de prévention qui leur paraissent les plus pertinents sont ceux relatifs aux risques médicaux de l'intervention (20,7 %), aux risques médicaux tout au long de la vie (18,5 %) et aux troubles psychologiques pendant la vie de femme (15 %). La menace de signalement ou de poursuites judiciaires est citée à 11,5 %. Les autres arguments apparaissent sensiblement moins importants.



• LES CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES SONT MOINS BIEN CONNUES PAR LES ÉTUDIANTS

Seuls 11,7 % des étudiants ont reconnu le "risque de travail plus long avec possible hypoxie fœtale prolongée" comme une des conséquences potentielles des MGF, et ils sont seulement 14,8 % en ce qui concerne le "risque accru de déchirures périnéales".

DISCUSSION

→ Validité et limites de l'étude

Les étudiants interrogés sont des personnes d'un milieu social aisé dans leur pays, ce qui représente un biais de sélection, car ils ne constituent donc pas un échantillon représentatif de la population générale au Bénin. Cependant, cela leur permet de s'exprimer plus facilement. Dans les questions relatives à la prévention, leur avis est pertinent de la part de professionnels de santé en devenir. Ils doivent essayer de concilier une tradition comme l'excision, avec la connaissance de ses répercussions médicales. L'échantillon est représenté à la fois par des hommes et des femmes. Cette mixité est essentielle afin d'avoir un regard objectif et juste de la tendance. Il nous importait d'avoir l'avis des femmes car ce sont elles qui sont directement concernées par les MGF. Toutefois, le point de vue des hommes est également fondamental, car beaucoup de décisions, d'un point de vue communautaire, passent par eux. Les étudiants sont jeunes, donc représentent les changements en cours. Ils ont largement répondu au questionnaire, ce qui montre qu'ils étaient intéressés par le sujet. Ensuite, l'ensemble des étudiants n'est pas issu de populations pratiquant les MGF, ce qui constitue également un biais. Cependant, tous vivent dans un pays qui les pratique, et les ethnies cohabitent. Enfin, concernant les questions assez personnelles, lorsque leur avis propre est sollicité, il peut exister des freins psychologiques, une certaine pudeur d'en parler avec une Occidentale, et aussi peut-être de fournir un avis qui pourrait contredire leur position de futur médecin.

→ Discussion des résultats

Les résultats du questionnaire ont été soumis à trois spécialistes des MGF: deux membres d'associations luttant contre l'excision (Nana Camara, formatrice au GAMS, et Aurélie Hamelin-Desrumaux, chargée de projets à Équilibre et Populations) et un gynécologue-obstétricien pratiquant la réparation de l'excision (Stéphane Bounan).

“

Le point de vue des hommes est également fondamental, car beaucoup de décisions, d'un point de vue communautaire, passent par eux.

77

Dans le cadre d'une consultation de gynécologie et d'obstétrique, non spécialisée sur les MGF mais où le professionnel en fait la constatation, différentes recommandations peuvent être mises en relief en synthèse de ces entretiens :

Le sujet doit être abordé systématiquement en cas de constatation de MGF et être consigné dans le dossier médical. De plus, l'information orale aurait plus de poids que l'information écrite diffusée par le biais des brochures.

Les étudiants au Bénin pensent que **les arguments médicaux sont les plus pertinents** en matière de prévention, position validée par les interlocuteurs rencontrés. Ces arguments ont une valeur concrète, et insister sur les affections chroniques en les explicitant peut donc convaincre. Se pencher sur les risques obstétricaux a également du poids, de la part d'une population fortement nataliste. Le professionnel pourra dresser un diagnostic précis par un questionnement complet sur les conséquences rencontrées par la patiente, en même temps que cette revue constitue un argument fort vis-à-vis de patientes qu'il faudrait convaincre. En parallèle, il commence à appréhender à travers cet échange les risques éventuels pour une enfant à naître ou en bas âge d'être excisée, et peut alors élargir le questionnement.

Bien qu'au Bénin la **crainte de l'exclusion sociale** ne soit pas le principal facteur de perpétuation de la pratique, il semblerait qu'il en soit autrement ailleurs en Afrique. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait de la forte régression de la pratique des MGF au Bénin ces dernières années.

Le **rappel de la loi en France** est également important. Cependant, la pénalisation doit s'accompagner de la prévention au risque de s'exposer à la pratique des MGF dans la clandestinité. Le caractère répressif est pourtant un argument fortement utilisé par les migrants revenant dans leur pays à l'occasion de vacances, auprès de leur famille, pour éviter l'excision chez leur petite fille.

Le **rappel de la loi en Afrique** permet de légitimer et de donner plus de poids à la loi en France. Les Africains en France peuvent présenter un "repli identitaire", du fait qu'ils se retrouvent déracinés de leur milieu d'origine, ce qui peut les pousser à s'accrocher davantage à leurs traditions, dont l'excision. Il est important de montrer aux migrants qu'il y a des dynamiques de changement dans leur pays d'origine.

Le fait de préciser que l'excision **n'est dictée par aucune religion** est un argument qui appartient largement aux représentants religieux des pays concernés, et ne peut avoir une place efficace de la part du personnel médical occidental.

La mise en perspective des **droits de l'Homme** est un argument difficile à faire passer car il est peu concret et relève d'un système de valeur occidental. C'est néanmoins un axe de prévention indispensable dans les sensibilisations des ONG en Afrique, mais qui s'inscrit plutôt sur le long terme.

Il convient d'être vigilant quant à la posture adoptée lorsque l'on est face à une femme présentant une MGF. Notre statut d'Occidental peut rapidement engendrer une position de juge. L'important est de créer le dialogue tout en instaurant



une relation de confiance. **L'utilisation d'expressions neutres est préférable** afin de ne pas blesser ou humilier les personnes concernées.

Il ressort des réponses aux questionnaires **l'importance de l'autorité paternelle**. Les hommes contribuent au maintien de la pratique, comme au contraire, à sa diminution. Il est donc nécessaire d'inclure davantage les hommes dans les actions de prévention. Lorsque ceux-ci sont présents, le soignant ne doit pas se sentir gêné de parler des MGF devant lui. En fonction de temps dont il dispose, il devrait l'inviter à quitter la salle d'attente et à rejoindre la consultation après un premier temps avec la patiente.

Informier la patiente de l'existence de centres spécialisés multidisciplinaires devrait être systématique. Ainsi, si la patiente souffre de son excision, cela pourra lui permettre de se faire prendre en charge. En particulier, **la sexualité** ne devrait pas être évoquée en première intention pour toutes les femmes mutilées. Cependant, il est important que la patiente sache que ces centres spécialisés peuvent l'aider. Il en est de même pour la **réparation chirurgicale**. Celle-ci est un moyen de prise en charge des mutilations sexuelles, mais elle n'est jamais proposée d'emblée car elle relève d'une étape ultérieure dans la prise en charge d'une patiente en fonction de ses demandes.

Enfin, même au Bénin qui est un pays avec une forte régression de l'excision, le sujet reste tabou dans la sphère privée. **Démystifier le sujet de l'excision**, pour en faire un sujet d'ordre général, par le biais de l'exposition d'affiches en salle d'attente par exemple, permettrait de lever le tabou au sein de familles et de susciter le débat. On note l'effet palpable des émissions de télévision sur le sujet notamment.

CONCLUSION

Les soignants font partie des professionnels qui sont au cœur de la problématique de la prévention des MGF. Il est donc important qu'ils participent à ces actions, de façon adaptée à leur contexte et à leurs compétences. Il apparaît que des progrès peuvent être réalisés en la matière: une convergence entre actions de communication interpersonnelles et publiques est à rechercher, pour démythifier et banaliser le sujet au sein des communautés en question tout en les déculpabilisant. Face à une argumentation dense et multiforme, au surplus difficile à aborder dans le cadre contraint d'une consultation, il convient de mettre en valeur auprès des médecins les arguments médicaux d'abord, et les arguments législatifs ensuite, car ils peuvent, et doivent si nécessaire appliquer la loi en opérant un signalement. Les arguments médicaux ont une valeur très concrète concernant les affections des femmes et des fillettes. Ils sont abordés avec plus de facilité par les personnels médicaux, dont l'autorité et la légitimité sur ce point sont incontestables. Les arguments législatifs ne devraient pas se limiter à la France. La pénalisation dans les pays d'Afrique rend légitime et donne du poids à la pénalisation en France, en même temps qu'elle permet aux familles

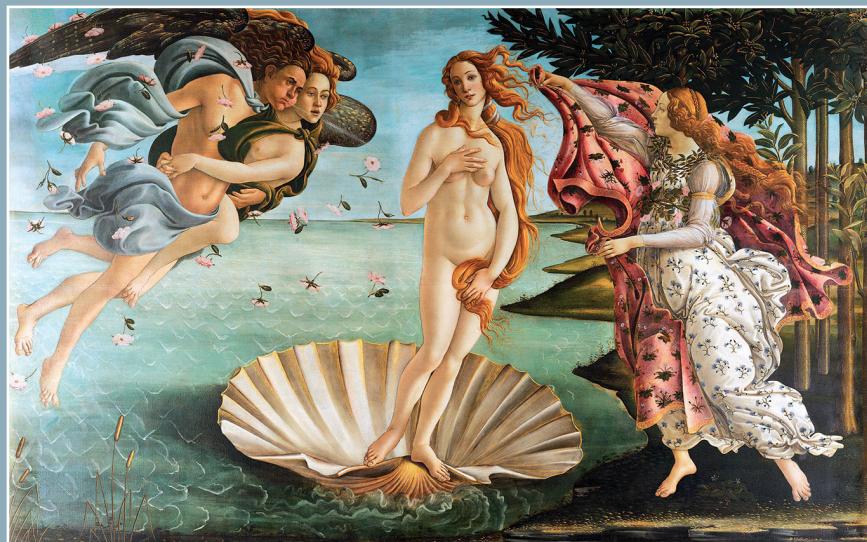
de prendre conscience du fait qu'elles seraient décalées par rapport aux évolutions intervenant dans leur pays d'origine. Il convient d'intégrer davantage les hommes en consultation, dans la mesure du possible car ils sont des vecteurs potentiels du renoncement à la pratique et détiennent souvent un pouvoir d'influence. Adopter une posture moins asymétrique avec les patients permet d'établir une relation de confiance. À ce titre, il convient d'être relativement neutre dans les expressions en évitant notamment celles qui pourraient heurter ou blesser les patientes dans leur identité. Enfin, une prise en charge au cas par cas fait également partie des bonnes pratiques. Le sujet doit être abordé systématiquement, mais le contenu de l'information sera adapté aux patientes. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Mutilations génitales féminines/excision: aperçu statistique et étude de la dynamique des changements*, UNICEF, New York, 2013
- [2] Organisation Mondiale de la Santé. Centre des médias: mutilations sexuelles féminines [en ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/> (Page consultée le 28 mai 2014)
- [3] Carbonne N., *Les mutilations sexuelles féminines*, Paris: Berg international, 2011, 183 P., (Coll. Dissonances)
- [4] Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M., *WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*. Lancet, 2006 Jun 3; 367 (9525): 1835-41.
- [5] Berg, R. C., Denison, E., *Does female genital mutilation/cutting (FGM/C) affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C*, 2012
- [6] Berg R.C., Denison E, Fretheim A., *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): A systematic review of quantitative studies*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2010; Report from Kunnskapssenteret nr 13-2010.
- [7] Conseil de l'Europe, *Convention d'Istanbul*:
- [8] Couillet M., *Les Africains subsahariens vivant en France: caractéristiques sociodémographiques et accès aux soins*. CEPED, 2010, p. 4-11
- [9] Lefèuvre-Déotte M., *L'excision en procès: un différent culturel?* Paris: L'Harmattan, 1997, 337 P., (Coll. Logiques Sociales)
- [10] Andro A., Lesclingand M., Pourette D., *Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine africaine vivant en France: Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène*, Rapport final, Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH), INED, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, janvier 2009.
- [11] Parpaite-Clain M., *La formation des sages-femmes face aux mutilations sexuelles féminines. Évaluation des pratiques professionnelles et propositions d'amélioration des prises en charge*, 83 p., mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme. Paris Descartes: 2014
- [12] Laurens Doucoure, A., *Les internes en médecine générale face aux mutilations sexuelles féminines: Connaissances, attitudes, enseignement*, 76 P., Thèse pour le doctorat en médecine. Paris: 2011.



DOSSIER L'IMAGE DU CORPS



Sandro Botticelli,
1484-1486,
La Naissance de Vénus,
Tempera maigre,
172,5 x 278,5 cm
Galerie des Offices,
Florence (Italie).

En lien avec notre passé, nous réalisant dans l'instant et se modifiant avec le temps, sujet de débat philosophique, d'analyse psychanalytique... sujet de grâce ou de disgrâce, d'accord ou de désaccord, notre corps est là, enveloppe de notre extérieur et de notre intérieur, objet de soi et de rencontre.

Chacun avec leur regard, nos auteurs nous questionnent sur l'image du corps avec les signifiants que nous pouvons lui donner, les accueillant ou les rejetant, bien au-delà de ses propres contours.

33	LE CORPS
34	LES IMAGES DU CORPS FÉMININ DANS LA PSYCHÉ, EN TRAVAIL
39	L'ÉVOLUTION DU TOUCHER DES CORPS: UN MIROIR D'UNE DE NOS REPRÉSENTATIONS CORPORELLES?
40	À TRAVERS LE CORPS DE LA FEMME, LE STYLISTE ACCOUCHE D'UNE CRÉATION
42	INTERVIEW DE TAHA FELLAH, STYLISTE DE HAUTE COUTURE



LE CORPS

NOTRE CORPS NOUS EST PRÉSENT DÈS NOTRE ARRIVÉE AU MONDE. Chacun fera avec ce que la nature lui attribue : rond, long, informe, difforme, conforme, pris ou épris. Corps masculin, corps féminin. Corps sexué. Nous ne sommes pas à l'origine de notre personne.

Il est notre, intime, concret. Il est externe, interne, avers et revers, surface et profondeur, dur et mou. Il est là toujours avec nous, connu. Entre nous et nous-mêmes, en conformation psychique sexuelle et sexué. En incohérence. Il est entre nous et autrui. Corps de désir, corps à corps, rendez-vous secret et sacré où les jouissances s'unissent. Expérience d'une conscience modifiée, clairvoyance de la connaissance. Coup de foudre, coup de cœur, coup de corps.

Il est tour à tour mobile ou immobile, sensible ou insensible. Visible ou invisible.

Nous le regardons, l'observons, le décodons. Tous les sens sont en éveil pour le découvrir. Parfois il nous échappe et nous essayons de le modeler, de le modifier, de lui imprimer quelques empreintes.

Plaisir et déplaisir. Lien et délien. Nourricier et à nourrir.

Il est au repos, en travail, ressenti et conscient, ou intérieur, travaillant à bas bruit. Organes unis ou morcelés. Pris à la lettre, les organes sont hétérogènes au corps et ne correspondent pas à l'unité de l'image spéculaire. Vus séparément, découpés, ils forment parfois un puzzle intolérable quand on les rassemble. Corps éprouvé, corps éprouvant. Corps morcelé. Corps de savoir. Corps objet de la science et de la médecine. Illusion du corps complet où chaque partie aurait sa place... Corps de douleur, corps de jouissance. Territoire de vie. Image. Image de son propre corps. Image de l'autre. Image en miroir, miroirs à deux faces.

Corps parlant, alphabet des hiéroglyphes de l'esprit. Corps parlé, classé, nommé. Champ ou domaine. Enceinte ou enclos.

Corps esprit ou corps et esprit. Duité et dualité. Esprit léger et aérien quand tout est harmonie. Corps enseignant. Lourd et ancré lors de discorde. Corps obstacle.

Corps objet. Objet où l'angoisse se pose. Corps sujet. Sujet de plainte. Appel de protection, de réparation. Corps de pulsion. Demande de guérison nécessaire continué isolant les corps d'un territoire à protéger. Coupe et surgissement d'un autre discours. Responsabilité-abandon, responsabilité-participation.

Corps fécond. Corps enceint, pour qui les formes et les volumes se modifient. Corps transformé. Corps familier. Corps inconnu. Nouvelle image, nouveau rapport au monde. L'espace intime prend une autre dimension. L'interne devient visible. Corps changeant. Corps révélateur de présence. Périple initiatique faisant vivre à la vie intérieure. Périple sans fin, sans limite, étrange mystère du ventre. Corps habité, corps rempli. Corps prend vie. Enceinte et toujours deux. Deux en un. Corps différents jamais indifférents. Corps contenant. Union temporelle. Espace, lieu, ponctuation. Corps qui concentre. Corps de séparation. Expérience totale. Corps de lien entre l'être et l'existence, entre le concret et le mystère. Vérité d'un amour à franchir. Corps sensoriel, corps imaginatif. Corps créatif. Projection de l'enfant à venir, réception des ambitions en puissance, corps des possibles.

Corps en travail, corps de l'effort. Organe trésor et organe atelier. Corps obscur. Capable et vulnérable. Phénomène universel et pourtant intime. Progression et stagnation. Corps interpellant avant la mise en mots. Parole innée, support de communication. Corps ouvert. Corps libre. ■

CORPS HABITÉ, CORPS REMPLI. CORPS PREND VIE. ENCEINTE ET TOUJOURS DEUX. DEUX EN UN. CORPS DIFFÉRENTS JAMAIS INDIFFÉRENTS. CORPS CONTENANT. UNION TEMPORELLE. ESPACE, LIEU, PONCTUATION.



LES IMAGES DU CORPS FÉMININ DANS LA PSYCHÉ, EN TRAVAIL

→ L'accouchement est une expérience tant psychique que physique. Je laisserai aux spécialistes de la naissance, aux sages-femmes bien nommées, aux obstétriciens et anesthésistes, le versant physique qui est de leur compétence, en soulignant toutefois combien ces professionnels sont sensibilisés dans leur pratique quotidienne à la dimension psychique de l'accouchement.

Ma contribution, plus modeste, se situe en amont et en aval: dans mon cabinet de thérapeute-analyste, d'où l'on peut envisager les peurs avec recul et circonspection, d'où l'on peut rêver et fantasmer cet avènement, en panser les blessures et en élaborer les traumas.

Il s'agit d'un espace, d'un temps et d'un cheminement autres. Se préparer à une conception, à une grossesse et à un accouchement nécessite souvent des années. Repenser à un accouchement qui ne peut s'intégrer dans une continuité d'existence peut prendre des années également.

En psychanalyse, toujours une femme évoquera l'enfantement, que cette expérience et cette pensée l'aient accompagnée avec plénitude, regret, honte, chagrin, colère, fierté, joie ou toute autre note affective dans l'infini des possibles. Toujours une femme évoquera l'enfantement, qu'elle ait porté des enfants dans sa chair ou n'ait pas vécu cette expérience-là.

Pour une femme, chaque accouchement est une expérience intime de rencontre avec elle-même, avec son enfant, et le plus souvent avec le père de cet enfant.

Toute femme peut témoigner de la singularité de chacun de ses accouchements. C'est cependant transformée par son expérience précédente qu'elle abordera la suivante. Le capital d'illusions ou de désillusions, de traumas ou d'éblouissement sera remis en jeu à chaque nouvelle approche du terme annoncé.

Selon sa place dans sa fratrie de naissance, la femme se situera différemment pour la naissance du premier, du deuxième ou du troisième de ses enfants. Elle se projettera davantage dans celui qui s'inscrit à la même place qu'elle. La charge émotionnelle sera plus forte et les épreuves de séparations successives en porteront la marque.

Le cabinet du psychanalyste est un espace privilégié où se murmurent les mots de cette intimité.

En amont le psychanalyste aidera la femme à décontaminer les éléments porteurs d'angoisse, et en aval il l'aidera à faire le deuil d'un accouchement idéal, à élaborer la souffrance consécutive aux traumas advenus lors de la mise au monde de son enfant, et à faire circuler la vitalité libidinale dans les voies génitales parfois endommagées par un passage douloureusement éprouvé.

Lorsqu'une effraction du réel vient heurter un fantasme sous-jacent attaché à l'imaginaire personnel ou universel évoquant la **sexualité**, la **séparation** ou la **mort**, il arrive que le psychanalyste doive entrer en scène pour délier ces éléments entrés malencontreusement en collusion, car ils peuvent générer une symptomatologie multiple ou faire le lit d'une pathologie dépressive.

Mettre un enfant au monde en lui donnant la **vie** est dans le même temps lui accorder son statut intrinsèque de **mortel**. Les rencontres entre vie et mort dans cette période peuvent occasionner des troubles sévères.

Les exemples de ces collusions sont innombrables. Il s'agit de la mort d'un parent en même temps que l'arrivée d'un enfant, du souvenir d'un enfant mort, de l'arrachement à une mère de naissance, du réveil dans la mémoire inconsciente de proches disparus, d'un abus sexuel dans l'enfance, d'une maladie survenue à la suite d'un accouchement, du souvenir inconscient d'une dépression maternelle, de la séparation d'un couple ou du départ d'un amant, et de toute autre situation que le lecteur complétera par ses propres associations.

Tout ce qui est réveillé alors que circulent vivifiés les **fantasmes inconscients rattachés à la sexualité, la séparation et la mort** peut faire fracas et entraver le bon déroulement psychocorporel de l'accouchement et de ses suites.

