

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF

Benoît LE GOEDEC, Sage-femme

SAGE-FEMME

Christine BUZENET, 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

Margaux COURANT, Sage-femme

Dr Catherine DEVOLDÈRE, Responsable du Centre d'Activité Service d'Onco-Hématologie Pédiatrique, CHU Amiens Picardie, Présidente de l'association SPARADRAP

Marie-Josée FALEVITCH, Sage-femme

Marie-France MOREL, Historienne, Présidente

de la Société d'Histoire de la Naissance

Marjorie POUCH, Sage-femme coordinatrice

à Santé Service

Solène VUANO, Sage-femme

Marilène VUILLE, Sociologue et Historienne,

chargée de recherche à la Faculté des sciences de la société de l'Université de Genève

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° 0217 T 81395

Signataire de la Convention U.D.A. S.N.P.M.

Dépôt légal : Mars 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

456 - MARS 2016

03 TRIBUNE

Sophrologie et haptonomie incompatibles ?

Des idées reçues...

MARIE-JOSÉE FALEVITCH

04 REPORTAGE

9 Maisons de Naissance pour valoriser la science et l'art de la maïeutique

CHRISTINE BUZENET

08 PUBLICATIONS

Comment les femmes se représentent-elles leur vécu de la sexualité, avant et au cours d'un parcours d'aide médicale à la procréation ?

MARGAUX COURANT

29 FICHE TECHNIQUE

VII

SOLÈNE VUANO

31 MANAGEMENT

Le concept de qualité dans le domaine de la santé

MARJORIE POUCH

35 COMMUNIQUÉS

36 KIOSQUE

38 HISTOIRE

L'image de la maternité à travers l'année 1945

dans le Journal de Genève

JÉRÔME JANICKI

42 AGENDA

43 FORMATIONS

46 ANNONCES



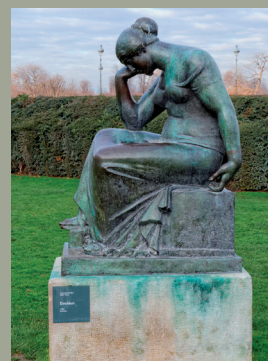
12 DOSSIER LA DOULEUR

13 Histoire de la douleur dans l'accouchement
MARIE-FRANCE MOREL

20 Modèles sociaux et contextes de signification de la douleur de l'accouchement
MARILÈNE VUILLE

24 La douleur de l'enfant
DR CATHERINE DEVOLDÈRE

27 La plainte
BENOÎT LE GOEDEC



LES ANNONCEURS

C2 Almafif
C3 Laboratoire Vygon
C4 Medela

10 Matilia
17 DTF
23 Dolphitonic

29 Ysy Medical
35 Grandir Nature
41 Électronique Médicale de France

Encart jeté : Phénix Vivaltis

Photo de couverture ©Bananastock

Pour vous abonner, retournez-nous le bulletin en page 48.



Journées d'études et de formation
44^{èmes} ASSISES NATIONALES DES SAGES-FEMMES
27^{ème} Session Européenne
SAINT-MALO
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** FORM.A2i 
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** FORM.A2i 
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** FORM.A2i 
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** FORM.A2i 
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** FORM.A2i 
Modérateur : Jean LEVÊQUE (Rennes)
- **Mastopathies bénignes et leur prise en charge** - Vincent LAVOUÉ (Rennes)
 - **Algies pelviennes** - Jean LEVÊQUE (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)

25 - 26 - 27 mai 2016

ATELIERS PRATIQUES

- SUIVI GYNÉCOLOGIQUE • SUTURES PÉRINÉALES • ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES À PARTIR DE LA LECTURE CRITIQUE D'ARTICLES • ÉCHOGRAPHIE • RÉANIMATION NÉONATALE • ANALYSE DU RYTHME CARDIAQUE FŒTAL 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.-CONGRÈS - 17 rue Souham, 19000 TULLE - Tél. 05 55 26 18 87 - E-mail : inscription@cerc-congres.com - Web : www.assises-sages-femmes.eu



Marginal Imprimerie - R.C.S. B 825 680 119





Sophrologie et haptonomie incompatibles?

Des idées reçues...

Une idée lancée par le fondateur de l'haptonomie et largement véhiculée en périnatalité. Après plus de 25 ans au contact des parents, je ne partage pas cette opinion.

Ces idées me semblent dues à la méconnaissance de la sophrologie qui, malheureusement, se voit réduite par de nombreux praticiens à de la visualisation sur une base de relaxation.

Les hauto-thérapeutes pensent qu'eux, travaillent sur le corps et les sophrologues sur le mental.

Or, la sophrologie est un travail de conscience de soi, celle-ci commençant par la découverte de la Corporalité.

La visualisation n'est qu'une des multiples techniques et est loin d'être indispensable.

Il me semble important que les sophrologues veillent à nommer chaque chose par son juste nom afin que le public et autres professionnels puissent connaître cette merveilleuse science.

Les patientes préparées en haptonomie, que j'ai pu accompagner, n'avaient pas conscience de Soi mais du bébé en elles, oui. Cela paraît être un pléonasme... Conscience du bébé en soi = conscience de soi ? Pourtant non. Je ne le pense pas !

Avoir conscience de la présence de l'enfant est déjà fort intéressant, car favorise l'attachement (seulement supposant que leur Soi le permette).

Toutefois, ces patientes n'avaient pas conscience de leur corporalité ni acquis d'autres outils de type concentration, focalisation, défocalisation, etc., ni fait de chemin existentiel comme elles ont pu l'initier avec un entraînement sophrologique caycédien.

Haptonomie + sophrologie alliées, toutes ces patientes ont pu faire un chemin sur Soi et sur la Parentalité et ont vu leur stress grandement diminuer, leur confiance en soi, présence, ancrage renforcés, les émotions positives renforcées (sur un plan semble-t-il plus large, individuel également, non seulement de mère de cet enfant in utero).