Tout ce qui peut advenir dans la vie d'une femme qui accouche concernant la sexualité, l'accident, la rupture et la mort, est susceptible de brutaliser les fantasmes inconscients et de lever soudainement le refoulement mis en place depuis fort longtemps, créant ainsi un risque sévère pour l'état de santé psychique de la femme accouchée.



Si sexualité et mort sont marqués de refoulement ou entourés de marquages symboliques c'est pour les inscrire au mieux dans la culture d'une société donnée et les rendre assimilables par la psyché humaine.

Dans l'expérience de l'accouchement, les fantasmes inconscients reliés à la mort et à la sexualité restent la plupart du temps marqués du sceau du refoulement et reposent dans l'inconscient. Tout surgissement inopiné peut ouvrir des voies dangereuses pour le destin de la femme concernée, et continuer à imprimer de multiples manières sa marque dans les générations suivantes. Une fille née d'une mère happée par un tel surgissement peut voir son potentiel de fécondité endommagé, en restant psychiquement collée à cette mère pour en colmater imaginairement l'hémorragie narcissique. C'est pourquoi, penser une théorisation psychanalytique de l'accouchement, ainsi qu'une clinique de cette expérience unique et universelle, peut être fertile si elle est croisée à celles des praticiens qui accueillent les femmes dans une approche confiante et sensible.

Mes repères théorico-cliniques se réfèrent à une conceptualisation des **images du corps dans la psyché** qui, sans cesse, sont réinterrogées lorsque le **corps** est traversé, agi et remanié, comme c'est le cas dans une grossesse et un accouchement alors que l'**imaginaire** y est particulièrement sollicité.

LES IMAGES DU CORPS DANS LA PSYCHÉ

Pour ma part, je décline cette notion au pluriel. Nous autres humains sommes des êtres pour lesquels l'imaginaire est prépondérant. Par nos multiples capteurs sensoriels, en tout premier lieu la vision, nous recevons une infinité d'**images** de notre environnement et en fabriquons sans cesse dans notre **vie intérieure** car nous aimons nous raconter des histoires. La relation à notre corps propre n'est pas exempte de cette production. Le reflet dans un miroir ou dans le regard des autres nous renvoie diverses images de nous-mêmes et de notre corps. Les plus nombreuses ont été nourries par la multiplicité de nos sensations, émotions et désirs intimes éprouvés au cours de notre vie, essentiellement dans ses premiers temps, socle sur lequel reposent toutes les autres par la suite.

Ces **images du corps, conscientes et inconscientes**, sont donc innombrables. Certaines sont figées et enkystées, d'autres souples et en mutation continue. Le travail du psychanalyste est de permettre à certaines images du corps d'évoluer en corrélation avec la maturation affective d'un sujet donné, et de débusquer celles qui sont retenues dans des positions régressives entravant le sujet dans son évolution spontanée. Plus les images du corps seront libérées d'une angoisse envahissante, plus elles retrouveront une irrigation libidinale de qualité, renforçant le narcissisme de la personne. Il est aisément pour tout un chacun de comprendre ce que sont les **images conscientes du corps** portées par des

PLUS LES IMAGES DU CORPS SERONT LIBÉRÉES D'UNE ANGOISSE ENVAHISANTE, PLUS ELLES RETROUVERONT UNE IRRIGATION LIBIDINALE DE QUALITÉ, RENFORÇANT LE NARCISSISME DE LA PERSONNE.

représentations mentales. Les **images inconscientes du corps**, elles, circulent dans la vie fantasmique d'un sujet, génèrent des symptômes ou lui permettent d'épanouir sa personnalité. Elles adressent souvent un message à "un Autre" pris comme interlocuteur privilégié. Les images conscientes cohabitent dans la psyché avec des images inconscientes harmonieuses, en souffrance ou immatures.

LES IMAGES DU CORPS DANS LA VIE PSYCHIQUE FÉMININE

Je ne vais pas reprendre ici ce que, depuis Freud, de nombreux psychanalystes ont élaboré concernant la sexualité féminine, car ce champ immense de la théorie et de la clinique a entraîné des controverses légitimes pendant un siècle, compte tenu du postulat de départ qui était de calquer le développement psychosexuel de la petite fille sur celui du petit garçon, et de considérer la sexualité féminine uniquement marquée d'un manque. Manque de pénis, évidemment.

Je souhaite inscrire ma propre élaboration dans la continuité de certains, à partir de cette conceptualisation des images du corps dans la psyché. À chaque étape de son développement, la petite fille, l'adolescente puis la femme adulte a un sexe féminin différencié de celui du garçon et de l'homme, avec un fonctionnement physiologique et hormonal propre. Elle a donc des sensations et des fantasmes en lien avec son sexe singulier, irrigué par une libido qui évolue au fil de sa maturation affective et de ses diverses expérimentations.

La particularité du sexe féminin, en contraste et complémentarité avec celui de l'homme, est d'être **enclos** et **invisible** (seule une partie externe se laisse entrevoir). Toutes les sensations qui y circulent, touchent l'**en-creux** et l'**intériorité**.

Le sexe féminin comprend les petites lèvres, la vulve, l'hymen (avant une première pénétration), le clitoris, le vagin, le col de l'utérus, l'utérus, les trompes et les ovaires. Chaque élément de cette anatomie est investi de multiples manières au long du développement psychosexuel et entre en résonance avec la culture dans laquelle une femme évolue.



Sans avoir une représentation construite de son sexe, une petite fille dès l'âge de quatre ou cinq ans en a une prescence, nourrie de ses sensations intimes, de ses fantasmes œdipiens et des identifications à sa mère. Ses images inconscientes lui permettent de le représenter dans tous ses dessins: outre les indices extérieurs d'une féminité expressive soulignée par des personnages portant des chaussures à talons hauts, une belle robe, une coiffure soignée et autres atours tels que boucles d'oreilles et collier, il est touchant de constater combien la petite fille soigne l'**intérieur** de son dessin. Elle représentera toujours un triangle bien net désignant une jupe: image de cet utérus encore inconnu. Les boutons sur le tee-shirt dévoilent une promesse de croissance pour ses seins. Elle s'appliquera à colorier de délicates petites fleurs, qu'il est aisément de reconnaître comme son avenir de jeune fille en fleur puis de femme portant fruit. Ces fleurs crayonnées sur les jupes nous indiquent que les ovaires sont déjà subtilement perçus. La présence du sac à main dévoile ce primat du **contenant féminin** dans les images inconscientes de son corps sexué.

Ce ne sont donc pas que clitoris et vagin qui sont précoce-ment ressentis. Sa génitalité et sa maternité à venir sont en germe dans les images inconscientes de son corps. Des sensations intimes mêlées à d'innombrables fantasmes maillent dès le plus jeune âge l'étoffe de son identité sexuée. L'imagerie fabuleuse des princesses en dévoile toute la richesse.

Ces représentations imaginaires s'étayant sur le réel du corps sont traversées de récits, de bruits, de visions, de sensations tactiles ou internes, d'émois éprouvés, ainsi que de découvertes et d'explorations...

Certaines de ces images sont lestées d'angoisse, envahies de culpabilité ou alourdies de douleur ne pouvant qu'inhiber les expériences à venir. D'autres en revanche, libres et déliées, soutiendront la femme adulte dans ses prises de risque nécessaires pour progresser vers la jouissance orgasmique et la maternité.

La sexualité humaine n'est pas donnée. Elle est à construire. C'est l'expérience subjective de chacun qui ouvre ce chemin. Il en va de même dans les étapes de "l'avvenir-mère" depuis la conception et la grossesse jusqu'à l'accouchement (sans parler de l'allaitement et de l'instauration des premiers liens avec l'enfant).

La psychanalyse, après Freud, parle de "refus du féminin". Dans la plupart des cas, c'est une **immaturité dans la construction du féminin par une défaillance des images du corps sexué** qui empêche une femme d'accéder à son potentiel génital. Le travail psychanalytique consiste alors à décontaminer les images du corps de l'angoisse ou des interdits inhibiteurs, ce qui permet la reprise d'une évolution spontanée grâce aux expériences que la personne peut enfin explorer.

La sexualité féminine s'établit à partir de sensations et d'émotions qui pénètrent en son intérieur, ce qui donne toute

sa subtilité à la sensibilité d'une femme, mais peut également, par la posture d'accueil nécessaire, occasionner la mise en place de mécanismes défensifs qui gèlent le processus.

Tous les orifices de son corps sont sollicités: vagin, anus, méat urinaire, bouche, oreilles, narines par l'odorat invité, ainsi que toute la surface de la peau. Or il se peut que des confusions d'orifices génèrent une symptomatologie insistante. Le jeu avec les différentes portes d'entrée du corps enrichit une sexualité épanouie, mais la confusion entre ces orifices perturbe les circulations libidinales.

Pour un psychanalyste, penser la sexualité féminine à partir de ces images du corps dans la vie psychique permet d'être attentif aux représentations apportées par une patiente, d'entendre la dynamique fantasmatique qui les sous-tend, et d'accompagner convenablement les processus de symbolisation. Nombre de distorsions des images du corps peuvent ainsi être repérées car un imaginaire destructeur ou immature parasite parfois les expériences génitales d'une femme. Cela peut être le cas lors d'une grossesse ou d'un accouchement, si les images du corps sexué s'avèrent infantiles, en décalage avec la réalité et envahis de fantasmes dévastateurs.

La subjectivité engagée de manière inédite grâce à un remaniement de l'imaginaire corporel permettra que l'avènement psychique de la grossesse et de l'accouchement puisse se vivre avec suffisamment de sérénité.

Les éléments consubstantiels à la génitalité féminine qui sont l'effraction et un minimum de violence érotiquement transformée dans l'échange avec un partenaire, se retrouvent dans l'expérience de l'accouchement et garantissent de la capacité psychique de la femme à supporter cette épreuve.

LES IMAGES DU CORPS DANS LA VIE PSYCHIQUE FÉMININE, ENTRAVAIL

Je m'en tiendrai ici à la particularité des images du corps à l'abord et au cours de l'accouchement, mais celles concernant la conception méritent aussi une grande attention afin que des troubles liés à ces défaillances ne viennent pas perturber le processus indispensable à l'établissement d'une maternité.

→ Le corps enceint

Le corps subit pendant la **grossesse** une **transformation** dont certaines femmes ont rêvé avec enthousiasme, portant dès les premières semaines des tenues prévues pour les mois proches du terme. D'autres, à l'inverse, redoutent la métamorphose de leur corps appréhendant celle-ci avec une angoisse proche d'une terreur de la dysmorphie. Cette évolution en accéléré du corps féminin, hors état pathologique, est unique à l'âge adulte et peut réveiller des angoisses antérieures, en particulier celles qui ont traversé la psyché de l'adolescente si celle-ci avait mal vécu les transformations de son corps à la puberté.



Une jeune fille ayant vécu une anorexie sévère, insuffisamment traitée au regard des images du corps, peut être empêchée de grossesse des années plus tard. Si toutefois une cicatrisation psychique lui a permis d'être enceinte, une vigilance reste nécessaire. J'ai accompagné des femmes dans cette problématique, les soutenant pour trouver de bonnes identifications dans leur environnement. La plupart, arrimées à une haine maternelle féroce, luttaient pour ne pas être débordées par la haine d'elles-mêmes devant leur prise de poids se traitant de "grosses vaches" et autres sobriquets charmants.

Si, depuis longtemps, la femme a rêvé avec plaisir de ce changement d'état, ses images du corps concernant la grossesse seront solides et stables. C'est avec une bonne irrigation libidinale et une certaine fierté qu'elle traversera cette étape. Les incidents de parcours ne troubleront pas sa joie. Si en revanche un grave accident surgit, un deuil éprouvant de ses images idéalisées pourra précipiter celle-ci dans un désarroi terrible, tant la réalité s'avérerait différente de ses fictions fantasmées.

Si l'état de grossesse n'a jamais été objet de rêverie, la femme peut se trouver désemparée à la vue de son ventre s'arrondissant. Elle peut se sentir soumise à une lassitude extrême, imaginant que tous ses gestes et déplacements doivent être limités. Il est frappant de constater comment certaines femmes s'accommodent des désagréments d'une grossesse, sans jamais s'y attarder tant les compensations narcissiques supplacent ces petits inconvénients, et combien d'autres se sentent invalidées par leur condition. Une grossesse pourtant désirée peut être mal vécue si les images du corps d'une femme enceinte n'ont pas été installées, même en germe depuis longtemps.

Certaines femmes à l'inverse, font fi de leur état et s'agencent de la même manière qu'avant la grossesse, maugréant du besoin de sommeil augmenté pendant les premiers mois, ou se disqualifiant face à un certain ralentissement d'activité lorsqu'elles approchent du terme. Celles-ci manquent d'identifications féminines "en gestation" valorisantes.

La grossesse est le moment où la sexualité s'exhibe dans le corps. Certaines femmes en retirent une fierté phallique et l'utilisent d'une manière provocante, d'autres supportent cette transparence de la sexualité avec gêne, tandis que d'autres vivent cette expérience dans une plénitude féminine authentique.

UNE GROSSESSE POURTANT DÉSIRÉE
PEUT ÊTRE MAL VÉCUE SI LES IMAGES DU
CORPS D'UNE FEMME ENCEINTE N'ONT PAS
ÉTÉ INSTALLÉES, MÊME EN GERME DEPUIS
LONGTEMPS.

→ **Le corps en couches**

L'accouchement, qui est une **rupture** avec l'état de grossesse, est marqué par les éprouvés précédents. Selon que les priviléges octroyés étaient appréciés ou que les inconvénients devenaient insupportables, l'approche du terme sera envisagée de manière contrastée. Fin d'un état idéal et deuil à accomplir, ou terme d'une épreuve.

Si la **transformation du corps** a été rapide pendant la grossesse, celle qui intervient au moment de la mise au monde de l'enfant est bien plus **brutale** encore. La femme est délestée de cet enfant qui sans doute l'encombrerait les derniers temps et avec lequel elle avait hâte de faire connaissance, mais ce petit être l'accompagnait dans son ventre et ses rêveries d'une manière moins envahissante que par la suite, lorsqu'elle doit répondre à ses besoins alors que les siens propres passent au second plan.

Malgré le **vide** souvent éprouvé à l'**intérieur** et cette charge nouvelle à l'**extérieur**, la femme ne retrouve pas immédiatement la silhouette qui était la sienne avant l'accouchement. Si elle allaite, la transformation de ses seins sera également à prendre en compte psychiquement, travail supplémentaire que certaines femmes n'ont ni la force ni le désir d'effectuer. D'autres, à l'inverse, qui font dériver toute leur libido dans le plaisir du peau à peau avec leur bébé et dans l'excitation du mamelon, souffriront au moment du sevrage.

La femme dont c'est le premier accouchement, ou celle dont l'expérience précédente reste marquée d'une souffrance encore insistante, a besoin d'être rassurée par un personnel compétent qui la soutiendra dans une représentation claire des différentes étapes du processus. Les séances de préparation à l'accouchement ont une fonction primordiale car la symbolisation est essentielle pour contenir un imaginaire corporel parfois loin de la réalité somatique tant les images inconscientes sont prépondérantes. Plus la symbolisation sera opérante, plus la femme aura de chance de vivre son accouchement de manière active si aucun accident notoire ne vient rompre un processus normalement démarré, car malgré les progrès de l'obstétrique l'accouchement reste une situation dans laquelle un imprévu peut survenir.

Que ce soit dans la représentation de l'accouchement ou dans le récit qui peut en être effectué par la suite, il est toujours frappant de constater combien celui-ci reste majoré d'une grande charge affective compte tenu du bouleversement émotionnel occasionné par la venue au monde d'un enfant. L'accouchement est souvent imaginé avec angoisse ou envisagé de façon idéalisée. De la même manière, dans l'après-coup, soit il est remémoré de manière traumatique, soit il est sublimé. Dans tous les cas, la vie fantasmatique fait son œuvre.

Le récit de l'accouchement fait partie des coulisses et est peu confié dans ses détails tant il est du registre de l'intime, le nouveau-né prenant à juste titre toute la place sur la scène partagée avec les autres. Toutefois, ce qui s'y est déroulé reste toujours disponible dans la mémoire d'une mère.



DOSSIER

Par **ÉVELYNE PRIEUR-RICHARD**, PSYCHANALYSTE, PARIS

La douleur est ce qui résonne le plus dans l'**inconscient collectif féminin** concernant l'accouchement. À notre époque et dans notre société où l'anesthésie péridurale est courante et bien maîtrisée, la douleur est envisagée d'une manière innovante au regard de l'histoire de l'humanité. Cette question nécessite pourtant une interrogation des **fantasmes sous-jacents**. Dans toute situation douloureuse un soulagement est accepté sans hésitation. Une médication chimique ou toute forme d'anesthésie est ordinairement envisagée pour des soins dentaires, la moindre blessure ou tracas quotidien. Personne, hors pathologie masochiste sévère, ne souhaite ressentir une souffrance physique sous prétexte de vivre pleinement une expérience. Une attention de plus en plus importante est portée au traitement de la douleur pour les malades en fin de vie, et toute personne sensée se réjouit de cette précaution. Peu d'entre nous évoquent la nécessité pour l'agonisant de vivre pleinement le passage en gardant sa sensibilité entière lors de ce franchissement. Pourtant, en ce qui concerne l'accouchement, la question de l'anesthésie péridurale peut être vécue de manière très ambivalente. Elle est parfois refusée car la femme veut "vivre pleinement son accouchement" et imagine que cela ne serait pas le cas avec une atténuation de la douleur. Les anesthésistes sont toutefois vigilants dans leurs dosages et font en sorte que la femme sente suffisamment le passage de son enfant.

Des praticiens sont surpris parfois d'entendre gémir une femme sous anesthésie, comme si l'inscription de la douleur siégeait quelque part où elle ne pouvait être effacée. Dans d'autres cas des femmes épuisées par des heures de travail refusent obstinément un soulagement, afin d'aller au bout d'elles-mêmes, dans un dépassement nécessaire pour un accouchement "réussi". Un sentiment d'échec viendrait s'infiltrer si un apaisement à cette douleur leur était apporté. Les images du corps dans la vie psychique féminine concernant l'accouchement sont travaillées par cette fantasmatique de la violence, de l'épreuve et de la douleur.

La question de la douleur signant l'authenticité d'un accouchement évoluera inévitablement du fait des transmissions d'inconscient à inconscient entre générations.

L'accouchement n'en restera pas moins marqué de violence, de sexualité et de séparation car aucune anesthésie ne viendra à bout des images dans la psyché. Toujours la traversée du sexe maternel laissera des traces dans l'inconscient de l'enfant ainsi que dans les souvenirs de la femme, souvenirs de souffrance et souvenirs de jouissance.

Toujours la question de la mort sera posée pour cet être accueilli sur la terre des mortels. Toujours cette "séparation et rencontre" première inaugurerà les séparations ultérieures génératrices de rencontres pleines ou évitées.

Cette expérience est impactée d'une part de violence inévitable. Lorsque la brutalité physique est atténuée et que la douceur s'y substitue, une disponibilité intérieure peut soutenir la traversée.

LES IMAGES DU CORPS DANS LA VIE PSYCHIQUE FÉMININE CONCERNANT L'ACCOUCHEMENT SONT TRAVAILLÉES PAR CETTE FANTASMATIQUE DE LA VIOLENCE, DE L'ÉPREUVE ET DE LA DOULEUR.

Lorsqu'un fracas retentit sur les images du corps d'une femme avant ou après son accouchement, une aide psychothérapeutique peut être nécessaire pour que la femme n'en sorte pas trop abîmée psychiquement. Les images du corps doivent être souples dans ce contexte de **remaniemment très intense et rapide**. À chaque fois que j'ai écouté en analyse des femmes ayant subi une césarienne, j'ai pu constater qu'un chemin important était à parcourir pour intégrer pleinement cette expérience.

J'ai accompagné à plusieurs reprises des femmes qui avaient été retirées à leur mère de naissance et confiées dès leur plus jeune âge à des parents aimants et soutenants. Cette adoption réussie et l'élaboration psychanalytique leur avaient permis d'envisager une grossesse avec tous les questionnements affectifs inhérents à un tel contexte. Des fantasmes d'une violence inouïe envahissaient la psyché et mobilisaient une angoisse de mort, de meurtre et de viol quand elles envisageaient leur propre accouchement. Grâce aux images jaillissant dans les rêves, il apparut que leur propre naissance avait été vécue sur le registre de l'arrachement, et que pour leur mère génitrice également la désolation avait dû être très vive. Comme le lieu du déchirement était le sexe féminin maternel, des proto-images, fantasmes archaïques de viol, meurtrissaient leur imaginaire corporel.

Longtemps avant la possibilité d'une conception, puis au fil de la grossesse, ces images du corps ont été décontaminées de leurs fantasmes destructeurs, et le futur accouchement rendu accessible. Leur mère de naissance avait disparu, il était donc inévitable pour elles que la mort advienne en cet instant crucial.

Les méthodes analgésiques contemporaines ont bien aidé à amortir le choc appréhendé, et l'arrivée de l'enfant a pu se vivre dans l'émotion et la rencontre, les larmes de tendresse se mêlant aux larmes de détresse comme pour laver et éloigner la mémoire du désastre.

Ce moment de l'accouchement est travaillé par une **dilatation de la vie psychique** qui voit affluer une multitude d'images réveillées aux abords de l'épreuve. Le psychanalyste est accoucheur et passeur. Il soutiendra la femme pour transformer ses images du corps mortifères en images de vie et de promesses à venir.