La sophrologie seule permet également ce double travail puisque nous travaillons sur les cinq sens.

Le sens du Toucher développé par l'haptonomie est inclus. Cependant, il est vrai que ce dernier est souvent moins développé (à moins que la sage-femme pratique l'haptonomie et la sophrologie) puisqu'il s'intègre dans la globalité des senso-perceptions.

En conclusion, laissons le libre choix à nos patientes et contentons-nous de leur apporter la richesse de la sophrologie si elles le souhaitent, quelles que soient leurs pratiques conjointes. Hauto + sophro = un plus.

Mes retours de formations vont également en ce sens : complémentarité. Toutefois, à l'unanimité, la découverte de la corporalité et les outils de gestion du stress proposés par des techniques sophrologiques semblent avoir grandement nourri ces sages-femmes hautothérapeutes. Plus encore, ce qui est exprimé systématiquement par les collègues en fin de stage, est cette réalité objective, cet art de revenir à l'essentiel et cette notion d'intentionnalité qui s'inscrit en soi, par la répétition sophronique. ■

CE QUI EST EXPRIMÉ PAR LES
COLLÈGUES EN FIN DE STAGE, EST
CETTE RÉALITÉ OBJECTIVE, CET ART
DE REVENIR À L'ESSENTIEL ET CETTE
NOTION D'INTENTIONNALITÉ QUI
S'INSCRIT EN SOI, PAR LA RÉPÉTITION
SOPHRONIQUE.

9 Maisons de Naissance pour valoriser la science et l'art de la maïeutique

Bien que largement soutenu par le Conseil National de l'Ordre, le Collectif des Maisons de Naissance et l'Association des Sages-Femmes Libérales, il s'en est fallu de peu pour que l'expérimentation ne se fasse pas. En effet, ce n'est qu'à quelques jours de la fin du délai imparti par la loi du 6 décembre 2013¹ que le gouvernement a publié la liste des maisons de naissance autorisées!

En France, les maisons de naissance sont évoquées pour la première fois en 1998 par Bernard Kouchner, alors secrétaire d'État chargé de la Santé. Quinze ans plus tard, la sénatrice UDI-UC du Rhône, Muguette Dini, propose une loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. Adoptée à une large majorité en 2013, il a fallu néanmoins attendre deux ans la publication au JO, le 1^{er} août 2015, du décret du 30 juillet 2015² encadrant légalement les conditions d'expérimentations des maisons de naissance dans l'Hexagone. À cette date, les candidats souhaitant participer à l'expérimentation ont disposé de moins de deux mois, la date limite ayant été fixée au 15 septembre minuit, pour monter et déposer leurs dossiers auprès des Agences Régionales de Santé³.

Les expérimentations se feront sur une durée de cinq ans, avec un rapport au gouvernement au bout de la quatrième année. L'agence régionale de santé compétente réalisera une évaluation de l'expérimentation après deux années de fonctionnement de chaque maison de naissance.

La maison de naissance, structure autonome gérée par des sages-femmes, doit être distinguée d'un établissement de santé au sens de l'article L6111-1 du code de la Santé publique (relatif aux établissements de santé publics, privés, et privés d'intérêt collectif) qui assure le diagnostic, le traitement des malades, des blessés, et des femmes enceintes.

La maison de naissance assure « la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement, la préparation à la naissance et à la parentalité », l'accouchement lui-même ainsi que les soins postnatals. En revanche, elle ne peut ni héberger les femmes et leur enfant, ni assurer les urgences obstétricales. Seules les femmes ne présentant pas de pathologie sont éligibles. Ces dernières recevront une information complète sur le fonction-

nement de la maison de naissance, son caractère expérimental et la prise en charge proposée, notamment quant à la prise en charge de la douleur. Leur consentement "exprès et éclairé" sera recueilli. La consultation pré-anesthésique restera obligatoire dans l'établissement partenaire, les dépistages néonataux dans le respect des recommandations professionnelles en vigueur seront organisés et l'information sur le dépistage précoce de la surdité néonatale donnée. La maison de naissance devra être contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique, avec laquelle une convention sera passée. Cette dernière organisera notamment le transfert adéquat (non-motorisé, allongé et sans voie publique à traverser) des patientes en cas de complications.

Neuf projets ont été autorisés par arrêté, le 23 novembre 2015, à participer à l'expérimentation des maisons de naissance en France⁴. Neuf structures qui portent les espoirs d'une partie de la profession : développer une approche moins technicienne de l'accouchement et promouvoir un accompagnement global, plus personnalisé de la femme et du couple par une sage-femme de la première visite prénatale aux soins post-partum.

Les projets n'ont pas le même degré d'aboutissement ni la même visibilité. Nous avons pu en joindre quelques-unes.

LES 9 PROJETS DE MAISONS DE NAISSANCE RETENUS

- | | |
|--|---|
| → Société CALM - Maison de naissance à Paris | → Joie de naître à Saint-Paul (La Réunion) |
| → Premier Cri à Vitry-sur-Seine (Val-de-Marne) | → Premières heures au monde à Bourgoin-Jallieu (Isère) |
| → La Maison de naissance Doumaia à Castres (Tarn) | → La Maison de naissance Alsace (MANALA) à Sélestat (Bas-Rhin) |
| → La Maison à Grenoble (Isère) | → Un Nid pour naître à Nancy (Meurthe-et-Moselle). |
| → Le temps de naître à Baie-Mahault (Guadeloupe) | |

1. Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance.

2. Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance.

3. Arrêté du 30 juillet 2015 fixant la composition du dossier et les modalités de candidature pour intégrer l'expérimentation des maisons de naissance.

4. Arrêté du 23 novembre 2015 fixant la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale.

**ENTRETIEN AVEC
JULIANNE BERNARD, VICE-PRÉSIDENTE**
Propos recueillis par Christine Buzenet

LE PROJET DE L'ASSOCIATION "LA MAISON" GRENOBLE

CHRISTINE BUZENET (CB): Quelle a été la genèse de votre projet de maison de naissance ?

JULIANNE BERNARD (JB): Le projet est né de la rencontre de plusieurs élan : l'équipe de sages-femmes, les cadres de la maternité, le chef de service, et la direction du Groupe Hospitalier Mutualiste (GHM). Cet établissement possède une maternité de niveau 1 comptabilisant 1800 accouchements par an. Au départ, l'équipe souhaitait s'engager dans la création d'une unité physiologique. La possibilité d'ouvrir une maison de naissance correspondait encore mieux à la vision des sages-femmes sur la physiologie et l'accompagnement global. Certains d'entre nous possèdent des formations complémentaires telles que l'hypnose, l'homéopathie, l'acupuncture, le yoga. Nous avons tous une expérience récente en salle d'accouchement ainsi que des formations aux situations d'urgences comme exigées par les textes de loi. Ce contexte explique la forte motivation pour déposer le dossier dans les temps. La direction de la clinique a tout de suite été très favorable au projet. En effet, elle souhaitait développer l'offre de soin de son secteur "maternité". Même si la maison de naissance sera une structure autonome et indépendante, la direction a compris les bénéfices pour son établissement d'être une maternité partenaire. C'est une nouvelle offre de soins pour les patientes du bassin grenoblois qui devrait séduire une partie de la population. Nous avons créé une association type 1901 "La Maison" avec élection d'un bureau et rédaction d'un règlement intérieur. Ce mode de gestion nous est apparu le plus simple. Aujourd'hui 10 sages-femmes constituent le conseil d'administration de l'association mais seules 2 à 4 travailleront effectivement pour la maison de naissance. Le modèle précis de fonctionnement reste encore à affiner.

CB: Quel sera l'apport pour les patientes ?

JB: "La Maison" proposera un accompagnement global aux patientes qui ne présentent pas de facteur de risque par-

ticulier, et qui souhaitent une naissance non médicalisée, dans le respect de la physiologie. Ainsi, le suivi de grossesse, la préparation à la naissance, l'accouchement et l'accompagnement postnatal à "La Maison" seront assurés par une même sage-femme.

Ce projet est avant tout une nouvelle offre pour les couples. Ils auront désormais l'opportunité de vivre l'arrivée de leur bébé dans un lieu chaleureux, intimiste, confortable, avec une sage-femme qui les connaît.

Toutes les conditions sont réunies pour que le couple soit confiant et que l'accouchement se passe au mieux, avec la possibilité d'un transfert rapide dans la structure médicale de référence en cas de complication. La maison de naissance est contiguë à la maternité du GHM qui s'engage à accueillir les patientes nécessitant une prise en charge médicalisée. "La Maison" projette de suivre une centaine de patientes la première année, et verra naître ses premiers bébés en décembre 2016.

CB: Il reste des points en suspens, notamment le budget alloué et le tarif des assurances

JB: Effectivement, les ARS disposeront d'un fonds d'investissement régional (FIR) d'environ 150 000 euros par an dédié aux maisons de naissance permettant de soutenir le fonctionnement et les investissements de chacune d'entre elles. Concernant, la rémunération des sages-femmes de "La Maison", elles resteront salariées du GHM, mais détachées de leur service. C'est la particularité de notre projet, les autres maisons de naissance fonctionnant avec des sages-femmes libérales. Nous serons en quelque sorte "sponsorisées" dans un premier temps par la maternité partenaire puisque mises à disposition pour une autre structure. Ce schéma est encore en cours d'élaboration. Pour la réalisation des accouchements, légalement, une sage-femme doit être en mesure de pouvoir intervenir à tout moment, tous les jours de l'année, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité. Elle sera secondée par l'une de ses collègues d'astreinte au moment de la naissance.

Concernant la problématique assurantielle, le collectif des maisons de naissance travaille avec les assureurs pour trouver un accord pérenne.

CB: Les sages-femmes de la maison de naissance ne faisant plus partie des effectifs, le GHM a-t-il prévu de vous remplacer en maternité ?

JB: Je ne sais pas, cela va peut-être créer des conditions pour une réorganisation du service.

CB: Où se situera exactement la maison de naissance ?

JB: Nous serons situés au sein du service, au même étage que les salles d'accouchement et les suites de couches. Ce sera comme une petite maison. Une fois la porte ouverte, on se sentira comme chez soi et pas du tout dans un service de soins. Nous prévoyons une cuisine, deux chambres et plusieurs salles pour les consultations conçues comme des petits salons propices aux discussions. Pour l'instant, les travaux n'ont pas débuté, nous attendons de connaître le budget exact.

CB: Vous serez salariée et les locaux au sein du service. Ne craignez-vous pas que l'on fasse appel à vous en cas de problème en maternité ?

JB: Non, c'est très clair. Nous serons détachés du service. Nous ne travaillerons plus pour la même structure.

CB: Pensez-vous ouvrir votre projet à des sages-femmes libérales ?

JB: Pour le moment, le projet est construit par et avec des sages-femmes salariées de la clinique, nous ne pouvons pas le modifier. Il existe une volonté des tutelles d'évaluer le fonctionnement des maisons de naissance. Le fait qu'il y ait différents types de structures sera intéressant à comparer. Au terme des 5 ans d'expérimentation, nous réévaluerons cette possibilité.

Quelle que soit l'organisation retenue au terme de cette expérimentation, le plus important reste la possibilité pour les femmes de se réapproprier l'accouchement, et au-delà la naissance, et pour les sages-femmes, d'exercer pleinement leurs compétences. ■

ENTRETIEN AVEC
LAURE FLAMANT, PRÉSIDENTE
Propos recueillis par Christine Buzenet

CHRISTINE BUZENET (CB): Quelle a été la motivation à l'origine de votre maison de naissance ?