L'ÉVOLUTION DU TOUCHEUR DES CORPS : UN MIROIR D'UNE DE NOS PRÉSENTATIONS CORPORELLES ?

→ Mon travail de recherche actuel consiste à étudier l'évolution de notre rapport au corps et de la représentation que nous avons de celui-ci. C'est par le prisme du toucher dans le soin que j'aborde cette question.

Les sociétés modernes accordent une place prépondérante à l'individu, alors qu'autrefois la primauté était donnée au groupe social, au collectif. Cette notion est désormais classiquement admise, soutenant et relayant les thèses du sociologue Norbert Elias¹. Le corps devient ainsi de plus en plus le symbole de cet individu bien différencié des autres, et le fait d'approcher, de toucher et à fortiori de pénétrer l'enveloppe corporelle de l'Autre tend à s'ériger en interdit, ou du moins son autorisation requiert-elle des codes de plus en plus définis. Si tous les domaines de la vie sont concernés par cette tendance (la justice, les rapports familiaux...), la médecine et le soin nous procurent à eux seuls de nombreux exemples: une des expressions de cette évolution est l'institution croissante d'une distance entre le corps soigné et la main soignante, et c'est celle-ci que je vais explorer dans cette brève illustration.

Dans tous les domaines de la médecine et du soin, cette tendance domine depuis environ le milieu du siècle dernier: de moins en moins d'examen clinique par le toucher, de plus en plus de technologie. Un domaine comme l'imagerie médicale est à ce titre tout à fait exemplaire, participant à

rendre obsolète le toucher de l'examen clinique en le remplaçant par des examens complémentaires d'imagerie (et de biologie) désormais fréquemment utilisés en première – voire seule – intention.

Les progrès fulgurants de l'imagerie médicale témoignent bien de cette évolution, somme toute très récente. Nous pouvons ainsi tracer de façon très sommaire ces progrès, cheminant des prémisses de l'échographie-doppler dans les années 1950 au Prix Nobel attribué en 1979 aux inventeurs du scanner, suivi par le développement de la médecine nucléaire avec la scintigraphie et la tomographie en 1990, puis le sacre de l'IRM en 2003, donnant à ses inventeurs un nouveau prix Nobel de médecine... La multiplication récente de ces équipements dans la grande majorité des institutions de soins donne un accès facilité à l'observation de l'intérieur du corps sans toucher manuel de l'enveloppe corporelle.

L'histoire des gants dans le monde du soin reflète également cette tendance: nous touchons moins, et lorsque nous touchons, c'est avec un écran de latex ou de vinyle. Si les premières recommandations de port de gants apparaissent officiellement dans le milieu hospitalier en 1986, l'intégration puis la systématisation de cette pratique va progressivement s'imposer, passant de la recommandation à l'obligation en une dizaine d'années.

Il est important de situer mon propos comme l'illustration d'une tendance socialement admise, au-delà des argumentaires hygiéniste ou scientifique qui bien souvent se mettent au service des représentations et non l'inverse comme nous sommes tentés de le penser. J'entends par là que les évolutions tant technologiques que comportementales arrivent dans un contexte d'évolution sociale déjà en marche, plutôt que d'en orienter le chemin.

Le domaine obstétrical qui nous est familier suit cette même tendance. La remise en cause du toucher vaginal systématique lors du suivi de grossesse était impensable il y a encore quelques années, et pourtant cette préoccupation est désormais commune, du moins dans la pratique courante des sages-femmes. Et si l'échographie endo-vaginale est largement utilisée bien que pénétrant dans les corps des femmes, c'est qu'elle est vantée comme ayant une valeur prédictive supérieure au toucher vaginal manuel, tout en bénéficiant de l'impunité du label "technologique". Le respect du corps est depuis peu un sujet primordial dans les débats publics, et de récentes polémiques illustrent bien cette tendance: la pratique du toucher vaginal et du

>

UNE DES EXPRESSIONS DE CETTE
ÉVOLUTION EST L'INSTITUTION
CROISSANTE D'UNE DISTANCE ENTRE LE
CORPS SOIGNÉ ET LA MAIN SOIGNANTE.

1. Norbert Elias, *La société des individus*, Paris, Ed. Fayard, 1991.

**DOSSIER**Par **MAÏ LE DÔ**, SAGE-FEMME ET "APPRENTIE" SOCIOLOGUE

toucher rectal sur des patients anesthésiés, par exemple, est critiquée collectivement, jugée comme scandaleuse alors qu'elle était jusqu'alors plus ou moins banalisée, du moins dans une partie du monde médical...

Les exemples peuvent ainsi être multipliés à l'envi.

Bien entendu, il s'agit d'une tendance majoritaire. Une évolution sociale n'est jamais ni linéaire ni exclusive. C'est ainsi que des mouvements contraires naissent en réaction à cette mise à distance des corps, d'abord marginaux, puis s'amplifiant lorsque le monde social, ne se reconnaissant plus dans le "rouleau compresseur" de l'évolution dominante, se l'approprie. C'est ce que le monde de l'obstétrique nous laisse à observer depuis les années 1970. L'évolution technologique dans la prise en charge de l'accouchement par exemple est vite apparue comme intolérable à certains acteurs: ainsi Frederik Leboyer, Michel Odent, ou encore Max Ploquin – pour ne citer que ceux-là – s'élèverent dès la moitié des années 1970 contre ce courant d'évolution. Condamnés, controversés et marginalisés à l'époque, bon nombre de leurs arguments sont aujourd'hui tolérés, voire repris par le monde médical afin de créer un compromis acceptable par tous. On touche de moins en moins le corps des autres, on se méfie même du toucher qui devient souvent suspect, sinon menaçant, tout en en valorisant une forme bien circonscrite qui est le toucher lié à l'attachement et à l'affectif. La proximité des corps des mères et des nouveau-nés est ainsi "officiellement" réhabilitée par la promotion de l'allaitement maternel, du peau à peau, depuis les années 1990, après de longues périodes de dénigrements. À l'autre extrémité de la vie, le toucher des mourants est depuis cette même période valorisée au sein des unités de soins palliatifs...



L'approche du corps par la médecine et le soin est un miroir des représentations sociales du corps, et il est important de détacher notre regard de nos pratiques afin d'en tirer une analyse plus objective. Cet exercice est un peu compliqué pour les acteurs du soin que nous sommes, car nos pratiques sont le fruit de notre intégration à un groupe fonctionnant avec un système de pensée bien ancré. Puissent les sciences sociales nous aider à comprendre nos pratiques afin d'avancer vers un plus grand respect des autres! ■

PLUS LES IMAGES DU CORPS SERONT LIBÉRÉES D'UNE ANGOISSE ENVAHISANTE, PLUS ELLES RETROUVERONT UNE IRRIGATION LIBIDINALE DE QUALITÉ, RENFORÇANT LE NARCISSISME DE LA PERSONNE.

Par **TAHA FELLAH**, STYLISTE DE HAUTE COUTURE

À TRAVERS LE CORPS DE LA FEMME LE STYLISTE ACCOUCHE D'UNE CRÉATION

Tout créateur de mode a besoin de sources d'inspirations pour alimenter et faire pousser en lui cette flamme qui donnera naissance à une œuvre, une création unique. Celle-ci peut être destinée à une femme précise, mais aussi simplement être vouée à satisfaire le besoin de création du styliste, voire parfois son orgueil, concrétiser ses rêves.

Chaque styliste a une certaine vision de la femme, de son corps. En faisant de l'une d'entre elles sa muse, sa doctrine, le styliste va pouvoir "être lui-même" sans retenue. Ce fut le cas par exemple pour Jean-Paul Gaultier qui a trouvé en Madonna une femme de caractère et une femme de sensualité réunies, qui lui a permis de se laisser aller à toute expression créative.

Néanmoins, l'égérie reste malgré tout un corps soumis aux caprices et aux envies du designer, qui cherche à exprimer sa folie, son excentricité, et créer ainsi un phénomène de mode qui met en valeur son propre nom.

Dans une vision plus simpliste, le corps de la femme reste une surface à la fois riche et consommable, un simple outil pour mettre en valeur une création, une œuvre de haute couture.

Le corps de la femme doit supporter une grande marche de liberté d'expression, de création, d'extravagance, qu'elle soit cliente, star ou tout simplement une figurine, un mannequin. Cette dernière est d'ailleurs appelée banallement un porte-vêtement ou même un cintre. On banalise le corps de la femme pour l'ôter de tout son caractère. Ce milieu devient alors impitoyable, les femmes subissent des pressions énormes. Certaines tiennent le coup. Les plus faibles tombent dans l'anorexie, la dépression et parfois même le suicide.



Croquis Taha Fellah®

“ PARTICIPER À CETTE EXPÉRIENCE DE CRÉATION DOIT RESTER VALORISANT, EXCITANT, ET PARTICULIER À CHAQUE NOUVELLE ŒUVRE, COMME À CHAQUE NOUVELLE NAISSANCE... ”



Croquis Taha Fellah®

Mais le plus souvent, avec de la retenue, le styliste est bien destiné à combler les envies d'une femme, qui veut être belle, élégante et unique, en prenant en considération plusieurs critères dans sa prise en charge.

En maîtrisant ses outils, ce designer de mode crée une œuvre singulière dans le but essentiel de mettre en valeur l'apparence de sa cliente, de placer en avant ses atouts. Dans ce cadre-là, le seul souci du styliste est de satisfaire sa cliente, quand bien même il y met, bien sûr, sa touche et son style.

Il est amené à devoir faire une très bonne lecture de la morphologie du corps de celle qui va porter ses créations. Mais aussi, il doit questionner, comprendre la personnalité, les traits de caractère de sa cliente. Nous parlerons ici du sur-mesure en haute couture.

Dans le milieu de la mode, l'axe principal doit aussi rester l'humain. Le professionnel doit tenir compte de l'anthropologie de la femme dans sa prise en charge. Car, avec cette femme, cette vie, le styliste accouche

d'une création. Et les deux ont besoin d'être entourés des bonnes personnes. L'expérience reste humaine avec des composantes spécifiques à chacun : physique, psychologique, culturelle ou environnementale. Participer à cette expérience de création doit rester valorisant, excitant, et particulier à chaque nouvelle œuvre, comme à chaque nouvelle naissance...

Comme un miracle de la vie, un début d'existence, un moment très pur, ancestral, une expérience extraordinaire. Pour une femme et aussi pour ceux qui veillent sur ce moment et son bon déroulement... ■



INTERVIEW DE TAHA FELLAH, STYLISTE DE HAUTE COUTURE

Que représente le corps pour un créateur de haute couture ?

Pour un créateur, le corps est une base, un espace à couvrir. Parfois on va chercher à le mettre en valeur avec tous ses défauts ou tous ses points forts. Mais parfois nous sommes avant tout concentrés sur la création. Le corps est un cintre, un porte-vêtement, pas plus. Cela dépend des créateurs.

Pourtant, vous choisissez des mannequins avec une plastique corporelle, avec une exigence corporelle pour porter vos créations. On ne peut donc pas dire que le corps n'a pas de valeur dans la mise en valeur du vêtement...

Il y a plusieurs codes respectés et connus dans le monde de la mode. Le mannequin doit avoir une taille bien faite, du 36 au 38. À certains moments on a dénoncé les castings qui exigeaient les tailles 36 car ce n'est pas bon pour la santé des mannequins. Mais les créateurs l'exigent encore car la beauté du mannequin ne doit pas dépasser celle du vêtement. Elle a un rôle défini qui est de bien porter le vêtement. On doit voir le vêtement pas le mannequin.

C'est pourquoi vous standardisez les mannequins ?

Exactement. Il faut que cela fasse les mêmes visages, les mêmes gabarits. Après, chaque maison de mode a sa muse, son égérie. Elle représente la marque dans des critères de beauté définis par chaque style.

Si le corps n'est qu'espace à couvrir, n'importe quel créateur pourrait faire son œuvre sur n'importe quel corps ? Mais la cliente, elle, n'est pas censée avoir un corps spécifique.

Déjà, ce n'est pas pareil en prêt-à-porter ou en haute couture. Dans la haute couture on se permet des choses plus extravagantes, plus excentriques. Certaines vont avec des corps, des personnes, d'autres non. Cela dépend de ce qu'elle ose ou pas. On peut trouver dans la haute couture des éléments hors normes et d'autres sobres et simples.

L'œuvre est faite en fonction de la cliente ? Il y a un rapport à la création de l'artiste mais aussi à l'individu, à la singularité de celle qui porte ?

Bien sûr. Ce qui guide la création, c'est que lorsqu'on est face à une cliente, on prend en considération son corps, ses préférences, son style. Certaines ne se soucient pas des défauts de leur corps, d'avoir une

grosse poitrine, d'avoir des formes différentes des autres. Certaines l'assument, d'autres non, et alors elles auront besoin de cacher tout défaut.

Quand on est styliste on cherche à apposer sa touche mais il faut prendre en considération ce qu'est cette femme, ce qu'elle veut porter. On essaye de trouver l'équilibre entre ce qu'elle veut, elle, ce qu'elle peut mettre en étant belle, mais aussi de garder son style, que cela soit remarquable. C'est l'œuvre, la création de tel ou tel styliste.

Il y a donc une expertise du styliste qui transparaît dans l'œuvre et la personnalité de celle qui l'achète et le porte qui transparaît aussi.

Si la dame ne porte pas bien notre tenue, c'est au styliste qu'on en voudra. C'est pour cela que nous parlons de "fashion faux pas". Il y en a beaucoup. Il y a des stars avec des corps dits parfaits qui ratent leur apparence. Pourtant elles sont habillées chez de grands couturiers. Parfois c'est le défaut du styliste, parfois le défaut de celle qui porte. On peut conseiller mais si elle préfère autre chose on ne peut pas l'obliger.

Peut-on être créateur, faire une œuvre en tant que telle sans se soucier de l'individu ? Et après, comme un tableau, on l'apprécie ou pas.

Quand on fait du sur-mesure, en relation, en contact avec la cliente, on fait un peu de psychanalyse. On regarde ce qu'elle peut porter, ce qu'elle aime ou pas. Pourquoi elle veut mettre cela, apparaître ainsi ou ainsi. Le tissu fluide ou rigide. Ce que ça représente et ce qu'elle veut représenter d'elle-même.

Quand on fait de la haute couture destinée ensuite au prêt-à-porter on ne peut pas gérer cela. Il y a une étude de marché qui se fait.

C'est la mission de celui qui va porter la tenue de trouver ce qui lui va ou pas. Le styliste n'est pas là, même s'il existe des conseillers de style dans les maisons de prêt-à-porter de haute couture.

QUAND ON EST STYLISTE ON CHERCHE À APPOSER SA TOUCHE MAIS IL FAUT PRENDRE EN CONSIDÉRATION CE QU'EST CETTE FEMME, CE QU'ELLE VEUT PORTER...



Si j'essayais un parallèle avec la sage-femme, il faudrait que nous, nous évitions le prêt-à-porter ? Puisque toute naissance est singulière... il faut que nous fassions de la haute couture : mettre notre expertise en étant toujours à l'écoute de l'autre.

Oui, car le prêt-à-porter est lié à une étude de marché, aux tendances, aux recherches de couleurs, de formes. Mais c'est fait pour viser une tranche étendue de personnes.

Les sages-femmes sont des artistes de haute couture alors ?

Je suis d'accord avec cela. Quand vous recevez une femme, elle a sa spécificité, ses difficultés. Et vous, vous faites avec cela. Eh bien, nous aussi. Parfois une cliente a du mal à supporter son corps, des choses à cacher ou à mettre en valeur. Nous, nous essayons de comprendre cela. Certaines clientes l'expliquent facilement, d'autres non. Elles n'osent même pas en parler. C'est à nous de le voir, d'aller chercher aussi tout ce qui n'est pas dit.

Chercher tout ce que l'image du corps peut dévoiler de la personne...

C'est cela. Ce n'est pas parce qu'elle est devant un styliste que la femme saura s'exprimer ou osera le faire. Elle ne dira pas "je ne me sens pas bien, je n'aime pas cette partie de mon corps". Mais nous, nous devons le savoir indirectement. C'est avec l'expérience qu'on apprend cela.

Et après, que tout amène au beau...

Oui, mais avec une certaine relativité. On ne voit pas tous la beauté de la même façon. Dans la haute couture on ne cherche pas le confort. Il n'est pas pris en considération. On cherche le beau, certes, mais surtout, et même si ce n'est pas confortable, si on est coincé, on cherche l'unique.

Un peu comme la douleur. Même si elle est là, quand on se sent bien, écouté, unique, habillé, cela peut passer...

C'est sûr. Quand on parle de corset par exemple. Le corset, c'est un vêtement emblématique, c'est le symbole de la haute couture mais c'est réellement une torture pour la femme. Historiquement prouvé. Cela a, à certaines époques, déformé la taille de la femme. Une fille qui porte le corset de ses 11 ans à ses 20 ans n'a pas la même taille que celle qui n'en aurait pas porté. Mais cela affine le corps, cela reste de la haute couture. On supporte le mal.

DANS LA HAUTE COUTURE ON NE CHERCHE PAS LE CONFORT. IL N'EST PAS PRIS EN CONSIDÉRATION. ON CHERCHE LE BEAU, CERTES, MAIS SURTOUT, ET MÊME SI CE N'EST PAS CONFORTABLE, SI ON EST COINCÉ, ON CHERCHE L'UNIQUE.

Et les tissus, les couleurs ?

C'est pareil. Mais il y a des tendances qui imposent les couleurs et les tissus. Même dans la haute couture. Ce sont les stylistes qui font les tendances. Après, il existe des exceptions.

On s'éloigne de la singularité de la cliente pour quelque chose de lié aux cultures, aux époques et au styliste lui-même... Comme nous, quand nous faisons accoucher tout le monde dans une posture ou sous périnale.

On suit des codes, mais cela change chaque saison. Si on ne suit pas, on se sent hors mode.

Mais est-ce important dans la haute couture ? Est-ce que la haute couture n'a pas ses racines, sa définition justement dans le fait même d'être décalée ?

Il faut être décalé, original, mais dans la tendance de l'année, des tissus, des couleurs.

Attention, nous, quand nous parlons de tendances il y en a toujours plusieurs ; chaque année il y a plusieurs tendances. De ce fait, chacun a une possibilité de se retrouver dans celle qu'il préfère, dans les tons qui lui conviennent le mieux. Il reste du choix pour être unique mais ça se ressemble sur quelque chose. Ça change tous les ans, disparaît, réapparaît... La haute couture reste sophistiquée.

Donc, dans aucun domaine, de la haute couture à la naissance, il n'existe une possibilité d'être seulement confronté à soi-même ? La personne est forcément confrontée à ce que l'autre choisit ou imprime pour elle.