LAURE FLAMANT (LF): La loi de 2013 a permis l'expérimentation des maisons de naissance en France. À Nancy, une dizaine d'années avant cette date, une association de parents "Câlins" avait tenté de monter un projet de maison de naissance qui n'a pas pu aboutir en l'absence de législation favorable. Néanmoins, l'accompagnement global était déjà pratiqué en Lorraine par des sages-femmes libérales mais dans d'autres structures telles que la maternité de Lunéville et de Toul où elles bénéficient du plateau technique ou la maison de naissance hospitalière de Remiremont. La volonté était donc présente chez les parents et les sages-femmes. Une fois les expérimentations autorisées, le Professeur Morel, chef du pôle mère/femme de la maternité de Nancy a exprimé sa volonté de créer une maison de naissance. Les sages-femmes libérales intéressées se sont alors rassemblées dans l'association "Un nid pour naître" pour construire le projet en partenariat avec la maternité. De son côté, le CHRU a détaché une personne comme "chef de projet" pour coordonner les nombreuses réunions entre l'association et le personnel de la maternité (pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, sages-femmes, obstétriciens). Son aide a été très précieuse lors de la rédaction du règlement intérieur de la maison de naissance.

CB: Où sera située votre maison de naissance ?

LF: Nous allons investir une maison située dans l'enceinte de la maternité régionale juste en face de l'entrée des urgences ; c'était la maison de l'ancien directeur, inoccupée depuis plusieurs années. Des travaux sont en cours, financés par le CHRU, qui en est propriétaire. L'association réalisera les travaux d'aménagement en tant que bailleur avec l'aide de parents. A priori, nous tablons sur une ouverture le 2^e trimestre 2016.

L'ASSOCIATION "UN NID POUR NAÎTRE" NANCY

CB: Quel est le nombre de naissances attendu ?

LF: Nous espérons 100 naissances pour la première année et 150 pour les suivantes.

CB: Comment allez-vous assurer et financer le projet ?

LF: Les différents projets sont regroupés au sein du collectif maisons de naissance. Nous avons déjà eu plusieurs réunions avec les assureurs. Ces derniers n'ont toujours pas statué sur des propositions de tarifs, ce qui amène des incertitudes sur le budget. En plus du fonds d'investissement régional qui sera versé par l'ARS, nous avons obtenu des donations notamment en provenance du conseil régional. Nous allons lancer prochainement un "pot participatif". Chaque personne qui aura versé de l'argent aura, en fonction de la valeur du don, une contrepartie. La maison de naissance propose un accompagnement global à la naissance mais est aussi un lieu communautaire. Des ateliers, réunions y seront proposés en lien avec la périnatalité. On pourra donc offrir, par exemple, un atelier de leur choix aux donateurs.

CB: Comment avez-vous réglé le problème de la rémunération de la 2^e sage-femme qui doit être obligatoirement présente lors des naissances ?

LF: Cette obligation nous a amenés à reconsidérer notre organisation. Nous avons défini deux catégories de sages-femmes. Les sages-femmes dites de premier rang qui feront l'accompagnement global à la naissance et les sages-femmes de deuxième rang ou de soutien qui feront des astreintes et attendront d'être appelées afin d'être présentes pour la naissance et le post-partum immédiat. Elles pourront aussi participer à la vie de la maison de naissance, en proposant des consultations par exemple. Les effectifs comptabiliseront deux binômes de sages-femmes de premier rang et 5 sages-femmes de soutien.

La rémunération de la deuxième sage-femme pose souci car il n'y a pas de possibilité de coter des actes même s'il y a eu des démarches en ce sens. Aucune revalorisation des actes ne peut être attendue le temps de l'expérimentation. La deuxième sage-femme sera rétribuée grâce à la facturation de dépassement d'honoraires aux parents et par le fonds d'investissement régional.

« Notre but est de promouvoir la naissance physiologique et de contribuer à la réflexion sur les pratiques professionnelles. »

CB: Vous avez un site internet, ce qui n'est pas le cas pour toutes les maisons de naissance. Comment et sur quoi souhaitez-vous communiquer ?

LF: Notre association a deux ans. Ce qui nous a permis d'organiser des manifestations pour le grand public. Nous avons organisé le visionnage du film « *Entre leurs mains* » dans une salle à Nancy. Ce film traitant de l'accompagnement global a été suivi d'un temps de débat. Au mois de novembre dernier nous avons invité Isabelle Brabant, sage-femme québécoise, à intervenir lors d'une conférence à la maternité sur les différents chemins de la naissance heureuse. Environ 250 personnes ont fait le déplacement.

Notre association communique sur la création de la maison de naissance et ses objectifs de développement. Notre but, au-delà d'une nouvelle offre de soin, est de promouvoir la naissance physiologique et de contribuer à la réflexion sur les pratiques professionnelles. La HAS a d'ailleurs décidé de mettre en place des groupes de travail sur la naissance physiologique afin d'établir des recommandations qui jusqu'à présent n'existent pas. ■

Par SYLVIANE GAVILLOT,
MANALA

"MANALA" MAISON DE NAISSANCE EN ALSACE

Ce fut un présage de bon augure : fin novembre, période en Alsace où se prépare les Manala (en dialecte "petits bons hommes", en brioche) dégustés à la Saint Nicolas, l'association porteuse du projet du même nom MANALA – MAISON de Naissance en Alsace – était retenue pour expérimenter l'un des neuf projets pilotes qui vont se développer en France durant 5 ans.

C'est aussi le nombre des sages-femmes qui portent le projet depuis 2013, coordonné par un responsable de projet et soutenu par la Mutualité Sociale Agricole d'Alsace. L'objectif étant de créer une structure moins médicalisée, accueillant les mamans dans le respect de la physiologie et entièrement gérée par les sages-femmes.

MANALA a donc les pieds dans les starting-blocks avec, en point de mire, une ligne d'arrivée estimée à septembre 2016 pour l'ouverture de la maison de naissance.

Dans la course il y a bien sûr aussi l'hôpital de Sélestat en Centre Alsace qui a trouvé ses locataires pour les 200 m² d'un bâtiment annexe relié par un couloir couvert au bâtiment principal où se trouve la maternité.

Véritable défi pour le cabinet d'architecture D-Form que de transformer cet espace pour en faire un lieu "comme à la maison" !

Véritable synergie aussi des équipes de la maternité et de MANALA pour réaliser le projet.

Si l'on garde la métaphore de la course, les sages-femmes libérales "se relayent" dans la maison de naissance par trinômes permettant aux futurs parents de tisser un lien de confiance avec chacune des trois, tout en offrant aux plus jeunes sages-femmes de bénéficier de l'expérience des plus anciennes dans le métier et de préserver au mieux l'équilibre entre vie professionnelle et familiale.

Il reste donc à formaliser ce nouveau mode de fonctionnement fait de partage d'expérience, de concertation, d'entraide et d'ouverture, planifier les formations à réaliser et fixer définitivement les conventions avec l'établissement partenaire (gestion et débriefing des situations d'urgence et des transferts). Il reste aussi à élaborer les processus d'évaluation prévus par la loi et le cahier des charges ainsi que préciser les activités de soutien à la parentalité et à la petite enfance.

En rythme de croisière, la maison de naissance envisage de réaliser 200 accouchements par an qui viendront s'ajouter aux 1 200 naissances du centre hospitalier de Sélestat.

« En rythme de croisière, la maison de naissance envisage de réaliser 200 accouchements par an qui viendront s'ajouter aux 1 200 naissances du centre hospitalier de Sélestat. »

L'épreuve ressemble encore à une course de sauts d'obstacles : il reste en effet à aboutir dans les négociations sur les montants d'assurances demandées aux sages-femmes ainsi que sur le financement des frais d'investissement non compris dans la dotation FIR.

Ces points importants sont communs à tous les projets et sont traités au sein d'un collectif rassemblant les neuf projets afin de mutualiser les informations et les démarches en cours (deux projets sont quasiment prêts à fonctionner).

La page Facebook de MANALA a démarré fort lors de la publication des résultats au JO avec 1046 consultations de la page dès le départ et une demande d'inscription chaque jour !

Une satisfaction pour les sages-femmes d'Alsace, frontalières avec

l'Allemagne et la Suisse, qui comptent de nombreuses maisons de naissance depuis longtemps et parfois fréquentées par des jeunes parents alsaciens à la recherche d'alternatives à la maternité.

L'occasion pour les sages-femmes du groupe d'aller visiter des structures outre Rhin près de Freiburg mais aussi outre Atlantique à Québec et de ramener des informations très positives et des images précieuses !

Car c'est bien cette diversification de l'offre de soins qui est attendue en Alsace. Elle va permettre d'élargir le panel des lieux et modes d'accouchement permettant aux parents de choisir ce qui leur convient le mieux.

Situé en Centre Alsace, MANALA aura l'avantage d'être accessible aux parents des deux départements, Bas Rhin et Haut Rhin.

Les usagers en Alsace seront d'ailleurs des partenaires privilégiés comme les associations *Histoire de Bien Naître* à Strasbourg et *Accueillir la vie* près de Colmar.

Chacun peut adhérer à l'association MANALA et y tenir un rôle. Le Conseil d'administration de l'association est ouvert aux usagers et leur implication inaugure, là aussi, une innovation pour le fonctionnement d'une structure qui n'est pas un établissement de soins, mais simplement une Maison de Naissance.



Comment les femmes se représentent-elles leur vécu de la sexualité, avant et au cours d'un parcours d'aide médicale à la procréation?

EXTRAITS DE MÉMOIRE

INTRODUCTION

La sexualité, propre à chacun dans son exercice et sa(ses) finalité(s), peut trouver une raison d'être en dehors de son but procréatif ⁽¹⁾ grâce à l'existence d'une fonction érotique propre à l'Homme ⁽²⁾. L'expression de cette fonction érotique comme finalité de la sexualité s'est démocratisée grâce à l'évolution des modalités de régulation des naissances ⁽³⁾. Il est aussi reconnu que l'épanouissement du couple dans sa sexualité est essentiel à sa construction et son équilibre ^(3, 4, 6). Mais en aide médicale à la procréation (AMP) les enjeux des rapports sexuels ainsi que les modalités de prise en charge peuvent troubler la sexualité des couples ^(12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19). À une époque où le recours à l'AMP est en augmentation ^(8, 9, 10, 11), nous nous sommes intéressés aux modifications dans la sexualité des femmes en AMP.

Cependant, les études réalisées sur ce sujet ne prennent parfois pas en compte la durée de la prise en charge ni le type de parcours réalisé (IIU, FIV, ICSI). Cela induit une difficulté de distinction des effets de l'infertilité et des effets du parcours d'AMP en lui-même (examens, traitements...). Nous avons voulu réaliser une étude prenant en compte les variables citées ci-dessus et l'état de la vie sexuelle avant toute prise en charge, de manière à pouvoir réaliser une comparaison avec le parcours d'AMP.

La question posée était : « *Comment les femmes se représentent-elles leur vécu de la sexualité avant et au cours d'un parcours d'AMP?* »

L'objectif de cette étude était de rechercher la représentation qu'ont les femmes du vécu de leur sexualité avant et au cours d'un

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR MARGAUX COURANT - ANNÉE 2014
Diplôme d'État de Sage-Femme - Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines

parcours d'AMP. Un objectif secondaire était de rechercher les facteurs identifiés par les femmes comme responsables de l'évolution de leur sexualité.

Les hypothèses avancées étaient les suivantes :

- Les femmes décrivent une différence dans le vécu de leur sexualité, avant et durant l'AMP.
- L'impact de l'AMP est ressenti de manière négative sur leur sexualité du fait des examens médicaux et des traitements réalisés.