C'est vrai. C'est pour ça que l'on parle de *fastion victim*. Certaines le seront facilement, d'autres non. Comme le dit Coco Chanel "la mode se démode, le style jamais". Si une personne arrive à trouver son style, même dans une tendance donnée, elle arrive à se démarquer et ne pas être victime. ■



Journées d'études et de formation

44^{èmes} ASSISES NATIONALES DES SAGES-FEMMES

27^{ème} Session Européenne

SAINT MALO



CNEMA
conférence nationale
des enseignants en maternité

PALAIS DU GRAND LARGE, 25 - 26 - 27 MAI 2016

AVANT-PROGRAMME*

Responsables scientifiques : Mme N. BERLO-DUPONT, Mme C. BROCHET, Mme C. BUZENET (Paris), Mme C. LALLEMENT (Metz), Mme M-C. LEYMARIE (Clermont-Ferrand), Mme C. MORIN (Bordeaux), Mme J. GUERMEUR, Mr P. POULAIN, Mme S. DONNIO (Rennes), Mme A. MOAL, Mr M.COLLET, Mme I. PAULARD (Brest)

mercredi 25 mai 2016

8h45 : Séance inaugurale

9h30 : Table ronde **THROMBOSE** FORMAZI

Modérateurs : Dominique MOTTIER, Michel COLLET et Agnès THEPAUT (Brest)

- Physio-pathologie et épidémiologie de la maladie veineuse thromboembolique chez la femme enceinte - Karine LACUT (Brest)
- Prévention de la maladie veineuse thromboembolique - Emmanuelle LE MOIGNE (Brest)
- Diagnostic et traitement de la maladie veineuse thromboembolique - Aurélien DELLUC (Brest)
- Thrombophilies acquises et constitutionnelles - Francis COUTURAUD (Brest)
- Contraception chez les femmes à risque vasculaire - Véronique KERLAN (Brest)

13h00 : Déjeuner

14h30 : Table ronde **BONNES PRATIQUES DE DÉPISTAGE PENDANT LA GROSSESSE** FORMAZI

Modératrice : Alexandra BENACHI (Clamart)

- Génotypage foetal et prévention Rh - Emeline MAISONNEUVE (Paris)
- Le point sur le diagnostic de la T21 - Alexandra BENACHI (Clamart)
- Les sérologies en pratique HbS HCV HIV CMV et Rubéole - Olivier PICONE (Suresnes)
- Le point de vue du médecin de santé publique - Rachid SALMI (Bordeaux)

jeudi 26 mai 2016

9h00 : Table ronde **SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NÉ À TERME** FORMAZI

Modératrice : Armelle THOMAS de la PINTIERE (Rennes)

- Dépistage et surveillance de l'ictère néonatal - Emmanuelle CARDOSO (Amiens)
- Indication de la surveillance glycémique du nouveau-né de mère diabétique (diabète gestationnel ou préexistant) - Antoine ROBIN (Rennes)
- Indications des prélèvements bactériologiques à la naissance pour le nouveau-né à terme - Armelle THOMAS DE LA PINTIERE (Rennes)
- Suivi clinique par la sage-femme (prise de poids, éveil, comportement, tonicité etc) - Claudie ROBERT (Rennes)
- Psychologie et neuropsychologie des interactions précoces - Jacques DAYAN (Rennes)

12h30 : Déjeuner

14h00 : **PRÉSENTATION DES MÉMOIRES LAURÉATS DU GRAND PRIX ÉVIAN DES ÉCOLES DE SAGES-FEMMES**

14h30 : Table ronde **SEXOLOGIE** FORMAZI

Modérateur : Sylvain MIMOUN (Paris)

- Développement et apprentissage de la sexualité tout au long de la vie - Sylvie SAPIN (Pordic)
- Sage-femme en milieu scolaire : éducation à la sexualité et à la vie affective - Catherine LALLEMENT (Metz)
- Sexualité, grossesse et post partum - Sylvain MIMOUN (Paris)
- Consultation de sexologie par la sage-femme - Samantha GRANELLI (Leuville sur Orge)

vendredi 27 mai 2016

9h00 : Table ronde **PRINCIPAUX MOTIFS DE CONSULTATION EN GYNÉCOLOGIE ET CONTRACEPTION** FORMAZI

Modérateur : Jean LEVÈQUE (Rennes)

- Mastopathies bénignes et leur prise en charge - Vincent LAVOUÉ (Rennes)
- Algies pelviennes - Jean LEVÈQUE (Rennes)
- Infections vaginales (principaux germes et leurs traitements) - Gaëlle CHOLET et Michel COLLET (Brest)
- Contraception aux différentes périodes de l'activité génitale - Gaëlle CHOLET (Brest) et Teddy LINET (Challans)

12h30 : Déjeuner

14h00 : Table ronde **ACTUALITÉS**

Modératrice : Christine MORIN (Bordeaux)

- Expérimentation des maisons de naissance : retour d'expérience - Imène KACI (Vincennes et Saint Mandé)
- Unités physiologiques - Christiane DAVID (Rennes)
- Dépistage du cancer du sein : quelles recommandations ? - Michel COLLET (Brest)
- Statut des étudiants - Christine MORIN (Bordeaux) et Eléonore BLEUZEN (Nantes)

*sous réserve de modifications

25 - 26 - 27 mai 2016

ATELIERS PRATIQUES

- SUIVI GYNÉCOLOGIQUE
- SUTURES PÉRINÉALES
- ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES À PARTIR DE LA LECTURE CRITIQUE D'ARTICLES
- ECHOGRAPHIE
- RÉANIMATION NÉONATALE
- ANALYSE DU RYTHME CARDIAQUE FÉTAL EN SALLE DE NAISSANCE
- MANŒUVRES OBSTÉTRICALES
- SIMULATION RELATIONNELLE
- CONTRACEPTION
- ANALYSE DES PRATIQUES EN ALLAITEMENT

N° formation : A.P.S.F. - 11750696075 - Droit d'inscription : 310 €

Renseignements et inscriptions : ASSISES NATIONALES DES SAGES-FEMMES - C.E.R.C-CONGRES - 17 rue Souham, 19000 TULLE

Tél. : 05 55 26 18 87 - E-mail : inscription@cerc-congres.com - Web : www.cerc-congres.com



LA VISITE POST-NATALE

INTRODUCTION

La visite post-natale (VPN) ou consultation post-natale est un examen obligatoire dans les 8 semaines suivant l'accouchement. Ce délai ne doit pas excéder 8 semaines mais il peut être plus réduit. Les sages-femmes sont compétentes pour réaliser cette consultation, à condition que la grossesse ait été normale et l'accouchement eutocique.

Il s'agit de la dernière consultation de suivi de la grossesse qui est, à ce titre, prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale dans le cadre de l'assurance maternité.

DÉFINITION ET OBJECTIFS

Le post-partum est la période de 6 à 8 semaines (ou 42 jours d'après l'OMS) après l'accouchement, jusqu'au retour de couches. Durant cette période, l'organisme maternel modifié physiologiquement par la grossesse vit de nouvelles modifications pour revenir à un état proche de celui d'avant la grossesse. Par

ailleurs, l'accueil d'un enfant suppose de nombreux bouleversements affectifs, familiaux et sociaux. Le post-partum est donc une situation de fragilité des mères et des couples nécessitant une attention particulière et ce, de façon plus accrue lorsqu'il s'agit de la naissance du premier enfant. ^[1]

Les objectifs de la visite post-natale sont multiples et ne sont pas strictement médicaux. On retiendra notamment l'affirmation du retour à l'état de santé physique et moral précédant la grossesse, l'évaluation du lien mère-enfant qui suppose une évaluation rapide de l'état de santé de l'enfant et la réalisation d'un bilan gynéco-obstétrical complet incluant l'évolution d'une pathologie préexistante à la grossesse ou liée à la grossesse, les besoins de rééducation périnéale et l'adaptation de la contraception.

INTERROGATOIRE & EXAMEN CLINIQUE

■ Anamnèse

Afin de consacrer le maximum de temps aux échanges et aux conseils, l'idéal est de pouvoir réaliser une anamnèse rapide

du dossier médical de la patiente. Cette anamnèse doit renseigner la sage-femme sur les conditions socio-économiques et les conduites addictives, les antécédents (ATCD) et notamment les ATCD familiaux de cancers gynécologiques, les ATCD personnels gynécologiques (cycles, infections, contraception, derniers frottis cervico-utérins) et obstétricaux, le déroulement de la grossesse (complications, prise de poids, mode d'entrée en travail, terme et voie d'accouchement, contexte infectieux, délivrance, périnée, complication du post-partum, état de l'enfant à la naissance) et le contexte de sortie de maternité (prescriptions maternelles, alimentation, poids et ictère du nouveau-né).

■ Interrogatoire

Dans un premier temps, on s'intéressera à l'état de santé du nouveau-né (rythme veille-sommeil, développement psychomoteur, croissance, alimentation, éveil, comportement), au lien mère-enfant et à l'organisation pratique de la nouvelle famille (présence de l'entourage, mode de garde, reprise du travail...). On s'attachera ensuite à l'état psychologique de la patiente (vécu de l'accouchement et des suites de couches, vie de famille, vie de couple). Il est important de

DOLPHITONIC S'ENGAGE A VOUS OFFRIR LE MEILLEUR RAPPORT QUALITE / PRIX / SERVICE

Votre boutique : www.dolphitonic.com



FICHE TECHNIQUE

Par **ÉLODIE PROT**, SAGE-FEMME, ENSEIGNANTE, DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE,
UNIVERSITÉ DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN EN YVELINES

REVIEW
FICHE
TECHNIQUE

s'intéresser à la reprise de la sexualité car, s'il n'existe pas de règle concernant la meilleure période, elle peut s'accompagner de diminution de la sensibilité, de dyspareunie ou de saignements post-coïtaux. Pour finir, on effectuera un premier bilan de l'état périnéal antérieur (notion de miction impérieuse, pollakiurie, fuites urinaires) et postérieur (incontinence aux gaz ou aux selles, douleur). En cas d'allaitement maternel, on fera le point sur son déroulement, ses éventuelles complications et sur les questions qu'il pose.

■ Examen clinique

Il doit comporter un examen général, un examen sénologique et un examen gynécologique. Nous le décrirons ici dans un ordre crâno-caudal :

- **Pesée, mesure** des constantes.
- **Examen des conjonctives**, en y associant les signes de mauvaise tolérance clinique de l'anémie (essoufflement, palpitation, vertiges).
- **Examen sénologique** : en dehors de l'allaitement maternel, le sein est souple et les ganglions axillaires et sus-claviculaires ne sont pas perçus. Lors de l'allaitement maternel, cet examen n'a pas de valeur de dépistage du cancer, mais il permettra de dépister des complications liées à l'allaitement.
- **Examen gynécologique** : à l'inspection, on appréciera la cicatrisation périnéale et une éventuelle béance vulvaire. L'examen du col sous spéculum permettra de visualiser l'aspect du col et des parois vaginales, d'objectiver des leucorrhées et réaliser le frottis cervico-utérin si le précédent date de plus de 3 ans et que la patiente a plus de 25 ans. On effectuera ensuite un toucher bi-manuel pour décrire le col, le volume utérin et les annexes perceptibles dans les culs-de-sac postérieurs et effectuer un testing périnéal.
- **Examen des membres inférieurs** à la recherche de complications thrombo-emboliques.^[2]

RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

Les dernières recommandations professionnelles de l'ANAES de 2002 précisent que « *l'indication de rééducation en*

post-partum n'est pas systématique ». Généralement, on prescrit 10 séances en première intention. La littérature médicale n'est pas unanime sur la fréquence idéale des séances. En pratique, on compte 30 à 40 minutes par séance, à raison de 2 à 3 séances par semaine. Cette prescription pourra être renouvelée si l'amélioration est « *présente mais insuffisante* ».

La rééducation du périnée peut être pratiquée par une sage-femme ou un kinésithérapeute et peut comporter un travail manuel et un travail avec sonde biofeed-back. À noter que les méthodes manuelles de rééducation ne sont accessibles qu'aux sages-femmes, les kinésithérapeutes n'ayant pas la possibilité de réaliser les touchers vaginaux.

CONTRACEPTION

La HAS recommande que les œstro-progestatifs ne soient utilisés qu'après 42 jours de post-partum et l'OMS propose de réduire ce délai à 21 jours, en l'absence de facteurs de risque thromboembolique veineux. Lors de la consultation post-natale, il est donc possible de prescrire une contraception œstro-progestative selon les règles de bonnes pratiques. En cas d'allaitement, il est recommandé d'éviter les œstro-progestatifs dans les 6 premiers mois. On préférera donc une contraception hormonale micro-progestative ou une autre méthode.

Par ailleurs, la pose de DIU au cuivre ou au levonorgestrel est possible à partir de 4 semaines de post-partum. La méthode (MAMA) reposant sur l'aménorrhée pendant la période de lactation est efficace dans les 6 premiers mois et à condition que l'allaitement maternel soit exclusif avec au moins 6 tétées par jour espacées de moins de 6 h la nuit et 4 h le jour. Après le retour des règles, il est nécessaire d'envisager une autre méthode. Les autres méthodes naturelles de contraception s'adressent à des couples ayant reçu une formation spécifique.

PRÉVENTION

Afin de prévenir la transmission d'infections au nourrisson, la VPN est également un temps favorable pour récapituler la

couverture vaccinale de l'entourage de l'enfant, notamment concernant la rubéole (les patientes non immunisées pendant la grossesse doivent être vaccinées dans le post-partum, sauf si elles ont déjà bénéficié de 2 vaccins) et coqueluche. La loi de santé récemment votée prévoit que les sages-femmes soient compétentes pour prescrire et réaliser la vaccination de l'entourage, et non simplement de la femme. Elle ne sera applicable que lorsque les décrets d'application seront parus au Journal Officiel.

L'entretien avec la patiente et son observation permettent de dépister les difficultés psychopathologiques. On distinguera la dépression du post-partum caractérisée par de la tristesse, un manque de confiance en soi, voire de l'anxiété, de la psychose aiguë du post-partum dans laquelle on observera un état mélancolique accompagné ou non d'agitation maniaque ou de bouffées délirantes. L'utilisation de l'échelle d'Edimbourg peut être utile. En cas de doute, il faut alors orienter la patiente vers un professionnel (psychologue, psychiatre et/ou médecin traitant en ville ou dans un centre médico-psychologique) et informer les services de PMI pour envisager un étayage médico-social au cas par cas.^[2]

CONCLUSION

La VPN marque ainsi la fin de l'accompagnement lié à la grossesse et replace le couple mère-enfant dans un suivi gynécologique et pédiatrique classique. Il s'agit du dernier moment de dépistage, de prévention, d'éducation et d'information d'une grossesse à l'autre. Au-delà de la stricte dimension médicale, il s'agit bien de prise en charge globale père-mère-enfant.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] M. Delcroix, *Guide de la sage-femme : suivi pré- & post-natal*. Paris : Maloine, 2014.
- [2] A. Battut, T. Harvey, et A. Lapillon, *105 fiches pour le suivi post-natal mère-enfant*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2015.



Dakin

Cooper® stabilisé

**“Lors de l'accouchement,
nous faisons confiance à
Dakin Cooper® stabilisé
pour l'antisepsie des
muqueuses***

et vous ? ”



L'évidence antiseptique

Solution d'hypochlorite de sodium à 0,5%

* Sauf l'œil

DENOMINATION : DAKIN COOPER® STABILISE, solution pour application locale en flacon. **COMPOSITION*** : solution concentrée d'hypochlorite de sodium, quantité correspondant à chlore actif 0,500 g pour 100 ml. **FORME PHARMACEUTIQUE :** solution pour application locale. **DONNEES CLINIQUES :** **Indications thérapeutiques :** Antisepsie de la peau, des muqueuses et des plaies. Les agents à visée antiseptique ne sont pas stérilisants, ils réduisent temporairement le nombre de micro-organismes. **Posologie et mode d'administration :** Les applications locales de DAKIN COOPER® STABILISE se font, sans dilution : soit en lavages, en bains locaux ou en irrigations ; soit en compresses imbibées ou en pansements humides. Renouveler le traitement selon les besoins. **Contre-indications :** Hypersensibilité connue à la substance active ou à l'un des excipients. Ne pas appliquer dans l'œil. **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi*.** **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions*.** **Grossesse et allaitement*.** **Effets indésirables*.** **Surdosage*.** **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES*.** **DONNEES PHARMACEUTIQUES*.** **AMM et PRIX :** 3400934117848 : 60 ml en flacon (PEHD/dioxyde de titane/noir de charbon), non remb. Séc. Soc. - agréé Collectivités; 3400936772755 : 125 ml en flacon (PEHD /dioxyde de titane/noir de charbon), non remb. Séc. Soc. - non agréé Collectivités; 340093145262 : 250 ml en flacon (PEHD /dioxyde de titane/noir de charbon), remb. Séc. Soc à 30 % - agréé Collectivités - Prix : 2,82 € ; 3400933145323 : 500 ml en flacon (PEHD / dioxyde de titane/noir de charbon), non remb. Séc. Soc. - agréé Collectivités. Médicament non soumis à prescription médicale. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** COOPERATION PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE. Place Lucien Auvert - 77020 Melun cedex. Tél : 01 64 87 20 00. **DATE DE REVISION DU TEXTE :** Juillet 2012.

*Pour une information complémentaire, consulter le Résumé des Caractéristiques du Produit disponible sur le site internet de l'ANSM ou auprès du laboratoire le cas échéant.

Visa n° 14/10/64176064/PM/001



Évolution de la relation de soins

INTRODUCTION

« Chère Madame, connaître l'enfer quotidien du malade, voir décris nos pratiques avec le recul, le cynisme, la colère, l'attention, l'affection qui sont les vôtres est instructif et dérangeant. Nos certitudes rassurantes de médecins doivent ainsi être ébranlées tous les jours. C'est la rencontre avec des patients et des familles qui nous poussent à nous remettre en cause, en question » (Belmas et Nonnis-Vigilante, 2013, p 82).

Cette citation est issue d'une lettre d'un médecin adressée à une femme, après la parution de son livre racontant son combat contre la maladie de son fils décédé.

Le concept de qualité, issu du secteur de l'industrie, s'est imposé petit à petit dans le domaine de la santé. On pourrait alors assimiler la relation producteur-consommateur à la relation médecin-patient. Cependant, la relation médecin-patient n'est pas une relation marchande. Cette dernière exige que les deux parties soient libres dans leur décision et que l'échange soit rationnel. Or, le secteur de la santé est complexe et spécifique et son approche diffère de celle qui est développée dans les autres secteurs économiques. Pourquoi?

“

Du “paternalisme médical” aux théories du care, en passant par le concept d’humanisation de l’hôpital, l’exercice quotidien des professionnels de la santé est jalonné de ruptures et de modifications profondes...

77

EXTRAIT DE PROJET PROFESSIONNEL

Extrait du projet professionnel réalisé dans le cadre du master Économie de la santé et des politiques sociales, spécialité Économie et gestion de la santé, sous la direction de Béatrice Fermon – Université Paris Dauphine. Formation Continue.

- Le consommateur de soins n'est pas souverain car, d'une part, il est en état de fragilité du fait même de son état de santé et il ne détient pas, d'autre part, toute l'information : on parle alors d'asymétrie d'information.
 - Le consommateur de soins ne paie pas.
 - Le caractère aléatoire de la médecine rend le risque zéro impossible à atteindre : on parle d'ailleurs d'obligation de moyens et non de résultats.
- Néanmoins, il n'est pas possible aujourd'hui de s'opposer au “courant qualité” qui existe dans le secteur de la santé. En effet, si l'accréditation en est le principal moteur, d'autres facteurs jouent un rôle important dans cette dynamique :
- La volonté de réduire l'asymétrie d'information et d'aller vers une plus grande transparence du système de santé.
 - La place accordée aux patients, de plus en plus importante en cohérence avec la notion grandissante de droits des patients.
 - L'accès aux résultats des certifications et la place croissante de la qualité des soins dans la presse.

Ce nouveau paradigme a donc pour objectif de tendre vers une réduction de l'asymétrie de l'information tout en légitimant de plus en plus le rôle du patient dans la relation de soin. Il est le fondement de la démocratie sanitaire, « démarche visant à associer l'ensemble des acteurs du système de santé [...] dans un esprit de dialogue et de concertation »¹.

La nouvelle version de la certification V2014 prolonge ce paradigme en met-

tant en place une nouvelle démarche : la méthode du “patient traceur”. Cette dernière est innovante puisqu'elle introduit le regard du patient dans l'évaluation des pratiques professionnelles en matière de qualité de soins.

Ce changement apparaît en France comme révolutionnaire, à l'heure même où, au Québec, la collaboration du patient est déjà incontournable dans l'évaluation de la qualité des soins, au travers de la notion de “patient partenaire”².

Deux concepts vont être abordés sous la forme de deux articles : la relation de soin dans ce numéro et le concept de qualité des soins, dans le prochain numéro.

LA RELATION DE SOINS

« Entre l'usage des consilia dans les siècles modernes et le droit du malade à accéder à son dossier médical (loi du 4 mars 2002), la relation médecin-patient, individuelle et idéalisée telle que la définissait Hippocrate au V^e siècle avant J.-C., a connu d'importantes mutations. Relation sociale atypique et toujours complexe, elle revêt, en toute époque, des significations très variées en fonction du statut social de chacun des interlocuteurs. Du “paternalisme médical” aux théories du care, en passant par le concept d’humanisation de l’hôpital, la bientraitance ou la promulgation des lois de bioéthique en France, l’exercice quotidien des professionnels de la santé est jalonné de ruptures et de modifications profondes, toujours en relation avec les agendas politiques, les évolutions sociétales et les pressions médiatiques. » (Belmas et Nonnis-Vigilante, 2013).



→ HISTOIRE DU STATUT DES MÉDECINS DANS LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

Le statut des médecins a fortement évolué au cours de l'histoire. Si l'on s'en réfère aux fonctions des médecins au XV^e siècle, « *ils exercent un art qui ne fait pas partie des sept arts libéraux de l'université médiévale. Au début, les médecins (physicians) sont des clercs qui, à la fin de leurs études théologiques, obtiennent un certificat supplémentaire qui leur permet de soigner en même temps qu'ils prient, enseignent et officient* » (Dubar et alii, 2011).

C'est au début du XIX^e siècle, avec la promulgation du code pénal, qu'un cadre légal à la pratique médicale voit le jour. L'article 378 de ce code concernant le secret médical, est initialement une mesure qui a pour objectif de garantir la discréetion professionnelle.



Les médecins vont faire évoluer cette contrainte légale en une obligation morale. Ainsi, il « *devint non seulement une vertu propre aux médecins, mais aussi la pierre angulaire des relations de confiance entre médecin et patient, et donc la source de l'autorité médicale même* » (Villey, 1986).

À cette époque, le médecin devient alors le "gardien des secrets" tandis que « *le prestige de la prétresse décline* » (Nye, 2006).

Dans les années 1840, un "code des devoirs professionnels" voit le jour suite à la profusion du personnel médical, l'augmentation de la concurrence et les pratiques de médecins illégales et des charlatans.

En 1880, le concept de déontologie inventé par le philosophe Bentham, est alors défini dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* comme « *un ensemble de devoirs et de droits, mais ceux-ci trouvent inévitablement leurs fondements dans les qualités personnelles des praticiens médicaux, et même dans leur caractère d'hommes d'honneurs* » (Dechambre, 1882).

Cependant, selon ce même auteur, ce caractère honorable ne peut être fondé

par la seule existence de code, il faut « *une forme de discipline collective permettant de renforcer la confiance des patients envers les médecins* ».

En 1929, l'idée d'un Ordre des médecins est évoquée dans une publication mais ce projet ne verra pas le jour.