Il a été choisi de réaliser un auto-questionnaire anonyme comportant des questions à choix multiples et ouvertes. L'étude a été réalisée auprès de trois centres d'AMP de la région parisienne : l'hôpital Antoine Bécclère de Clamart, le groupe hospitalier Cochin-Port Royal de Paris et le centre hospitalier de Poissy-Saint Germain en Laye. Les questionnaires ont été distribués au moment de la surveillance de la stimulation hormonale. Ils ciblaient toutes les femmes en cours de prise en charge en AMP, quel que soit leur âge ou le type de parcours.

RÉSULTATS

Cent trente questionnaires étaient exploitables. Ils ont été numérotés et les réponses obtenues encodées dans un tableau.

Au total, 86,2 % des femmes (n = 112) ont éprouvé des modifications dans leur sexualité. Pour plus de la moitié d'entre elles (66 %) cela s'est notamment exprimé par une diminution de la fréquence moyenne des rapports sexuels. Cette diminution était de l'ordre de 33 %. Plus de la moitié de ces femmes a également témoigné d'une diminution de la satisfaction relationnelle

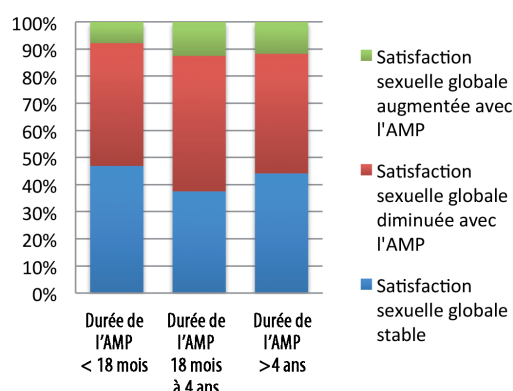
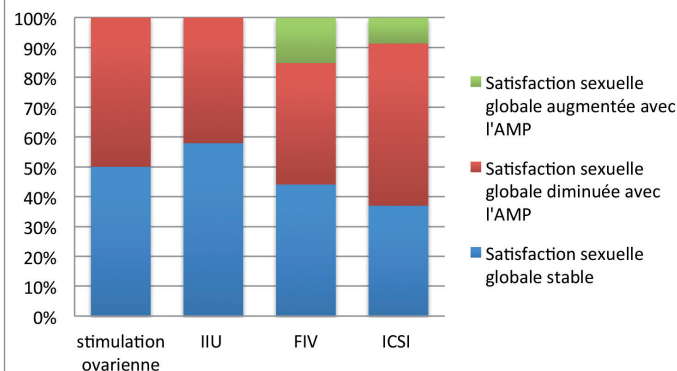
(60,7 %) et/ou sexuelle pure (50,9 %). D'autre part, le taux de manque de libido, de manque d'excitation et d'orgasmes irréguliers augmenterait avec l'AMP (tableau 1) ; et près d'un tiers des femmes qui n'avaient pas de troubles de la sexualité avant l'AMP en a développé au moins un. Toutefois l'AMP ne semble pas aggraver les troubles de la sexualité préexistants, ce qui apporte une nouvelle approche par rapport à la littérature. Cette étude n'a pas permis de démontrer de lien entre la durée du parcours d'AMP et l'évolution de la satisfaction sexuelle des femmes. Il n'a pas également été mis en évidence de lien entre le type de parcours suivi et l'évolution de la satisfaction sexuelle (figures 1 et 2).

Tableau 1 ► Évolution de la répartition des troubles de la sexualité avec l'AMP

TROUBLE DE LA SEXUALITÉ	AVANT L'AMP	PENDANT L'AMP
Aucun	87	57
Manque de libido	15	49
Orgasmes irréguliers	5	10
Manque de lubrification	18	16
Orgasmes absents	3	4
Manque d'excitation	8	18
Douleurs	16	17
Vaginisme	2	1
Autre	1	2

En vert : troubles en augmentation avec l'AMP.
En orange : trouble en diminution avec l'AMP.

MOTS-CLÉS Sexualité - AMP - Évolution - Vécu.

Figure 1 ► Évolution de la satisfaction sexuelle en fonction de la durée du parcours d'AMP**Figure 2 ► Évolution de la satisfaction sexuelle en fonction du parcours suivi**

Malgré ces résultats, seules 55,8 % des femmes pensaient que leur sexualité était différente depuis l'AMP.

En outre, le(s) traitement(s) hormonal(aux), l'attente du bébé et la programmation des rapports sexuels seraient les principaux éléments mis en cause par les femmes de l'échantillon, tandis que les examens médicaux n'ont pas été souvent cités.

Aussi, l'impact de l'AMP sur la sexualité des couples n'est pas toujours négatif. En effet, l'AMP permettrait parfois d'améliorer le vécu de la sexualité de ces femmes en les affranchissant de la pression morale du but procréatif des rapports sexuels.

DISCUSSION

L'hypothèse de départ est confirmée puisque 86,2 % des femmes ont éprouvé des modifications dans leur sexualité. Notamment une diminution de la fréquence des rapports sexuels a été observée durant l'AMP, mettant en évidence une inversion de tendance par rapport à la période précédant le diagnostic d'infertilité⁽¹²⁾. Ceci pourrait s'expliquer par les troubles psychologiques induits par l'entrée en parcours d'AMP^(12, 17), par la programmation des rapports sexuels^(7, 19) ou encore par la durée du parcours d'AMP.

Pourtant, seulement 55,8 % des femmes pensaient que leur sexualité était différente depuis l'AMP. Peut-être accordaient-elles moins d'importance à certains critères choisis par notre regard extérieur ? Ou bien ont-elles simplement sous-estimé les modifications qui se sont opérées dans leur sexualité depuis le début de leur parcours d'AMP ?

D'autre part, les femmes expriment plutôt un vécu négatif que positif de l'évolution

de leur sexualité avec l'AMP (tableaux 2 et 3). Elles émettent plutôt l'impression que la cause de cette évolution résiderait dans les traitements et l'attente du bébé plutôt que dans les examens médicaux. Ces résultats, en partie concordants avec la littérature^(20, 21), peuvent être associés à

l'absence de lien entre la durée de l'AMP ou le type de parcours et l'évolution de la satisfaction sexuelle. Ils mènent alors à penser que le facteur causal serait plutôt l'entrée en parcours d'AMP, cela renvoyant à la question de leur infertilité. Mais si la plupart des femmes de l'étude n'attribuent

Tableau 2 ► Répartition des précisions apportées par les femmes sur l'évolution de leur sexualité avec l'AMP

Subordination de la sexualité au désir de grossesse	24
Difficultés psychologiques diverses (stress, culpabilité...)	16
Manque de libido	14
Diminution de la fréquence/irrégularité/suppression des rapports sexuels	6
Douleurs (apparition - stagnation - augmentation)	6
Sans précision	4
Conflictualité	3
Intrusion dans la vie intime	1
Évolution du rapport au corps	1
Diminution de l'épanouissement	1
Total des évolutions négatives commentées	76
Sans précision	1
Augmentation de libido	1
But uniquement érotique	2
Diminution des douleurs	1
Augmentation des attentions dans le couple	1
Total des évolutions positives commentées	6

Tableau 3 ► Répartition des sentiments rapportés par les femmes face aux modifications de leur sexualité

Tristesse/Mal	16
Culpabilité	8
Insatisfaction/frustration	6
Distance à la sexualité et au partenaire	6
Détachement de la situation	4
Peur/Stress/Angosse	4
Fataliste	3
Diminution de la confiance en soi	3
Incompréhension	2
Fatigue/Lassitude	2
Agacement/Irritation	2
Inutile à son couple	1
Réduite à l'organe reproducteur	1
Total des sentiments négatifs exprimés par 42 femmes	58
Optimisme	5
Bien-être	6
Sérénité	2
Motivation	1
Total des sentiments positifs exprimés par 13 femmes	13

pas la cause principale des modifications de leur sexualité à l'infertilité, elles l'associent à l'attente du bébé. Pour aller plus loin que la publication d'Huyghe et al en 2013 ⁽¹²⁾, il serait envisageable que la réponse à cette question réside dans leur impossibilité de se réaliser en tant que mère et ne soit finalement pas liée à la perte d'une fonction reproductrice des femmes qu'elles sont.

Toutefois, notre étude reste limitée par la subjectivité des données recueillies et la méthode utilisée. Même si la plupart des résultats obtenus semblent cohérents au regard de la littérature, la taille de l'échantillon ayant répondu aux questions ouvertes représente une limite à la fiabilité des résultats obtenus et à l'extrapolation des données.

D'autre part, différents biais (de sélection par le volontariat et l'admission, de non-réponse, de mémoire, de déclaration et un biais de l'enquêteur) ont été retrou-

vés sans pouvoir toujours en évaluer les répercussions.

Malgré cela l'étude a permis de mettre à jour différentes perspectives d'avenir. Une prise en charge précoce, dès l'entrée en parcours d'AMP pourrait permettre une prévention primaire de la dévaluation de la sexualité avec l'AMP. Notamment par un accompagnement par un(e) psychologue sexologue et la proposition systématique d'utilisation de lubrifiants pour lutter contre les dyspareunies liées à une sécheresse vaginale.

CONCLUSION

Les modifications de la sexualité des femmes sont fréquentes au cours d'un parcours d'AMP. Elles concernent plusieurs aspects de la sexualité : la fréquence des rapports sexuels, les troubles de la sexualité, la satisfaction sexuelle et la satisfaction relationnelle au cours des rapports sexuels.

En outre, si l'impact de cette étude sur le vécu de l'AMP est limité par les biais de l'étude, il semblerait que le vécu des modifications de la sexualité en AMP soit plus souvent négatif que positif. Les femmes attribueraient les modifications de leur sexualité aux hormones ou à l'attente du bébé comme la littérature préexistante le suggérerait. Au contraire, cette étude vient nuancer l'impact des examens médicaux sur le vécu de l'évolution de la sexualité en AMP.

Elle vient également mettre en lumière la tendance des femmes à sous-estimer dans leur esprit les modifications de leur sexualité. Une question se pose alors : l'impact de ces modifications sur le vécu de leur sexualité serait-il plus limité que ce que notre regard extérieur nous laisse imaginer ? Une étude complémentaire serait nécessaire pour approfondir cette question et aborder l'impact de la partie inconsciente de la psyché des femmes. ■