C'est en 1936 qu'un Code de déontologie est publié par la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), « *premier document dans l'histoire de la médecine française à formuler les préoccupations éthiques et pratiques de la majorité de la profession* ». (Nye, 2006)

Mais la Seconde Guerre mondiale va constituer un tournant majeur dans le déploiement de l'éthique médicale. La CSMF est dissoute sous Vichy et un nouvel Ordre est promulgué en 1947.

On voit alors apparaître une évolution des devoirs envers les patients se transformant en une énumération de droits (Médecin de France, 1947).

« *L'avènement de l'efficacité médicale a décuplé les attentes des patients et désacralisé les médecins* » (Nye, 2006).

→ LA CONSTRUCTION D'UN STATUT DE PATIENT AU COURS DE L'HISTOIRE DE LA CONSTRUCTION DE L'HÔPITAL

Pendant longtemps, le patient ne sera pas perçu comme un acteur de soin ; c'est la création de l'hôpital et ses transformations qui vont faire évoluer le statut du patient.

Entre le XII^e et le XIII^e siècle, l'hôpital est un hôtel-Dieu, il n'y a pas de différence faite entre les dimensions sociale, sanitaire, spirituelle et religieuse « *l'ordre salutaire l'emporte sur l'ordre sanitaire dans une prise en charge globale de la personne corps et âme* » (Pierron, 2007).

En 1656, c'est la création de l'hôpital général qui marque la fin de la gestion des Hommes par la miséricorde. La priorité est donnée au maintien de l'ordre public et à la salubrité, l'hôpital est alors un lieu permettant de recueillir les indigents. À cette époque, le mal n'est pas médical mais social. Le malade est avant tout un malheureux.

Puis, la médecine évolue et devient une science admettant que la vie et le corps ne sont plus sacrés : on parle alors de désacralisation du corps.

La révolution française va correspondre à une période de rupture où l'hôpital évolue et où l'on passe de l'hébergement à l'hospitalisation. La santé l'emporte sur le salut.

À la fin du XVIII^e siècle et au cours du XIX^e siècle « *la maladie se détache de la métaphysique du mal à laquelle depuis des siècles elle était apparentée* » (Foucault, 1963). Le malade est désormais un patient. « *À la patience du croyant qui attend la vie éternelle se sont progressivement substituées les attentes du patient soucieux de la vie longue et saine* » (Pierron, 2007).

C'est au début du XX^e siècle, avec les lois laïques et la loi de 1905 que les tâches éducatives et hospitalières furent détachées des ordres religieux professionnalisant le soin. La vocation médicale fait place à la profession médicale et le droit s'impose aux bonnes mœurs posant un nouveau cadre et transformant la relation médecin-patient « *les mœurs ne sont plus le support implicite d'une relation médecin-patient, portée par un pacte de confiance et par le droit* » (Pierron, 2007).

En 1958, la création du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) vient accentuer davantage l'attention apportée au patient.

Les années 70 sont marquées par un tournant dans la politique d'humanisation des hôpitaux. Le "Rapport Ducamin", en juillet 1970, constitue un grand volet de la politique sur l'humanisation. La circulaire de décembre 1970 portant réforme hospitalière se concentre particulièrement sur l'information à donner au malade. Une société de l'information est en train de voir le jour, ne supportant plus de se confronter à l'opacité du savoir médical (Belmas et Nonnis-Vigilante, 2013, p 153).

La "Charte du malade hospitalisé" du 7 octobre 1974 instaure un régime de droit avec la reconnaissance d'un droit au secret, à l'information médicale et d'un consentement aux actes médicaux.

Cette notion est renforcée en 1995 par la "Charte du patient hospitalisé", puis en 2002, les droits du malade font du patient

>

1. Source : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Democratie-sanitaire.81526.0.html>

2. Entretien avec M^{me} Maisani P., directrice de la planification stratégique au Centre hospitalier de l'Université de Montréal.



un usager ayant des droits et des devoirs.

Enfin, en 2005, la publication par la Haute Autorité de Santé (HAS) d'un *guide méthodologique d'élaboration d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé* apporte un éclaircissement de l'information à transmettre au patient ainsi qu'une méthodologie permettant aux professionnels de santé de délivrer une information de qualité aux usagers.

Aujourd'hui, si l'évolution du système tend à remplacer le patient au cœur de ce système, il ne faut pas tomber dans l'excès inverse où le patient devient décideur et consommateur de soin.

“

L'art de la médecine se joue entre trois termes : la maladie, le malade, le médecin. Le médecin est le serviteur de l'art, il est indispensable que le malade, aidé par le médecin, s'oppose à la maladie. **HIPPOCRATE**

77

Comme le cite Pierron (2007), Hippocrate disait : « *L'art de la médecine se joue entre trois termes : la maladie, le malade, le médecin. Le médecin est le serviteur de l'art, il est indispensable que le malade, aidé par le médecin, s'oppose à la maladie.* »

Il est donc intéressant de garder à l'esprit ces notions historiques tout en redonnant au patient une place à part entière en tant que sujet ayant des droits et non comme un objet de soins, l'idée étant d'assurer un juste équilibre dans la relation maladie-malade-médecin.

→ TRANSFORMATION DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT : REMISE EN QUESTION DE L'AUTORITÉ MÉDICALE

Le terme "autorité" vient du verbe latin "augere" signifiant "augmenter" et du mot "auctoritas" qui est la capacité d'augmenter,

de faire grandir (Champeaux-Rousselot, 2004). Ainsi dans la relation médecin-malade, l'autorité est une condition indispensable dans le sens qu'elle rassure les patients affaiblis par la maladie.

Selon Jean-Philippe Pierron, docteur en philosophie, « *idéalement, la relation de soin aurait pour enjeu une entière acceptation et adhésion de l'autre au projet thérapeutique lequel serait épousé de toute défiance ou suspicion. En somme, l'autorité posée et reposée sur la confiance* » (Bouet et alii, 2013).

Si l'on s'en réfère aux origines étymologiques du mot *autorité*, l'autorité représente ce qui encourage, favorise l'autonomie. Ainsi, « *l'obéissance à l'autorité n'est pas une aveugle soumission à un ordre mais une relation autorisante* » (Bouet et alii, 2013).

Pourtant, il semble qu'aujourd'hui ce terme ait une connotation plutôt négative, l'autorité symbolisant celui qui étouffe. Ainsi « *la dénonciation du paternalisme médical fait partie de ce mouvement de décrédibilisation de l'autorité devenue suspecte* » (Bouet et alii, 2013). Le patient, qui était considéré comme un "consommateur" sous tutelle, devient un consommateur rationnel.

Initialement, le patient n'est pas considéré comme un consommateur souverain car il est malade donc diminué dans ces capacités cognitives et parce qu'il existe une asymétrie d'information entre le médecin et le patient.

Plusieurs éléments, ces quinze dernières années, tendent à faire évoluer la relation de soin :

■ **Le développement de mouvement d'associations de patients** suite à l'affaire du sang contaminé, mettant en exergue qu'il peut y avoir des erreurs et remettant en cause le pouvoir médical. « *Ainsi est mise à mal une relation médecin-malade, très déséquilibrée et paternaliste, qui voyait le médecin, seul maître de son art et de son éthique, poser un diagnostic, délivrer un traitement et prendre en charge un malade qui n'avait*

à offrir que sa maladie et son espoir » (Belmas et Nonnis-Vigilante, 2013, p 11).

■ **L'accès à l'information.** Aujourd'hui le malade étant mieux informé sur sa maladie (source d'information multiple : internet, forum, etc.), il acquiert un savoir profane par opposition au savoir professionnel, ce qui lui permet de discuter de sa maladie, de ne pas abandonner sa souveraineté. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que l'accès à l'information ne signifie pas que celle-ci a été comprise. La recherche de l'information est avant tout "un besoin de réassurance" entraînant "une quête d'information" sachant qu' « *il y a des bénéfices et des risques dans cette quête* » (Belmas et Nonnis-Vigilante, 2013, p 77-80).

■ **L'évolution de la société vers une culture de résultat** et apparition d'une dimension judiciaire dans le domaine de la santé. « *On passe d'un encadrement éthique de la relation de confiance, à son encadrement juridique dans le contrat de soins* » (Pierron, 2007).

■ **La place du patient au sein des établissements hospitaliers.** Les ordonnances – dites Juppé – d'avril 1996 qui posaient les premières pierres d'une représentation des usagers et positionnaient pour la première fois le malade, la personne hospitalisée comme une source d'information sur la qualité de la prise en charge. En 2002, la loi sur les droits du patient vise à lutter contre l'asymétrie d'information dans la relation médecin-patient et prévoit la création de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC).

■ **La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires** du 21 juillet 2009 renforce la place de l'usager en prévoyant que la Commission Médicale d'Établissement (CME), en charge d'un programme d'actions relatif à la qualité des soins, la sécurité des patients et les

3. Annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

4. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

5. Haute Autorité de Santé. Élaboration d'un document d'information écrit à l'intention des patients et des usagers du système de santé. *Guide Méthodologique*. Paris, Haute Autorité de la Santé, 2005.

6. Module d'économie de la santé de M. Claude Le Pen, master 2 Économie de la Santé – Université Paris-Dauphine.



Les différents modèles de relation médecin-patient élaborés par Emmanuel et Emmanuel (1992)				
	Informatif	Interprétatif	Délibératif	Paternaliste
Valeurs du patient	Définies, fixées et communiquées au patient	En construction et conflictuelles, nécessitant une élucidation	Ouvertes à un développement et à une révision à travers un débat moral	Objectives et partagées par le médecin et le patient
Devoirs du médecin	- Fournir une information factuelle pertinente - Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	- Élucider et interpréter les valeurs du patient utiles - Informer le patient - Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	- Articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirables - Informer le patient - Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences qu'il exprime
Conception de l'autonomie du patient	Choix et contrôle du soin médical	Compréhension de soi utile au soin médical	Auto-développement moral utile au soin médical	Assentiment à des valeurs objectives
Conception du rôle du médecin	Expert technique compétent	Conseiller	Ami ou enseignant	Gardien, tuteur

conditions de leur prise en charge, tienne compte du rapport de la CRUQPC et consulte ses membres lors de l'élaboration de son programme d'actions.

On observe une mutation lexicale avec d'un côté les "Chartes des patients hospitalisés" et de l'autre "les droits de l'usager" révélant « une mutation dans la relation de soin, passant d'un arbitrage placé sous l'autorité de la tradition sociale et professionnelle à une régulation par la loi » (Pierron, 2007).

Ainsi, la loi cherche à encadrer la sphère médicale où, autrefois, la conscience professionnelle servait de guide. Mais la réglementation entraîne de fait une remise en question de l'autorité médicale. Les recommandations, les référentiels produits par les tutelles réduisent la marge de manœuvre et "l'intuition du soignant" pour tendre vers des conduites à tenir universelles, risquant de réduire la relation médecin-patient à l'application des protocoles, altérant les liens "affectifs" propres à cette relation. « *Le médecin-père du patient mute en médecin-pair de l'usager* » (Pierron, 2007).

Selon Weber (2003), on observe un « *glissement de l'insistance première sur le principe de bienveillance vers l'affirmation de la primauté du respect de l'autonomie* ».

→ VERS UNE DÉCISION MÉDICALE PARTAGÉE

S'intéresser à l'évolution du secret médical nous permet de mieux comprendre l'évolution de la relation médecin-patient allant vers un partenariat.

Hier, cette relation se construisait sur un modèle paternaliste qui s'est établi grâce à la mise en place du secret médical comme fondement de la relation de confiance entre le médecin et le malade. Le médecin détenait alors toute l'information.

Aujourd'hui, cette relation a évolué, le patient ayant des droits et devenant partenaire dans la prise de décision concernant le traitement de sa maladie. Le secret médical n'est alors « *plus un privilège du médecin mais est devenu un droit du patient* » (Pierron, 2007).

Mais attention, les droits du malade n'annulent en aucun cas le rôle du médecin. Ils le font évoluer, allant dans le sens de la décision médicale partagée.

Nous nous sommes intéressés aux différents modèles de relation médecin-patient élaborés par Emmanuel et Emmanuel (1992) et présentés dans le tableau ci-dessus issu de l'ouvrage *Four models of the physician-patient relationship*, afin d'essayer de comprendre en quoi peut consister la décision médicale partagée :

Le "modèle délibératif" apparaît comme le modèle idéal. Il comprend les principales étapes suivantes : délivrer de l'information au patient, donner son avis en tant que médecin, enfin, soumettre cet avis au débat en veillant à laisser le libre choix au patient.

Ainsi, ce partage de la décision peut se décliner en trois temps (Pierron, 2007) :

1 **Un moment délibératif.** Informer en proposant les différentes options possibles en s'assurant de la bonne

compréhension de ce partage d'information. Mais ce droit à l'information n'est pas simple à mettre en place.

Selon Sicard (2002, p 121-122). « *La médecine étant de plus en plus technique, la communication va donc privilégier les éléments objectifs, la communication de pièces l... L'information tombe dans cette béance entre la volonté légitime de savoir si sa prostate, son utérus, son cœur, son rein, son foie, son sang sont porteurs de maladie, et la réponse normative de la médecine qui propose une solution pour cet organe ou ces chiffres biologiques, et non pas nécessairement pour cette personne. Le danger inverse serait celui qu'on appelait le paternalisme médical, c'est-à-dire une médecine sensible à la compassion qui s'approprie la subjectivité du malade, risquant même parfois, pour ne pas alerter, de passer sous silence des informations importantes. Le malade a le droit de ne pas savoir, mais non d'être trompé ou laissé dans l'ignorance d'une information importante contre son gré* ».

Tout l'enjeu de la relation soignant-patient est aujourd'hui de mieux expliquer afin de mieux comprendre. Un patient est informé à partir du moment où il a reçu l'analyse du médecin permettant de donner du sens à l'information reçue.

2 **Un moment optatif.** Décider et se décider dans le cadre d'une relation de confiance "avisée".

3 **Un moment d'adhésion.** Agir et consentir,

Cette division de l'action de "partage de la décision" est reprise dans le code des droits du malade et déclinée en droits.

Mais la notion de droit ne permet pas de réduire le patient à un simple sujet de droit. La relation unique qu'est la relation de soin, où le malade génère une plainte vis-à-vis d'un médecin pour y répondre, est une relation de confiance mutuelle mais déséquilibrée. Le droit des malades (à l'information) permet d'apporter de l'égalité dans cette relation.

→ *La suite du projet concernant l'Évolution du concept de qualité dans le domaine de la santé, paraîtra dans le numéro de mars des DO (N° 456).*



Une nouvelle façon d'exercer en libéral L'exercice en Maison de Santé Pluri-professionnelle

→ **L'accessibilité aux personnes à mobilité réduite et la Nouvelle Loi de Santé portée par Marisol Touraine modifient profondément l'exercice libéral des professions de santé et de soins. Ainsi, l'obligation d'accessibilité des cabinets initiée en 2015 et les économies drastiques espérées en matière de santé favorisent le regroupement des professionnels en Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP).**

Plus qu'un cabinet de groupe, la Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) recentre la prise en charge sur le patient et son parcours de soin en stimulant la pluri-professionnalité. Les professionnels y exerçant travaillent donc en équipe, autour de la prise en charge globale et coordonnée des patients, dans le respect du projet de santé de la MSP dont ils sont tous signataires.

Qui dit "prise en charge coordonnée" dit "lien Ville-Hôpital favorisé", l'objectif étant bien sûr d'améliorer la prise en charge des patients mais aussi de réaliser des économies en organisant le parcours du patient, en évitant des consultations inutiles aux urgences, des hospitalisations ou en raccourcissant les séjours en structure s'il n'y a pas d'intérêt médical à les poursuivre.

La MSP constitue, avant tout, le premier recours et a pour socle fondateur au minimum 2 médecins généralistes et 1 paramédical. À partir de cette base, elle peut accueillir tous les professionnels de santé et de soins qui le souhaitent, même des médecins spécialistes qui constituent plutôt le second recours. Le tout est que

chaque professionnel trouve sa place dans le projet de santé de la MSP (projet rédigé et signé par toute l'équipe), et prenne les engagements qui vont de pair.

Si elle répond au cahier des charges établi par l'ARS (accessibilité aux personnes à mobilité réduite, horaires d'ouverture larges, plages de consultation d'urgence notamment pour les médecins généralistes, système d'informations partagées, réunions de coordination régulières...), la MSP ou plutôt la SISA (Société Inter-professionnelle de Soins Ambulatoires : structure juridique au sein de la MSP) pourra percevoir des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) par la Sécurité sociale. Ces NMR représentent une enveloppe budgétaire supplémentaire donnée à l'équipe pour rémunérer les réunions de coordination (staffs pluri-professionnels auxquels les professionnels concernés par le patient assistent), éventuellement un poste de coordinateur, des actions de prévention et/ou d'éducation auprès des patients de la MSP, etc.

Il est évident qu'en tant que professionnel médical, appartenant au premier recours, et depuis longtemps axées sur la prise en charge globale, les sages-femmes ont toute leur place au sein des MSP.

Elles peuvent non seulement apporter toute leur expertise auprès des femmes et des jeunes enfants mais aussi être moteurs/promoteurs d'une MSP et appartenir à la SISA donc décider avec l'équipe de la répartition et de l'utilisation des NMR.

L'appartenance à la MSP permet une meilleure visibilité des sages-femmes, facilite les échanges avec les professionnels libéraux en, ou hors, MSP et avec les structures de soins environnantes et



L'appartenance à la MSP permet une meilleure visibilité des sages-femmes, facilite les échanges avec les professionnels libéraux...



ainsi améliore non seulement l'activité mais aussi la qualité du travail des sages-femmes libérales auprès des patientes et de leur famille.

En mars 2015, la France comptait 617 Maisons de Santé Pluri-professionnelles. Les projets de création de MSP connus actuellement présagent d'une augmentation rapide pour porter leur nombre à plus de 1 000 structures fin 2016 et à plus de 12 000 MSP dans les prochaines années.

En sachant que la progression d'installation des sages-femmes en libéral est de 10 % par an, le sujet mérite qu'on s'y intéresse. D'ailleurs, Bertille Courtemanche, sage-femme, a réalisé son mémoire de fin d'études en 2015 sur les sages-femmes en MSP dans les départements du Nord. Son objectif était « *d'identifier les enjeux et les spécificités de l'exercice des sages-femmes libérales au sein d'une MSP et d'analyser la prise en charge coordonnée des patients* ». Son étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés montre que les Maisons de Santé Pluri-professionnelles présentent des attraits multiples pour les sages-femmes

PRÉSENTATION DE L'AUTEUR

Nathalie CHARBONNIER est Sage-Femme libérale, Co-Fondatrice de l'Association Espace Vie www.espacevie.fr

Promoteur de la MSP Les Allées, Membre du Comité d'Administration de FFMPs.



souhaitant exercer en libéral. En effet, les sages-femmes interrogées s'entendent à dire que « *cet exercice apporte un confort d'exercice incomparable avec celui d'un cabinet seul, bien qu'il présente aussi des inconvénients tels que l'investissement [...] personnel nécessaire au montage d'un projet de santé commun, à une bonne coordination pluri-professionnelle et à la mise en œuvre d'actions de prévention. Parallèlement, il est clairement démontré que ce mode d'exercice a un impact sur l'activité des sages-femmes. Globalement, les sages-femmes exerçant en MSP remarquent une évolution du type d'actes réalisés voire une augmentation globale de leur activité, attribuées notamment à une meilleure visibilité de leur profession et de leur champ de compétences* ».

Bertille Courtemanche conclut son étude sur le fait qu' « *à long terme, l'exercice coordonné devrait participer à la consolidation du système de santé autour de la périnatalité en permettant une meilleure accessibilité et qualité des soins pour la population* ».

Les mutations du système de santé sont en marche et les sages-femmes ont tout intérêt à y participer activement dans l'intérêt de la profession et des patients.

Pour information, chaque année, en mars, la FFMPS (Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé) organise ses journées nationales. Chaque année depuis 3 ans, un atelier est dédié à la périnatalité et est animé par une ou des sages-femmes exerçant en Maison ou Pôle

de Santé. C'est à cet endroit qu'il faut être si on veut comprendre les enjeux pour les professionnels de santé libéraux, mesurer l'engouement et le dynamisme des équipes partout en France et apprécier le bénéfice pour les patients.

5^e ÉDITION DES JOURNÉES NATIONALES DE LA FFMPS

Les 11 et 12 mars 2016

Au Centre des Congrès
PROUVE de Nancy

Inscription et programme disponibles sur le site de la FFMPS
www.ffmps.fr

Féminité, maternité: quand la pudeur se dévoile...

LES JEUDI 17 ET VENDREDI 18 MARS 2016

PROGRAMME

— JEUDI 17 MARS 2016 —

	Matinée - Regard des soignants, regards culturels
9h00	Introduction aux journées – Bernadette de GASQUET, Directrice Scientifique du Colloque, Médecin et Professeur de Yoga (Paris)
9h15	La pudeur féminine: l'œil du médecin Jean-Claude BOLOGNE, Écrivain, Conférencier (Belgique)
9h55	Échanges avec le public
10h10	Pause/Exposition
10h30	Les habits d'Adam et Ève. Réflexions sur la pudeur, influence de la religion. Gemma DURAND, Gynécologue (Montpellier)
11h10	Échanges avec le public
11h25	Quelques brèves du salon de beauté: à poil ou sans poil? Manuela DC TAVARES, Esthéticienne (Paris)
12h00	Pause déjeuner
	Après-midi - Pudeurs et impudeurs...
14h00	Quelques mots du Professeur René FRYDMAN
14h00	Pudeur et cultures en obstétrique: un impossible respect? Ghada HATEM, Gynécologue (Saint Denis)
14h40	Échanges avec le public
14h50	Pudeur et impudeurs de l'allaitement Marie THIRION, Pédiatre (Provence)
15h30	Échanges avec le public
15h40	Pause/Exposition
16h00	Pudeur et nudité en famille Lyliane NEMET-PIER, Psychologue Clinicienne, Psychanalyste (Paris)
16h40	Échanges avec le public
17h00	Fin de la journée.

www.anthea.fr

LIEU

MAS - 10, rue des Terres au Curé
Paris 13^e

RENSEIGNEMENTS/INSCRIPTIONS

Secrétariat du Congrès Formation
ANTHEA - Ilot de l'Horloge
1 Rue Dou Fabriguié - BP 219
83006 Draguignan Cedex
Tél 04 94 68 98 48 - Fax 04 94 68 28 74
contact@anthea.fr

— VENDREDI 18 MARS 2016 —

Matinée

8h45	Les participants sont séparés en deux groupes au cours de la matinée
à 10h30	• Ateliers pour la 1 ^{re} moitié des participants (groupe 1) Dépasser sa pudeur et s'exposer au regard et au toucher... 2 ateliers au choix par personne – Durée d'un atelier: 40 mn. <i>Une tenue souple pour un travail au tapis est recommandée. Prévoir également un foulard ou un paréo</i>
11h-12h30	• Atelier "Initiation danse orientale" avec Élise Alexine, Professeur de danse • Atelier "Yoga Thaï, postures à deux" avec Bernard Marck, Kinésithérapeute, spécialiste des massages Thaï • Atelier "Travail avec les boules de geisha" avec Sophie Frignet, Sage-femme, spécialisée dans la rééducation périnéale • Plénière pour la 2 ^{re} moitié des participants (groupe 2) Les paradoxes culturels: une intimité partagée? Table ronde réunissant Yuki Charrin (Japon), Raja Gharbi (Maroc), Claudine Hatab (Israël)
12h30	Plénière pour le groupe 1 et Ateliers pour le groupe 2. Pause Déjeuner
14h00	Après-midi - La pudeur: les mots pour en parler, l'art de la montrer...
14h40	La pudeur de l'entretien Martin WINCKLER, Médecin, Romancier, Essayiste (Canada)
14h50	Échanges avec le public
15h30	Confidences intimes Brigitte LAHAIE, Animatrice radio, Sexothérapeute (Paris)
15h40	Échanges avec le public
16h00	Pause/Exposition
16h40	<i>Cachez ce sein!... Les peintres au défi de la pudeur - De Botticelli à Niki de St Phalle</i> Christian LOUBET, Professeur d'Histoire de l'art et des mentalités (Nice)
16h50	Échanges avec le public
17h00	Conclusion des journées – Bernadette de GASQUET Fin des Rencontres.

**PUBLICATION AU JOURNAL OFFICIEL DU 17 DÉCEMBRE 2015****de l'arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du Développement Professionnel Continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018.**

Cet arrêté comporte trois annexes.

■ **L'ANNEXE I** présente les orientations s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé:

1. Renforcer la prévention et la promotion de la santé,
2. Faciliter au quotidien les parcours de santé,
3. Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé.

■ **L'ANNEXE II** liste les orientations définies par profession de santé ou spécialité, sur la base des propositions des conseils nationaux professionnels ou, en leur absence, des représentants de la profession ou de la spécialité:

1. Professions médicales,
2. Biologiste médical (médecin, pharmacien),
3. Professions de la pharmacie,
4. Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture,
5. Exercice en équipe.

■ **L'ANNEXE III** est consacrée aux orientations nationales applicables aux professionnels de santé du service de santé des armées.

Les orientations retenues spécifiquement pour les sages-femmes sont:

• **ORIENTATION N° 1.** Consultation de contraception et de suivi gynécologique

de prévention par la sage-femme (dépistage des cancers et des infections sexuellement transmissibles, vaccination).

• **ORIENTATION N° 2.** Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse par la sage-femme.

• **ORIENTATION N° 3.** Les patients en situation de vulnérabilité: repérage, accompagnement et orientation des femmes, des enfants et des couples (précarité sociale, addictions, troubles psychiques, violences, antécédents médicaux, maladie et handicap).

• **ORIENTATION N° 4.** Handicap et deuil périnatal dans la pratique de la sage-femme.

• **ORIENTATION N° 5.** Diagnostic anténatal dans la pratique de la sage-femme, y compris l'échographie.

• **ORIENTATION N° 6.** Douleurs de la grossesse et de la parturition: prise en charge pharmacologique et non pharmacologique.

• **ORIENTATION N° 7.** Éducation et rééducation dans le cadre de la prise en charge des troubles pelvi-périnéaux de la femme.

• **ORIENTATION N° 8.** Accompagnement de l'allaitement maternel.

Le grand livre de ma grossesse

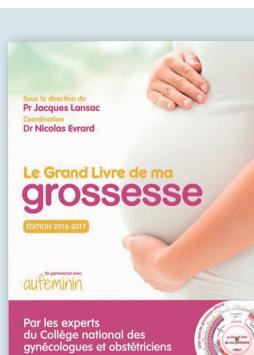
● Sous la direction du Pr Jacques Lansac
Coordination par le Dr Nicolas Evrard

Pour la sixième année consécutive, les experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), en étroite collaboration avec le groupe aufeminin, compilent leur savoir pour le rendre accessible à toutes. Véritable mine d'informations concrètes et rassurantes, ce livre a été conçu pour permettre aux femmes de vivre pleinement la merveilleuse aventure de leur grossesse. Les spécialistes du domaine (gynécologues, sages-femmes, pédiatres, pédopsychiatres, acupuncteurs, homéopathes...) répondent à toutes les questions qu'elles se posent.

Revue et actualisée, l'édition 2016-2017 compte près de 500 pages, 140 schémas explicatifs, 45 échographies analysées, de nombreux témoignages et conseils de mamans, 20 vidéos (accessible gratuitement via un smartphone sur le site aufeminin) et s'enrichit des nouvelles recommandations des autorités de santé.

Les lectrices y trouveront en bonus un disque de grossesse offert.

Éditions Eyrolles
496 pages - 24,90 €
Date de parution: 01/01/2016 (6^e édition)
EAN13: 9782212563399

**COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 14 DÉCEMBRE 2015****DOSSIER DÉCLENCHEMENT
L'importance cruciale de l'information et du consentement**

Le CIANE publie un **dossier consacré au déclenchement** à partir de son enquête permanente sur l'accouchement.¹

Le déclenchement a été envisagé chez un nombre important de femmes: 40,5 % des primipares, 36,3 % des multipares. En définitive, il a été pratiqué chez 27,1 % des primipares et 20,7 % des multipares. Les principales raisons invoquées sont le dépassement de terme (33 % en 2013/2014) et d'autres raisons médicales (63 % en 2013/2014): l'organisation des services et la convenance personnelle n'apparaissent que de manière marginale.

La proportion de césarienne en cours de travail est nettement augmentée pour les accouchements déclenchés (22,8 % entre 2008 et 2014/9,5 % pour les accouchements spontanés).

Le vécu des femmes, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique est détérioré de manière sensible pour les accouchements déclenchés: de 30 à 31 % des femmes disent avoir très mal ou mal vécu leur accouchement dans le cas d'un déclenchement, alors qu'elles ne sont que 18 à 19 % pour les accouchements spontanés.

Mais le point le plus remarquable de cette étude est qu'elle permet de mettre en relation le vécu de l'accouchement déclenché avec le respect (ou non) des obligations d'information et de consentement. En effet, les femmes qui ont reçu une information sur le déclenchement ont vécu leur accouchement déclenché de manière très similaire aux femmes dont l'accouchement a été spontané: 22 % l'ont mal ou très mal vécu contre 19 % pour les accouchements spontanés. À l'opposé, celles qui n'ont pas été informées sont 44 % à l'avoir mal ou très mal vécu. Les résultats sont similaires sur la question du consentement.

Sur ce point, force est de constater que, malgré quelques progrès ces dernières années, on est encore loin du compte: **seules 58 % des femmes** dont l'accouchement a été déclenché entre 2008 et 2014 **disent avoir reçu une information préalable** et s'estre vu demander leur consentement. 15 % n'ont pu bénéficier ni d'information, ni d'une demande de consentement, 14 % ont seulement reçu de l'information et 14 % ont seulement pu donner leur consentement.

L'information préalable, la demande de consentement et le respect des souhaits exprimés demeurent des priorités pour les années à venir: non seulement parce que c'est la loi (ce qui devrait être suffisant), mais parce que cela a un fort impact sur le vécu des femmes!

Pour télécharger le dossier

<http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/12/Enquete-du-Ciane-n9-declenchement.pdf>

1. 18648 réponses ont été analysées qui concernent des accouchements ayant eu lieu en milieu hospitalier entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2014 et pour lesquels une voie basse a été tentée (pas de césarienne programmée).



Retour sur l'affaire de la thalidomide en France et en Belgique

L'année 2016 marque le soixantième anniversaire du lancement de la thalidomide, un médicament qui eut pour conséquence, de 1956 à 1963, d'induire la naissance de dizaines de milliers d'enfants souffrant de malformations. Depuis cette dramatique affaire, la vigilance est de mise lorsqu'il s'agit de prescrire des produits pharmaceutiques durant la grossesse. L'année 2016, marque aussi, et de fait, le soixantième anniversaire des victimes de la thalidomide et sans doute cette année ouvrira un nouveau chapitre dans leur vie car ces dernières souffrent désormais de maux spécifiques qui nécessitent des soins et des aides particulières. Au Canada par exemple, le gouvernement fédéral commence cette année le versement d'aides réévaluées pour soutenir les besoins nouveaux des victimes canadiennes de la thalidomide¹.

Dans ce présent texte, nous nous proposons de prolonger notre réflexion sur le drame de la thalidomide entre 1956 et 1964 par une double approche, à savoir, en étudiant d'un côté le cas de la France qui ne l'a pas autorisé sur son sol et de l'autre, le cas de la Belgique qui a autorisé la mise en vente sur son marché, de la thalidomide².

LE 10 JUILLET 1956, LA THALIDOMIDE EST MISE SUR LE MARCHÉ EN RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE D'ALLEMAGNE

A près des années de recherche, la thalidomide, développée par le laboratoire pharmaceutique allemand Grünenthal, reçut du ministère de la Santé de la RFA son autorisation de vente sur le marché allemand, le 10 juillet 1956 et fut commercialisée en Allemagne le 1^{er} octobre 1957 comme antitussif et antiémétique³. Puis, la thalidomide fut autorisée dans de nombreux autres pays. L'empressement de la Grünenthal pour mettre sur le marché la thalidomide dans un maximum de pays et dans un minimum de temps s'expliquait par les gains colossaux qu'il y avait à la clef. À titre de comparaison, en 1955, cinq millions de patient(e)s reçurent de la chlorpromazine, un neuroleptique montrant des effets secondaires importants⁴.

Dès sa mise sur le marché, les effets "réconfortants" annoncés de la thalidomide étaient conformes aux attentes des consommateurs. Max Nicet, au sujet de la valorisation des tranquillisants développés par les compagnies, indiquait : « *Le client a appris l'existence des*

"drogues miracles" par ses amis et, souvent, par son journal. Il les réclame, parce qu'elles ont, dit-il, fait merveille chez quelqu'un qu'il connaît. La publicité réalise des "effets placebo" qui expliquent une efficacité initiale. Les notices jointes aux flacons les confirment. »⁵

LE CAS FRANÇAIS

Dans le concert des nations qui mirent sur le marché la thalidomide, la France fait figure d'exception. En effet, si les Français houssillaient les pratiques tatillonnes des fonctionnaires du ministère de la Santé, leurs manœuvres mesurées ont fonctionné à plein et ont permis d'épargner l'Hexagone du drame de la thalidomide. Rappelons que la France introduisit très tôt une notion de "pharmacovigilance". Dès la loi du 3 mars 1822, nous trouvons les termes "agence sanitaire" avec l'idée d'imposer des mesures de veille, mais ce n'est qu'en 1978, après le drame de la thalidomide, que fut créée la Direction de la Pharmacie et du Médicament⁶.

Les autorités françaises firent donc figure d'exception en ne délivrant pas l'autorisation de mise sur le marché à la thalidomide. À cette occasion, Jacques Delong eut ces mots « *La révolution de 1789, en abolissant les corporations, supprime ce contrôle sans lui substituer, au nom du libéralisme, nocif en matière de santé publique, une législation adaptée. Il a fallu attendre le début du siècle pour qu'un contrôle réel intervienne. Ce contrôle est relativement efficace pour les médicaments ayant fait l'objet d'un visa, en dépit de la malheureusement affaire du Stalinton, puisqu'il a permis d'éviter à notre pays les conséquences douloureuses de la thalidomide dont le nom est encore dans toutes les mémoires* ». ⁷

Bien que les mots de Jacques Delong résonnèrent longtemps dans la mémoire des Français, nombreux furent ceux qui n'entendirent pas les propos du docteur Workinger, chef du service central des hôpitaux en France qui déclara, à la grande surprise de tous, dans l'émission *Visa pour l'Avenir* de l'ORTF le 18 octobre 1962, « *Oui, j'ai accordé le visa à la thalidomide.* »⁸

>

1. www.lapresse.ca

2. Cet article est un prolongement des articles "Retour sur le drame de la thalidomide sur le continent américain", parties 1, 2 et 3 publiés dans Les Dossiers de l'Obstétrique des mois de septembre, octobre et novembre 2014.

3. À cette époque, la lutte contre les nausées et les vomissements du début de grossesse était dévolue au *Bendectin* vendu dès 1956 aux États-Unis et sous le nom *Debendox* en Grande-Bretagne dès 1958. Nous ne savons pas à qui était vendu le *Bendectin*, mais un témoignage tardif de John Man du journal *Toledo Blade* du 25 novembre 1967 écrivait au sujet de l'origine sociale des consommatrices de thalidomide: « *Les femmes qui prirent la thalidomide venaient de familles au niveau socioculturel élevé* ». Lire Jérôme Janicki, *Histoire d'une erreur médicale: la thalidomide*. Les Génies de la Science, novembre 2004-février 2005, 21, pp. 20-23.

4. <http://www.vidal.fr/substances/943/chlorpromazine/>

5. Max NICET, *Drogues et tranquillisants*. 1962, p. 120.

6. Didier Tabuteau, *La sécurité sanitaire, réforme institutionnelle ou résurgence des politiques de santé publique?* Sèvres. Les tribunes de la santé, 16, 2007, pp. 87-103 et Jérôme Janicki, *Histoire des travaux scientifiques qui ont permis de découvrir les causes des malformations congénitales*. Les Dossiers de l'Obstétrique, août-septembre 2011, 407, pp. 32-37.

7. Jacques Delong (1921-2012) fut tour à tour pharmacien et homme politique français.

8. Claire Secail, *Se saisir d'une émotion morale pour interroger le contrôle du médicament. L'affaire de la thalidomide à la TV française à partir du procès de Liège (1962)*. Le Temps des Médias, 2014, 23, pp. 96-113.



Si les commentateurs ont longtemps considéré que la France avait été sauvée par les lenteurs administratives, cette dernière déclaration modifia les points de vue⁹.

GÉRER LES PSEUDO-VICTIMES FRANÇAISES DE LA THALIDOMIDE?

De nos jours, la détermination de quelques Français qui se disent "victimes de la thalidomide" n'est pas entamée. Dans un blog intitulé *Itinéraire d'un enfant des années thalidomide*, alimenté par un dénommé "merlin1961", le blogueur rappelle, dans un article publié le 28 mai 2006, que le Docteur P., expert dans un service de rééducation orthopédique et traumatologique infantile français, indiquait : « *Selon lui, la thalidomide a bien touché la France* ».

Il y a bien des personnes qui nous persuadent sur différents blogs français qu'elles sont des victimes de la thalidomide. C'est le cas d'un certain "Lilas blanc" qui, sur le site www.atoute.org écrivait : « *Bonjour, victime de la thalidomide dans les années 60 en France, j'aimerais entrer en contact avec des victimes ou parents de victimes ayant été confrontées au même problème.* » Il – ou elle – ajoute en octobre 2005 le commentaire suivant : « *le médicament entrait sur le territoire en attente d'une officialisation* ».

Faut-il comprendre *sous la forme d'échantillons*? Une perspective à laquelle nous adhérons volontiers est sans doute tracée. Des preuves encore plus contemporaines portent l'empreinte de l'existence de victimes en France. En septembre 2010, Jean-Jacques Lefrère et Patrick Berche admettaient, dans un article publié dans *La presse médicale* : « *Quelques cas de malformations néonatales sont ainsi survenus en France, mais en nombre infime par rapport aux pays voisins* »¹⁰.

LE DRAME DE LA THALIDOMIDE PERMET À LA FRANCE D'ENTRER DANS UNE PHASE DÉCISIVE DE RÉNOVATION DU DOMAINÉ DE LA RÉADAPTATION MÉDICALE

Faut-il s'étonner toutefois que le drame ait permis à la France de lever de nouveaux défis dès 1963? Absolument pas. En effet, la catastrophe de la thalidomide a d'abord permis d'accélérer le projet de création d'un grand centre de réadaptation sur le sol national. L'ordonnance du 11 décembre 1958, prise par le ministère de la Santé, figurant dans la grande réforme de la législation hospitalière, inscrivait la réadaptation parmi les prérogatives majeures des hôpitaux. Le décret d'application du 3 août 1959 précisait qu'il fallait créer « *un établissement hautement spécialisé apte à répondre aux besoins de réadaptation médicale en matière de soins, d'enseignement et de recherche* ». En 1961, il s'agissait, dans l'esprit de ses auteurs, de reconvertis l'Établissement National de Convalescents de Saint-Maurice pour créer un Centre national de Réadaptation de 400 lits¹¹. À la fin de l'année 1962, le processus de l'innovation en matière de mise en place de structure de réadaptation passa aussi par l'action de Denise Legrix (1910-2010), une jeune femme née sans bras et sans jambes. En effet, elle rassembla, avec l'aide de généreux donateurs, 40 millions de nouveaux francs qu'elle remit au ministre de la Santé publique en 1963 pour créer un centre de réadaptation pour les enfants et les adultes.

Ensuite, les années soixante renvoient l'image d'une nouvelle étape dans la prise en charge des personnes handicapées. Ainsi, les familles d'enfants ayant un handicap se manifestèrent en France à la suite de l'affaire de la thalidomide pour réclamer de nouvelles structures d'aide bien que ces dernières existaient déjà. Rappelons que le premier centre d'assistance par le travail mis en place par l'Association Recherche Handicap et Santé Mentale (ARHM), basé

à Lyon ouvrit ses portes le 1^{er} mars 1960¹² et ouvrit une annexe à Ecully en 1962 pour répondre aux demandes de plus en plus nombreuses des familles d'enfants handicapés¹³.

Par ailleurs, en France, au lendemain de l'affaire de la thalidomide, grâce aux dons des auditeurs de *Radio Luxembourg* qui lança un appel de fonds dans le cadre de l'opération *Espoir* chapotée par Jean Luc, le directeur de RTL et administrateur du CFDJ (Centres Familiaux des Jeunes), une somme d'argent conséquente fut collectée et permit d'élargir l'offre d'accueil pour personnes handicapées physiques et de réaliser un centre de rééducation. L'année suivante, en 1964, l'association CFDJ prit le nom *Espoir/CFDJ*¹⁴.

Enfin, disons que la France surveillait depuis longtemps les naissances d'enfants difformes et tenait compte des observations pour en tirer des conséquences immédiates. Citons par exemple, la préservation à la Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine (BIUM) de Paris de la thèse en médecine de Christian Roux, soutenue en 1946 et qui s'intitulait *Des malformations congénitales à la maternité de Dijon* (étude statistique avant et après 1939).

UNE HISTOIRE DE LA THALIDOMIDE EN BELGIQUE

Aujourd'hui, la Belgique n'en finit pas de discuter sur la façon dont il faut indemniser les victimes de la thalidomide. Le 9 juillet 2014, M^{me} Catherine Fonck déposait à la Chambre des Représentants de Belgique une proposition de résolution en vue d'une reconnaissance des personnes victimes de la thalidomide.

Dès novembre 1962, au lendemain du procès dit "de la thalidomide" (affaire de la famille Vandeput) qui se tint à Liège en novembre 1962, de graves dissensions apparurent entre un grand nombre de Belges et Joseph Custers, le ministre de la Santé, qui se rendit impopulaire en tardant à agir avec force pour retirer le Softenon¹⁵.

Émile Stiernet, dans le journal belge *Le Peuple* du vendredi 8 juin 1962, résumait honnêtement le comportement du ministère de la Santé. Dans son article, après avoir expliqué comment s'était effectué le retrait de la thalidomide du marché en Allemagne, l'auteur poursuivait : « *On sait que chez nous (NDLR : en Belgique), ce n'est que beaucoup plus tard que le ministre de la Santé publique, M. Custers, fit paraître une circulaire invitant les pharmaciens à retirer le Softenon (thalidomide en Belgique). La circulaire ne faisait cependant pas mention du danger que le médicament pouvait faire courir. La presse ne fut d'ailleurs jamais priée d'attirer l'attention du grand public sur le médicament qui fait des monstres* ».

Pour attester ces dires, aussitôt, les inspecteurs de la police judiciaire se rendirent dans les pharmacies de Liège et achetèrent sans souci des flacons de Softenon. Le journal belge *Le Peuple* demanda donc au ministre Custers d'agir sans délai pour faire retirer les flacons de Softenon et d'avertir par tous les moyens les médecins, les hôpitaux et les pharmaciens.

Le prédécesseur au ministère de Joseph Custers, Paul Meyers (1921-2011), fut aussi "intimement" lié à l'histoire de la thalidomide en Belgique. Toutefois, bien que Paul Meyers fût ministre de la Santé du 6 novembre 1958 au 3 septembre 1960 dans le gouvernement Gaston Eyskens III et jusqu'au 25 avril 1961 dans le gouvernement Gaston Eyskens III bis, il ne fut jamais mis en cause. Bien que ce fut sous son ministère que fut donnée l'autorisation de mise sur le marché de la thalidomide, il demeura dans la mémoire de tous, l'initiateur en Belgique de la commission des spécialités pharmaceutiques, commission qui avait pour but de surveiller l'enregistrement des spécialités nouvelles et d'en évaluer leur toxicité. Même dans les heures les plus noires du drame de la thalidomide en Belgique, le rayonnement et le lustre de Paul Meyers furent tels que certains proposèrent qu'il reprenne sans tarder sa fonction de ministre de la Santé.



À l'instar de la plupart de ses collègues, le ministre Joseph Custers fut "reconnu coupable" de n'avoir pas été plus efficace. Souvenons-nous que le Docteur Danner, le chef du service de l'Hygiène du gouvernement de Bonn, déclarait l'avoir averti en novembre 1961 du danger que représentait la thalidomide. Ce vif reproche fut répété à de nombreuses reprises dans les colonnes du journal belge *Le Peuple*. Sans grande cohérence dans l'action, le ministre Custers ne prit très probablement pas au sérieux cette annonce et n'hésita pas plus tard à dire qu'il n'y avait aucune preuve formelle que le Softenon (thalidomide en Belgique) soit la cause principale des malformations congénitales. Bon gré mal gré, il poursuivit sa mission et veilla de prêt au devenir des enfants de la thalidomide belges.

Lors de l'examen du budget en décembre 1962 devant la commission de la Santé publique et de la Famille de la Chambre, le ministre communiqua sur la situation des bébés Softenon en Belgique. « *Il faut adapter, disait-il, la législation qui, en Belgique, comme sur le terrain international, est insuffisante. Des arrêtés ont déjà été pris et notre pays, d'autre part, coopère à toutes les initiatives internationales et aux échanges d'informations. Les responsabilités des fabricants, des médecins, des pharmaciens et du pouvoir doivent être précisées. D'après les résultats d'une enquête sérieuse faite chez tous les médecins belges, dit-il, il y aurait une vingtaine de cas dans notre pays. Nous devons aider ces victimes, ainsi que les autres enfants atteints de malformations, financièrement d'abord, mais aussi sur le terrain de l'information : les parents doivent savoir qu'un secours médical est possible, notamment au moyen de prothèses.* »

En Belgique, la confiance en la thalidomide vola en éclats principalement grâce au travail des journalistes qui furent d'excellents lanceurs d'alerte. Par exemple, le journal *Le Peuple* du vendredi 8 juin 1962 mit à la Une la photo de deux boîtes de Softenon en titrant en gros caractères « *Le médicament qui fait des monstres est toujours vendu en Belgique* » et le 10 juin 1962, un cas criant fut dénoncé par Gaston Bunnens qui écrivait dans *Le Peuple* : « *Nous avons signalé aussi qu'une infirmière – qui est fort heureusement lectrice de notre journal – a trouvé dans la pharmacie de la clinique où elle travaille, trois bouteilles de sirop Softenon et vingt tubes de comprimés.* »

Après les annonces de la presse, le ministre Joseph Custers mit en place un nouveau cadre en matière de mise sur le marché des nouveaux médicaments. Le 12 juin 1962, le ministre prit un arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 6 juin 1960 relatif à la fabrication des médicaments et modifia notamment son article 37. Il stipulait : « *Le ministre de la Santé publique et de la Famille peut, par arrêté motivé, au cas où il existe des raisons d'estimer qu'une spécialité pharmaceutique est nocive pour la santé, soit soumettre la dispensation de cette spécialité à une prescription médicale, soit en interdire la vente pour une période de trois mois. Dans ce dernier cas, la Commission des Spécialités est saisie d'office de cette décision, laquelle entraîne suspension de l'enregistrement. À la demande de la Commission, le délai d'interdiction peut être prorogé, par arrêté motivé, pour une ou plusieurs périodes de trois mois. Sur avis conforme de la Commission des Spécialités agissant d'initiative ou saisie à sa demande, le ministre de la Santé publique et de la Famille interdit définitivement la vente d'une spécialité pharmaceutique reconnue nocive pour la santé ou dénuée d'efficacité thérapeutique. Cette interdiction entraîne la radiation de l'enregistrement.* »

Les dérives du système de vigilance belge furent aussi jugées par un groupe de femmes politiques. Le 13 juin 1962, le journal *Le Matin* annonçait que des femmes députées s'inquiétaient des manquements du ministre. L'article indiquait : « *M. Théo Lefèvre, premier ministre, a reçu, mardi en fin d'après-midi, Mesdames Vanderveken, Fontaine-Borguet, Schroyens, Copée-Gerbinet, Lambert et Prince, membres de la chambre des représentants. À l'issue de* »

l'entretien, les femmes députées socialistes ont déclaré, qu'émues elles avaient alerté le chef du gouvernement à la suite de la carence du ministre de la Santé publique en ce qui concerne l'interdiction de la vente du Softenon et à la suite du drame de Liège. Elles ont rappelé que, déjà, lors de l'examen du budget de la Santé publique, elles avaient prié M. Custers, au cours d'une interpellation, de faire retirer le médicament de la circulation. Jusqu'à présent, aucune mesure n'a été prise ni pour le retirer, ni pour mettre le public en garde. Elles ont demandé au gouvernement s'il n'était pas armé pour prendre des mesures immédiates, et ont souligné que rien n'avait été fait après leur interpellation. Le Premier ministre a répondu à ses interlocutrices qu'il allait se mettre en rapport avec son collègue de la Santé publique afin de voir s'il est armé pour prendre des mesures. »

Le mercredi 13 juin 1962, à l'issue d'échanges verbaux musclés précités entre M. De Grauw et le ministre Custers, le ministre s'adressa en sortant de la réunion de la Commission de la Santé publique de la Chambre aux journalistes et déclara : « *J'ai expliqué à la commission les origines de l'émotion provoquée par l'absorption de Softenon. Jusqu'à présent, sur le plan scientifique, il n'y a aucune certitude au sujet de ce produit. Il s'est créé une forte émotion à laquelle il faut réservé un certain écho. J'ai essayé de faire cela en prenant un arrêté royal qui permettra au ministre de la Santé publique de prendre des mesures de sauvegarde dans le cas où des indications existeraient, montrant que tel ou tel médicament aurait peut-être un caractère nocif.* »

Trois mois passèrent et le Softenon faisait toujours parler de lui en Belgique. Le 21 septembre 1962, le quotidien bruxellois *Le Soir* annonçait : « *L'interdiction de la vente des médicaments à base de thalidomide est prolongée de trois mois.* »

*Le Moniteur*¹⁶ du 20 septembre 1962 publiait l'arrêté. « *23 août 1962 – Arrêté ministériel portant prorogation de l'interdiction provisoire de l'interdiction provisoire de la vente de spécialités pharmaceutiques à base de thalidomide. Le ministre de la Santé publique et de la Famille, vu l'arrêté royal du 6 juin 1960 relatif à la fabrication, à la préparation et à la distribution en gros des médicaments et à leur dispensation, modifie par l'arrêté royal du 10 février 1961 et* »

9. Ainsi, si nous prenons le cas de la mise sur le marché des contraceptifs, Sophie Chauveau montre que la crainte des effets secondaires reste une inquiétude des autorités qui tardent à les autoriser (*Les espoirs déçus de la loi Neuwirth*. Clio, 18-2003, Mixité et coéducation, p 223-239). Après avoir indiqué que sous couvert d'indications thérapeutiques en 1960 la pilule se vendait bien en France, l'auteure précise : « *En dépit de ce volume de prescriptions, l'administration ne veut pas encore prendre de décisions sur les conditions de délivrance des AMM (autorisation de mise sur le marché) pour les contraceptifs. Deux raisons sont alors invoquées : l'évaluation difficile des effets secondaires, faute de recul, et la définition du protocole de l'examen médical préalable à toute prescription. [...] En avril 1970, quatre spécialités pharmaceutiques reçoivent un avis favorable à leur commercialisation comme contraceptif oral. Les procédures mises en œuvre par les pouvoirs publics ont dû décourager les candidats.* »
10. C'est un lieu commun que d'affirmer que les Français ont eu l'occasion de croiser des victimes étrangères dans l'Hexagone. Ainsi, en août 1982 eut lieu à Dieppe, la commémoration du quarantième anniversaire du raid canadien sur la ville. À cette occasion, la Légion Canadienne choisit pour ce *Remembrance Day* des personnes ayant des handicaps divers dont Manon Sabourin de Trois Rivières qui est victime canadienne de la thalidomide.
11. <http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/>
12. <http://www.arhm.fr>
13. Consultez la brochure de l'ARHM intitulée *60 ans d'innovation au service des personnes malades et handicapées*.
14. <http://www.espoir-cfdj.fr/>
15. Jérôme Janicki, *Quand des événements tragiques provoquent une émotion générale forte ou en marge du procès du Softenon à Liège, les manifestations liégeoises de novembre 1962*. Les Dossiers de l'Obstétrique, février 2015, 445, pp. 38-42.
16. *Le Moniteur* belge correspond au *Journal Officiel* français.



par l'arrêté royal du 12 juin 1962 ; vu l'arrêté ministériel du 14 juin 1962, portant interdiction provisoire de la vente de spécialités pharmaceutiques à base de thalidomide. Considérant que la Commission des Spécialités demande la prorogation du délai d'interdiction pour une nouvelle période de trois mois, aux fins de fonder son avis sur une documentation suffisante, arrête : article 1^{er}, la vente des spécialités pharmaceutiques dénommées "Softenon", "Noctosediv" et "Enterosediv" est interdite pour une nouvelle période renouvelable de trois mois, article 2, le présent arrêté entre en vigueur le 15 septembre 1962. Bruxelles, le 23 août 1962. »

LES AIDES VERSÉES AUX VICTIMES BELGES DE LA THALIDOMIDE

Après l'instauration des nouveaux arrêtés, se posa la question de l'aide à fournir aux jeunes enfants de la thalidomide. M. Saintrnat, député PSC, interrogea le ministre Custers sur la question des aides que le gouvernement entendait verser aux enfants de la thalidomide. Le ministre lui répondit : « *L'action de mon département en faveur des enfants anormaux se fonde essentiellement sur deux dispositions de la loi du 27 juin 1956, selon lesquelles le Fonds spécial d'assistance supporte entre autres : les frais d'entretien, du traitement et de l'éducation dans un institut spécial des enfants indigents atteints de troubles de l'intelligence ou du caractère et les frais d'entretien des indigents sourds-muets, aveugles ou estropiés atteints d'une infirmité grave et incurable, placés dans un institut spécial pour y recevoir l'instruction.* »

Ces aides furent donc étendues aux enfants du Softenon. La situation des thalidomiens – ou thalidomidiens – subit cependant une mue. On lit dans le procès-verbal du conseil des ministres du 10 avril 1963 tenu sous la présidence de M. Théo Lefevre, Premier ministre, l'exposé de M. Leburton, ministre de Prévoyance sociale, concernant un projet de loi instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. Il y fut question de la prise en charge des personnes ayant des malformations. Le procès-verbal n° 49 indique : « *Tous les commissaires se sont déclarés favorables à une extension rapide de l'assurance Soins de santé aux indépendants. Ils souhaitent que, la loi, une fois votée, le gouvernement fasse usage de la faculté, que lui confère l'article 22 du projet, de réaliser cette extension par arrêté royal. M. Leburton compte répondre à ce sujet que le gouvernement est également désireux de s'engager dans cette voie dès qu'il aura pu se former une opinion sur les différentes répercussions et implications financières d'une telle mesure. Il paraît en outre nécessaire de recueillir au préalable l'avis du Conseil supérieur des classes moyennes ainsi que celui du groupe de travail chargé de l'étude du statut social des travailleurs indépendants. [...] Plusieurs commissaires ont également insisté pour l'inclusion de certaines malformations congénitales dans la liste des maladies sociales.* »

En dépit du temps écoulé depuis la catastrophe de la thalidomide, rien ne put pardonner les erreurs du ministre Joseph Custers. Cinquante-cinq ans après, on s'émeut toujours de ses attitudes frileuses même si quelques progrès ont été acquis au lendemain du drame. Tout à leurs soucis, les victimes belges reconnaissent cependant que l'intense besogne des journalistes et du personnel politique a, avec plus ou moins d'amplitude, permis l'épanouissement d'une nouvelle façon d'autoriser la mise sur le marché des nouveaux médicaments.

Au lendemain de l'affaire de Liège (novembre 1962), le ministre Custers fit de nouvelles déclarations malheureuses et fut une nouvelle fois mis en accusation après des déclarations inappropriées à Aix-la-Chapelle. L'hebdomadaire liégeois *Combat*, dans son numéro du 8 décembre 1962, rappelait l'interprétation que fit de cet entretien le quotidien des syndicats chrétiens *La Cité* :

« *Qu'il nous permette cependant de trouver qu'il ne brille pas pour son sens d'opportunité. On s'en rendit compte déjà lors des débats parlementaires qui suivirent la découverte du drame de la thalidomide en Belgique. Cette fois, il aurait pu comprendre qu'il y avait quelque risque, pour un ministre belge, à parler, à l'étranger, fût-ce à ce titre personnel, de brûlants sujets d'actualité.* »

La rubrique "revue de presse" du journal belge *Combat* poursuivait en donnant l'avis du journal d'Anvers *La Métropole* : « *La lourde indélicatesse que l'on reproche, à présent au ministre de la Santé publique réveillera sans doute certains soupçons... et certaines critiques. Qu'un ministre aussi inefficient, n'agisse que pour commettre des erreurs aussi graves, voilà certes ce que l'opinion n'est plus disposée à admettre. Si, M. Custers était aussi "dur" dans son propre pays qu'à l'extérieur de ses frontières, sans doute n'aurait-il pas attendu l'interpellation de cet après-midi pour prendre une décision énergique et se retirer, sauvant le gouvernement* »¹⁷.

CONCLUSION

Cinquante ans après le procès, l'affaire continue comme un feuilleton, à faire débat sur Internet, des blogs français reproduisent des couvertures de magazines de l'époque... La conclusion revient à Gaston Bunnens du quotidien *Le Peuple* qui termine son article sur la thalidomide le 9-10 juin 1962 par ces mots : « *Le Softenon n'est pas un accident : c'est la conséquence directe d'une loi vétuste, mal faite et insuffisante (déclare la Ligue pour la Prévention du Cancer). Le ministre Custers a failli à ses devoirs les plus élémentaires. Il n'a plus qu'à s'en aller ! Mais, en attendant qu'il comprenne le danger auquel son incapacité a exposé de nombreuses familles qu'il était chargé de défendre [...] .* »

Du côté français, précisons que la France ne fut pas le seul pays à n'avoir pas donné l'autorisation de mise sur le marché à la thalidomide. La Pologne se mit aussi hors du monde de la thalidomide car elle ne lui permit pas d'être en vente dans ses pharmacies. Le professeur polonais Zbigniew Herman (1935-2010) précise que la thalidomide, comme en France, ne fut pas mise sur le marché en raison des lenteurs bureaucratiques. Il y eut cependant des échantillons importés, mais en très faible quantité, qui circulèrent sur le territoire national. De fait, lorsque les femmes polonaises découvrirent le drame, elles eurent un soupir de soulagement en découvrant qu'elles avaient été épargnées. Par leur pratique quotidienne, des professionnels de la médecine ont cependant observé des naissances d'enfants mal formés. Le professeur émérite de gynécologie et d'obstétrique de l'Académie de médecine de Silésie, le professeur Adam Cekanski, se souvient qu'au début de sa carrière à Bytom, il vit naître deux enfants avec des malformations causées par la thalidomide. Au début, pris de panique, il n'a pu donner une explication à ces bébés difformes, mais plus tard, il découvrit la cause en lisant la presse scientifique. Les femmes de Silésie rapportaient le Contergan d'Allemagne. D'autres sources indiquent qu'il y eut surtout des cas dans le sud de la Pologne.

17. *Combat* continua à utiliser l'affaire du Softenon pour procéder à d'autres comparaisons avec des affaires politiques désagréables.



AGENDA

AGENDA EN BREF

● 1^{er}- 2 FÉVRIER 2016

PALAIS DES ARTS
ET DES CONGRÈS
D'ISSY LES
MOULINEAUX (92)

14^{es} Journées du Collège
National des S-F.
"Recommandations et
bonnes pratiques en
maïeutique"
<http://www.cerc-congres.com>

● 12-14 FÉVRIER 2016

POITIERS

Journées de l'ANEST
(Jn'ESF & WEF)

● 10-11 MARS 2016

PARIS

Journées nationales
ANECAMSP (prématurité)
<http://www.cerc-congres.com>

● 17 MARS 2016

PARIS

Colloque ONSSF
<http://www.cerc-congres.com>

● 17-18 MARS 2016

PARIS 13^e- Maison des
Associations
Les Rencontres
Internationales Corps
et Cultures du Monde.
Thème : Féminité,
maternité : quand la
pudeur se dévoile...
<http://www.anthea.fr>

● 19-20 MARS 2016

PARIS LA VILLETTÉ
Cité des Sciences
et de l'Industrie
6^e Congrès international
d'Haptonomie.
"Haptonomie et
Prévention.
evenement@haptonomie.org
<http://evenements.haptonomie.org>

● 18-19 MARS 2016

GRENOBLE - Hôtel
Mercure Président
Colloque de l'ANSFL.
Thème : "Les sages-
femmes et l'argent".
<http://www.ansfl.org>

● 1^{er} AVRIL 2016

PARIS La Villette -
Cité des Sciences
Journée Internationale
de l'Allaitement
<http://www.journee-internationale-allaitement.fr>

● 20 MAI 2016

PARIS
Maternité Port-Royal
13^e Journée de
Médecine Fœtale.
Thème : "La fosse
postérieure - Les infections
fœtales - Innovations en
cytogénétique".
<http://www.materniteportroyal.fr/etudiant/fmc-colloques-seminaires/seminaires.html>

● 25-27 MAI 2016

SAINT-MALO (35)
44^{es} Assises nationales
des Sages-Femmes.
<http://www.cerc-congres.com>

● 6 JUIN 2016

PARIS
Journée thématique
du CNSF.
Thème : Le suivi de la
grossesse : rôle de la
sage-femme.
<http://www.cerc-congres.com>

● 8-9-10 SEPTEMBRE 2016

MARSEILLE
Congrès en gynécologie
"6^{es} Rencontres à
2 mains".
<http://ra2m.fr>

● 12-14 OCTOBRE 2016

CLERMONT-FERRAND
(63) - POLYDOME
46^{es} journées de la
Société française de
Médecine Périnatale.
<http://www.cerc-congres.com>

● 13-14 OCTOBRE 2015

PARIS 12^e
Espace Reuilly
Journées Post-
Universitaires des sages-
femmes 2016

FORMATIONS

19 ET 20 MARS 2016

VI^e Congrès
International
d'Haptonomie

CIRDH FRANS VELDMAN
9 BIS VILLA DU BEL AIR
75012 PARIS

CITÉ DES SCIENCES PARIS LA VILLETTÉ

Haptonomie
et prévention

L'haptonomie, science de l'affectivité, permet une approche de l'humain dans sa globalité. L'Affectif réunit le corps et l'esprit pour faire du Sujet une unité affectivo-somato-psychique.

De la conception à la fin de vie dans l'espace de la corporalité et le temps de l'histoire de chacun, elle renouvelle totalement l'approche de la prévention.

Prendre soin, éduquer au sens le plus large du terme en mettant toujours au premier plan l'Affectif, constitue à tout instant une démarche préventive et humanisante.

Les communications seront présentées soit en conférence, soit en "carrefours" d'échanges entre praticiens.

Ce congrès s'adresse à toutes les personnes concernées par les questions de santé et d'éducation.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT VOUS POUVEZ NOUS CONTACTER :
evenement@haptonomie.org - <http://evenements.haptonomie.org>

**Association
Nationale Natation
& Maternité**
PIONNIÈRE DEPUIS 1977

PRÉPARATION À LA NAISSANCE
ET ACTIVITÉS PRÉ ET POSTNATALES
EN MILIEU AQUATIQUE
Formations bi-annuelles

Prochaines formations

- ▷ Clamart (92)
- Stage prénatal : les 18-19-20 avril 2016
- Stage postnatal : le 21 avril 2016

► *Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes*

Programme et inscription

6, Allée de la Tournelle - 91370 Verrières le Buisson
Message : 01 69 30 98 01 - Courriel : infos@annm.fr
Site internet : <http://annm.fr>

N° D'AGR. FORMATION CONTINUE : 11 92 119 4292

AGENDA & FORMATIONS



FORMATIONS

Pour une bonne prise en compte de vos annonces ou de leurs mises à jour, nous vous recommandons de nous les adresser **AU PLUS TARD LE 10 DE CHAQUE MOIS.** elpea@eska.fr



N'féraïdo®
modelages
accompagnant
Physiologie



OGDPC habilité
à dispenser des
programmes de DPC

Pôle obstétrique

Cycle I : Réponse aux maux de la grossesse et de l'accouchement

Cycle II : Le Nouveau-Né et le Post-Partum

Dates Paris	Dates Agen
Cycle I : 8 au 10 fév 2016	Cycle I : 16 au 18 mars 2016
Cycle II : 11 au 13 fév 2016	Cycle II : 1 au 3 juin 2016

oooooooooooo

Pôle gynécologique

Modelages des organes (Ptôses, Sd menstruels...), du bassin et du périnée par voie externe

Dates Paris	Dates Agen
4 au 6 avril 2016	9 au 11 mars 2016

oooooooooooo

Contact et intervenant
Dominique Jacquin, OSTÉOPATHE D.O.
Tél. : 05 62 28 39 94
www.nferaido.com





FORMATIONS ANSFL 2015
Organisme de formation enregistré
sous le n° 53 35 08377 35



TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ".

Accompagnement vers la naissance et la parentalité
Intervenante/Odile Tagawa (SF) 

- Session I – Prénatal
- Session II – Postnatal
(Prérequis : suivi du Temps I)

Lieu/Marseille.

L'échographie et les examens complémentaires dans le suivi de la grossesse normale
Intervenantes/
Évelyne Rigaut (S-F) Échographiste
Lorraine Guénédal (Biologiste) 

La consultation de contraception et de gynécologie de prévention
Intervenante/Annie Sirven (S-F) 

- Session I
- Session II (Prérequis : suivi du module I).

Lieu/Domaine des Hautannes, 69650 Saint-Germain au Mont d'Or.

Consultez les dates de formations sur notre site www.ansfl.org

FORMATIONS PROPOSÉES SEULEMENT EN "GROUPE CONSTITUÉ"

L'installation en libéral
Intervenante/Laurence Platel (SF) 

Pratique libérale cadre réglementaire et cotations
Intervenante/Laurence Platel (SF) 

Demande d'info et tarifs sur "groupe constitué": formation@ansfl.org

Contact Formation ANSFL:
Martine Chayrouse - formation@ansfl.org - Tél : 07 82 19 11 59



INSTITUT DE GASQUET®
FORMATIONS SAGES-FEMMES 2016



OGDPC habilité
à dispenser des
programmes de DPC

Du côté de la prépa...

 maternité	MODULE 2 - Préparation corporelle à la naissance
● 28, 29 janvier 2016 ● 29, 30 septembre 2016	Intégralement pris en charge et indemnisé

 maternité	MODULE 2 - Travail corporel en couple
● 2, 3 juin 2016	Intégralement pris en charge et indemnisé

Du côté postnatal...

 maternité	MODULE 2 - Accompagner le retour à domicile PRADO
● 21, 22 janvier 2016	Intégralement pris en charge et indemnisé

NOUVEAU

Du côté du périnée...

 périnée	ABC de la rééducation périnéale
● 14, 15 mai 2016	Intégralement pris en charge et indemnisé

 périnée	MODULE 1 - Dossier périnéal
● 13, 14, 15 janvier 2016 ● 9, 10, 11 mars 2016 ● 8, 9, 10 juin 2016 ● 28, 29, 30 sept 2016 ● 23, 24, 25 novembre 2016 ● 14, 15, 16 décembre 2016	3 jours 550€ fif pl possible

 périnée	MODULE 2 - Pessaire. Boules de geisha
● 16 janvier 2016 ● 12 mars 2016 ● 11 juin 2016 ● 1er octobre 2016	1 jour 180€ fif pl possible

 périnée	MODULE 2 - Compétence périnéo abdominal
● 24, 25 mars 2016 ● 15, 16 juin 2016 ● 12, 13 octobre 2016	Intégralement pris en charge et indemnisé

Du côté du yoga en cabinet...

 yoga	MODULE 1 - Bases et yoga sans dégât
● Dates régulièrement sur le site.	3 jours 520 €

Tous nos stages ont lieu à Montparnasse.

Institut de Gasquet
98 bd Montparnasse
75014 Paris
01.43.20.21.20
contact@degasquet.com
www.degasquet.com



Inscriptions sur degasquet.com

60

#455_JANVIER-FEVRIER_2016_INT_64P_PRINT.indd 60

Les D.O.
N° 455
Janv. - Fév. 2016

20/01/2016 12:27



pour les 14^e Journées du Collège National des Sages-Femmes
Rendez-vous les 1, 2 février 2016

à Issy les Moulineaux



ODPC habilité
à dispenser des
programmes de DPC

PRATIQUE CONVENTIONNELLE

Consultations prénatales*

Paris : 30, 31 mars, 1 avril 2016
Nantes : 23, 24, 25 mai 2016
Paris : 26, 27, 28 septembre 2016
Paris : 5, 6, 7 décembre 2016

Eutonie en rééducation périnéale*

Paris : 20, 21, 22, 23 juin 2016
Paris : 21, 22, 23, 24 novembre 2016

Nouveau

Ménopause et périmenopause*

Paris : 8, 9 février 2016
Lyon : 13, 14 juin 2016
Paris : 17, 18 octobre 2016
Bordeaux : 28, 29 novembre 2016

Préparation à la naissance et à la parentalité*

Paris : 13, 14, 15, 16 juin 2016
Lyon : 21, 22, 23, 24 novembre 2016

Prise en charge des grossesses à risque élevé*

Lille : 24, 25, 26 mai 2016
Paris : 28, 29, 30 septembre 2016
Bordeaux : 16, 17, 18 novembre 2016

Rééducation périnéale*

Paris : 8, 9, 10, 11 février 2016
Lille : 22, 23, 24, 25 février 2016
Paris : 7, 8, 9, 10 mars 2016
Nantes : 21, 22, 23, 24 mars 2016
Paris : 4, 5, 6, 7 avril 2016
Strasbourg : 23, 24, 25, 26 mai 2016

Suivi gynécologique et contraception*

Rennes : 8, 9, 10 février 2016
Paris : 17, 18, 19 février 2016
Lille : 2, 3, 4 mars 2016
Bordeaux : 14, 15, 16 mars 2016
Paris : 23, 24, 25 mars 2016

Suivi gynécologique, contraception et approfondissement*

Paris : 7, 8, 9 mars 2016
Bordeaux : 17, 18, 19 mars 2016
Lille : 29, 30, 31 mars 2016
Lyon : 19, 20, 21 mai 2016
Paris : 19, 20, 21 septembre 2016
Nantes : 24, 25, 26 novembre 2016
Marseille : 28, 29, 30 novembre 2016

COMPÉTENCES TRANSVERSALES

Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace Niveau II

Paris : 14, 15, 16, 17 mars 2016
Paris : 28, 29, 30 novembre, 1 décembre 2016

Nouveau

Addictions toxicomaniques et grossesse*

Paris : 14, 15 décembre 2016

Hypnose médicale et anesthésie-analgésie* en intra établissement uniquement

Hypnose périnatale - Technicien 1*

Maroc-Essaouira : 14, 15, 16, 17, 18 mai 2016 (résidentiel)
Paris : 30, 31 mai, 1, 2, 3 juin 2016
Nantes : 19, 20, 21, 22, 23 septembre 2016
Montpellier : 10, 11, 12, 13, 14 octobre 2016
Lille : 14, 15, 16, 17, 18 novembre 2016

APPROCHE NON PHARMACOLOGIQUE

Thérapeutiques non pharmacologiques pendant la grossesse*

Paris : 18, 19 avril 2016
Lille : 24, 25 novembre 2016

Thérapeutiques non pharmacologiques de la ménopause et périmenopause*

Paris : 17, 18 mars 2016
Lyon : 17, 18 octobre 2016

Ostéopathie dans le champ obstétrical*

Paris : 2, 3, 4 mars 2016
Paris : 26, 27, 28 mai 2016
Lyon : 8, 9, 10 juin 2016
Paris : 17, 18, 19 novembre 2016

Prévention des troubles du sommeil chez le tout-petit*

Nantes : 25, 26, 27 avril 2016
Paris : 17, 18, 19 octobre 2016

Qi Gong, outil pratique pour la sage-femme*

Paris : 13, 14, 15 avril 2016
Lyon : 12, 13, 14 mai 2016
Paris : 5, 6, 7 octobre 2016
Toulouse : 17, 18, 19 novembre 2016

PSYCHOLOGIE - RELATIONNEL

Bientraitance et maltraitance en périnatalité* en intra établissement uniquement

La consultation de l'adolescent Abord psychologique*

La Réunion : 28, 29 avril 2016
Lyon : 17, 18 mai 2016
Paris : 24, 25 novembre 2016

Le soignant face au deuil périnatal*

La Réunion : 25, 26, 27 avril 2016
Lyon : 26, 27, 28 septembre 2016

Lieux de formation : Paris intra-muros, Ajaccio, Avignon, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Nîmes, Rennes, Strasbourg, Toulouse, DOM TOM, Maroc

Retrouvez toutes nos formations sur www.medicformation.fr

Email : contact@medicformation.fr - Tél : 01 34 44 05 65



* Session agréée OGDPC - Prise en charge possible FIF-PL et crédit d'impôts ou DIF/CPF - N° de déclaration d'activité 11 95 04903 95 - Agréé OGDPC 1251



FORMATIONS

Pour une bonne prise en compte de vos annonces ou de leurs mises à jour, nous vous recommandons de nous les adresser **AU PLUS TARD LE 10 DE CHAQUE MOIS.** elpea@eska.fr

Pratiquer dès le lendemain du séminaire

Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh

Calendrier 2016

Formations CMP en 3 étapes:

- 1^{re} et 2^e étapes présentielle (dates indiquées ci-après)
- 3^e étape non présentielle

CMP niveau I

Pacy-sur-Eure (27) - Hôtel Altina
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine

- du 29/02 au 3/03/2016 & du 4 au 7/04/2016
- du 2 au 5/05/2016 & du 30/05 au 2/06/2016

Nanterre (92) - Espace Chevreul
Formatrice: Anne-Françoise Sachet

- du 14 au 17/03/16 & du 18 au 21/04/16

Vergèze (30) La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques

- du 10 au 13/05/2016 & du 7 au 10/06/2016

CMP niveau II

Pacy-sur-Eure (27) - Hôtel Altina
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine

- Prochaines dates à venir

Vergèze (30) La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques

- du 15 au 18/03/2016 & du 12 au 15/04/2016

Nanterre (92) - Espace Chevreul
Formatrice: Anne-Françoise Sachet

- du 23 au 26/05/2016 & du 20 au 23/06/2016

Tous les séminaires CMP sont indiqués ici (qu'ils soient complets ou non) afin de permettre à chaque praticienne formée de revenir gracieusement en **Auditrice Libre** au séminaire de son choix afin de revoir ou d'approfondir la méthode CMP.

Renseignements auprès de **Jocelyne Dallez**
03 89 62 94 21 - cmp.info@free.fr

Institut Naissance & Formations - 2a rue du Paradis - 68190 Ungersheim
www.institutnaissanceetformations.fr



PROGRAMME STAGES 2016 NÎMES-MARGUERITES (06)

WEBINAIRES

Les stages notés **W** sont accessibles en webinaire, en temps réel. Différents modules seront proposés tout au long de l'année sur de courtes durées, programme en ligne.

MATERNITÉ

- Bientraitance et accompagnement psycho-affectif prénatal. Entretien Prénatal Précoce. **OGDPC - W**
• **> 7, 8, 9 mars**
- La surveillance médicale de la grossesse (clinique, biologique, pharmacologique, imagerie): prévention, éducation, orientation. **OGDPC - W**
• **> 14, 15, 16 mars**
- Consultations (prénatales et gynécologiques) et tabacologie. **OGDPC - W**
• **> 1^{er} 2 avril**
- Le suivi échographique de la grossesse. **OGDPC - W**
• **> 2, 3 mai**
- Préparation à la naissance personnalisée, coaching, gestion du stress et parentalité. **OGDPC - W**
• **> 11, 12, 13, 14 mai**
• **> 21, 22, 23, 24 novembre**
- Activités aquatiques pré et post-natales. **FIF PL**
• **> 23, 24, 25 mai**
• **> 4, 5, 6 juillet**
- Ostéopathie et maternité. **FIF PL**
• **2^e semestre.**

PÉRINÉE

- Cursus réhabilitation uro-gynécologique et statique globale. **OGDPC - W**
 - **Niveau 1:**
• **> 27, 28, 29, 30 janvier**
• **> 13, 14, 15, 16 juin**
• **> 5, 6, 7, 8 décembre**
 - **Niveau clinique:**
• **> 6 et 7 juin**
 - **Niveau 2:**
• **> 15, 16, 17, 18 février**
• **> 5, 6, 7, 8 octobre W**
- Périnée et proprioception, la vie est un sport. **OGDPC**
 - **> 11, 12, 13 janvier à Paris**
 - **> 2, 3, 4 juin à Nîmes**
 - **> 12, 13, 14 décembre à Nîmes (2 jours et demi)**
- Périnée et danse. **FIF PL**
 - **> 8, 9 janvier**

EXERCICE LIBÉRAL

- Coaching. La vie de la sage-femme libérale. **FIF PL - W**
 - **> 27 novembre**
 - **> 27 août**

DÉVELOPPEMENT PERSONNEL

- La sophrologie. **OGDPC - W**
 - **> 24, 25, 26 mars, 27, 28 juin**
 - **> 12, 13, 14 sept., 7, 8 novembre**

RETRouvez tous les séminaires proposés :

www.formationsage-femme.fr



GROUPE FORMATION SAGE-FEMME





FORMATIONS

Globalis FORMATION

PRATIQUE/PRATIQUE

Dates* 1^{er} trim 2016 et financements : voir sur formation-sage-femme-globalis.fr et sur mondpc.fr

- ▶ **CCAM, NGAP** : les cotations en pratique libérale (1j)
- ▶ **URGENCES et ACCOUCHEMENTS INOPINÉS EXTRA-HOSPITALIER** (1j)
- ▶ **RÉHABILITATION URO-GYNÉCO** (3j + 2j)
- ▶ **CONTRACEPTION** (2j)
- ▶ **SUIVI GYNÉCO DE PRÉVENTION** (ménopause inclue 2j)
- ▶ **ADOLESCENTES** : les spécificités du suivi gynéco de prévention (1j)
- ▶ **ORTHOGÉNIE, IVG MÉDICAMENTEUSES** (1 jour accolé au précédent)
- ▶ **EXAMEN CLINIQUE DE L'ENFANT** en suivi post natal (3j)
- ▶ **L'ALLAITEMENT EN PRATIQUE** (2j)

* En «intra» ou à la demande d'un groupe constitué, COD, associations, etc... nous contacter

Contact : 06 62 33 27 54 ou globalis.formation@orange.fr

OGDPC habilité à dispenser des programmes de DPC

M² SIRET - 382 224 892 000 47 - N^o d'inscririssement à la DIRECCTE - 91 34 06 005 34 - Ces programmes ne sont pas envoiés par l'OGDPC, conformément aux obligations de mentions légales.



ÉCOLE DE SAGES-FEMMES
22 Avenue Camille Desmoulins
CS 93837
29238 BREST Cedex 3



OFFRE DE FORMATION 2016

Développement professionnel Continu

Suivi gynécologique et contraception par les sages-femmes

- ▶ Jeudi 28, vendredi 29 et samedi 30 janvier 2016 matin
- ▶ Jeudi 6, vendredi 7 et samedi 8 octobre 2016 matin

Alimentation, mobilier, matériel de puériculture, cosmétiques : comment répondre aux parents qui s'interrogent sur la qualité de l'environnement de leurs enfants ?

- ▶ Lundi 26 septembre 2016

De la sortie de maternité à la visite post-natale : surveillance médicale et accompagnement à la parentalité

- ▶ Jeudi 21, vendredi 22 janvier 2016 et lundi 2 mai 2016

L'hypnose : un outil de relation et de communication thérapeutique

- ▶ Lundi 1^{er}, mardi 2 février et mardi 23 février 2016

Santé sexuelle et ses dysfonctions : de l'écoute à l'accompagnement

- ▶ Lundi 25, mardi 26 et mercredi 27 avril 2016

Actualisation des connaissances : surveillance in utero pendant le travail (RCF, pH, lactates...)

- ▶ Jeudi 9 juin 2016 et jeudi 10 novembre 2016 après-midi

Soutien à l'allaitement maternel : optimiser l'efficacité de l'accompagnement le premier mois ?

- ▶ Vendredi 17 juin 2016

Actualisation des connaissances : droits de prescription des sages-femmes, vaccination et antibiothérapie pendant la grossesse

- ▶ Jeudi 23 juin 2016

Journée d'actualisation des compétences en contraception et gynécologie de prévention

- ▶ Lundi 27 juin 2016

De la déclaration de grossesse à la visite post-natale : les compétences de la sage-femme en consultation

- ▶ Lundi 17 octobre, mardi 18 octobre et mercredi 19 octobre 2016 (matinée)



RENSEIGNEMENTS

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES

CHRU BREST

22, avenue Camille Desmoulins
CS 93837 - 29238 BREST CEDEX 3

02 98 01 68 83 - secretariat.fc.esf@univ-brest.fr

FORMATION EN YOGA PRÉNATAL AVEC CHRISTINE COLONNA-CESARI

Auteur de "Le yoga de la femme enceinte"
aux éditions Médicis

- **RODEZ : 9-10 avril 2016**
- **PARIS : 2-3 avril 2016**

INSCRIPTIONS ► Tél. : 01 48 93 29 96

www.christinecolonna-cesari-yogafemmeenceinte.com

Anne Macquet Sage-femme ostéopathe DO

Accompagnement ostéopathique de la femme au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum

11-12-13 janvier 2016 & 14-15-16 mars 2016

Pratique en salle physiologique

1-2-3 février 2016



Programmes formations et Inscriptions
www.physioosteob-formations.fr - T 05 62 63 59 68



NOS PUBLICATIONS

Les Dossiers de l'Obstétrique (DO),

La revue mensuelle d'informations médicales et professionnelles de la Sage-Femme.

Chaque mois, vous y trouvez:

- La Tribune • Le reportage • Les publications • Le dossier thématique • La fiche technique • Le management • Les communiqués de presse • L'histoire, les sciences humaines • Le kiosque • L'agenda et la formation • Les petites annonces.

• **POUR VOUS ABONNER,**
envoyez-nous le bulletin ci-dessous.

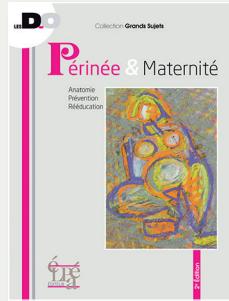


NOS OUVRAGES

L'ouvrage Périnée & maternité

Suite à une forte demande, réédition avec mise à jour, de l'ouvrage "Périnée et Maternité".

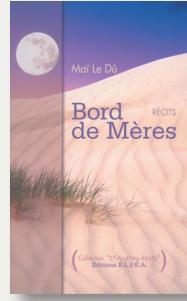
• Prix: 58 €
(Frais de port inclus)



Le livre "Bord de Mères"

"Bord de Mères" est une petite merveille de récits poétiques, témoignages des heures de garde d'une sage-femme.

• 84 pages, 125 x 195 mm, relié, impression quadrichromie. Prix: 14 €
(Frais de port inclus)



L'ouvrage "Se Préparer à l'accouchement, à la naissance, à la parentalité"

• 380 pages, 21 x 29,7 cm, relié, impression quadrichromie.
Prix: 45 €
(Frais de port inclus).



► POUR COMMANDER NOS OUVRAGES ou POUR VOUS ABONNER
01 42 86 55 65 | adv@eska.fr

Éditions ESKA - 12, rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris
Tél.: 01 42 86 55 65 - Fax: 01 42 60 45 35 - Email: adv@eska.fr - www.eska.fr



ABONNEMENT 2016

TARIF D'ABONNEMENT		
11 NUMÉROS PAR AN		
Abonnement Particulier	Plein tarif	Étudiant(e) s* Retraité(e) s*
FRANCE	75,00 €	40,00 €
D.O.M.	80,00 €	50,00 €
EUROPE OCCIDENTALE	88,00 €	52,00 €
T.O.M./ÉTRANGER	90,00 €	55,00 €

* Joindre attestation.

Abonnement collectif de service 150,00 €

En cas de règlement incomplet, l'abonnement sera réduit proportionnellement.

VOS COORDONNÉES

M^{me} M^{le} M. (en lettres capitales)

Nom Prénom

Adresse

Code postal | | | | | Ville

Pays Téléphone

E-mail

Exercice professionnel (Libéral, PMI, Public, Privé, Autre)

s'abonne aux **Dossiers de l'Obstétrique**

Éditions ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris

Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35 - Email: adv@eska.fr

Renvoyer le coupon à: Dossiers de l'Obstétrique - Éditions ESKA - 12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris - Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35