BIBLIOGRAPHIE

- Encyclopédie Larousse en ligne - sexualité [Internet]. [cited 2014 Jan 10]. Available from: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sexualite/91643>
- Bataille G. *L'érotisme*. Les Éditions de Minuit. 1957. p. 17.
- WHO, Gender and human rights [Internet]. WHO. [cited 2013 Nov 19]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/
- OMS, Santé sexuelle [Internet]. WHO. [cited 2014 Nov 24]. Available from: http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes. *Contraception et IVG : les lois* [Internet]. 2010. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/contraception-et-ivg-les-lois.html>
- Elia D, Wayneberg J. *Guide pratique de la vie du couple*. Édition Silipacchi. 1984. p. 1.
- Pascoal PM, de Santa Bárbara Narciso I, Pereira NM. *What is Sexual Satisfaction? Thematic Analysis of Lay People's Definitions*. J Sex Res. 2014;
- Agence de Biomédecine. Activité d'Assistance Médicale à la Procréation 2011 [Internet]. Available from: <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2012/donnees/procreation/01-amp/pdf/amp.pdf>
- Agence de Biomédecine. *Le guide de l'assistance médicale à la procréation*.
- Agence de Biomédecine. Activité d'Assistance Médicale à la Procréation 2012 [Internet]. Available from: <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2013/donnees/procreation/01-amp/pdf/amp.pdf>
- Insee. Population - *Bilan démographique au 1^{er} janvier 2014* [Internet]. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age3.htm
- Huyghe E, Bonal M, Daudin M, Droupy S. [Sexual dysfunctions and infertility]. Progrès En Urol J Assoc Française Urol Société Française Urol. 2013 Jul; 23 (9): 745 – 51.
- Balistreri S, De Gennaro L. *Psychosocial factor and male infertility: a review of empirical studies*. 2003; (48): 17 – 48.
- Wischmann T, Thorn P. (Male) infertility: what does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies. Reprod Biomed Online. 2013 Sep; 27 (3): 236 – 43.
- Olivennes F, Hazout A, Frydman R. *Assistance médicale à la procréation*. 3^e édition. Paris: Masson; 2006. 222 p.
- Marci R, Graziano A, Piva I, Lo Monte G, Soave I, Giugliano E, et al. *Procreative sex in infertile couples: the decay of pleasure?* Health Qual Life Outcomes. 2012; 10: 140.
- Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J. *Aspects psychologiques des couples infertiles*. Sexologies. 2011 Oct; 20 (4): 255 – 60.
- Quattrini F, Ciccarone M, Tatoni F, Vittori G. *Évaluation psychologique et sexologique des couples*. 2010; 19:48 – 52.
- Coëffin-Driol C, Giami A. *L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple : revue de la littérature*. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2004 Jul; 32 (7-8): 624 – 37.
- Salama S, Boitrelle F, Gauquelin A, Jaoul M, Albert M, Bailly M, et al. *Sexualité et infertilité*. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2012 Dec; 40 (12): 780 – 3.
- Gauquelin A, Salama S. *Sexualité et assistance médicale à la procréation, un lien étroit*. Vocat Sage-Femme. 2012 Nov; 11 (99): 12 – 3.

matilio[®]

ALLAITEMENT

Donnez le meilleur lait au monde à votre bébé, le vôtre !

Boisson lactée enrichie en vitamine,
minéraux, oméga 3 et fibres

Association de 3 plantes
galactogènes (fenugrec, anis et orge)
favorisant naturellement la lactation

1 bouteille par jour pour un
allaitement en toute sérénité !

À boire
très frais !



20 cl

goût chocolat, vanille ou caramel
Sans conservateur - Sans bisphénol A

 Fabriqué en France

Disponible dans les
super et hypermarchés
au rayon laits infantiles

Pour vivre pleinement ma vie de maman !

Informations
complémentaires
dans le
Vidal 2016
«pages saumon»

www.matilia.fr



DOSSIER LA DOULEUR

En latin, *poena*: **1.** sentiment désagréable causé par une blessure du corps ou une souffrance mentale. **2.** punition. En grec, *algos*: abandon et perte de l'être aimé.

En 1986, l'International Association of Study of Pain a défini la douleur *"comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire, réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion"*.

Cela a modifié le lien exclusif entre douleur et stimulation périphériques qui fondait toute notre approche et qui avait pris ses racines chez Descartes.

Notre douleur est intime mais elle est aussi en relation avec nos relations au monde éducatif, culturel ou social.

Penchons-nous sur cette douleur de l'accouchement dont témoignent les femmes tout en ne la vivant pas de la même façon pour une même intensité mesurée.

Faisons un détour chez le nouveau-né, à l'origine du monde, pour ne pas oublier que, doué de relation, il est aussi empreint à la douleur.

Enfin, tout ce qui est mis en mots n'est ni perdu ni enfoui et la douleur a son langage; entendons-le, autorisons-le pour mieux accompagner celles et ceux qui ont mal.



La Douleur (1922), statue d'Aristide Maillol, Jardin du Carrousel, Paris.

13	HISTOIRE DE LA DOULEUR DANS L'ACCOUCHEMENT
20	MODÈLES SOCIAUX ET CONTEXTES DE SIGNIFICATION DE LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT
24	LA DOULEUR DE L'ENFANT
27	LA PLAINTÉ



HISTOIRE DE LA DOULEUR DANS L'ACCOUCHEMENT

→ Les traités médicaux anciens (qui évoquent surtout des accouchements “contre nature”) mentionnent souvent la longueur et la violence des couches d'autrefois: il y est question de femmes restant en travail plusieurs jours avec de “violentes et continuelles douleurs”, les “chairs horriblement meurtries”, souffrant d’“ulcération affreuse”, de “suffocation hystérique”, de “fortes pertes de sang”, tombant dans de “grandes faiblesses” ou de “cruelles convulsions”, pouvant aller jusqu'à la mort. Au XVIII^e siècle, la mortalité en couches touche entre 1 et 3 % des parturientes, soit, selon les normes statistiques contemporaines un taux de 1000 à 3000 pour 100 000 naissances. Comme ce risque se renouvelle à chaque naissance et que les femmes ont en moyenne 5 à 10 grossesses, le taux de mortalité maternelle peut atteindre 5 à 10 % des femmes en âge d'enfanter. Les douleurs de l'accouchement doivent être replacées dans un contexte plus général. Depuis toujours, la douleur est le lot commun de tous, hommes et femmes, exposés par leurs modes de vie souvent rudimentaires à de multiples accidents et maladies. Face à la douleur prévaut une résignation atavique, qui a été renforcée par le christianisme: jusqu'aux débuts du XX^e siècle, l'Église valorise les souffrances ici-bas comme une manière de s'associer à la Passion du Christ pour parvenir au salut éternel.

LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT DÉCRITES ET VÉCUES

Aux XVI^e et XVII^e siècles, il va de soi que la principale cause des souffrances de la parturition vient de la malédiction biblique. Ève doit subir la douleur des couches pour avoir été l'instigatrice du péché originel; « *Je multiplierai ta peine et tes grossesses; c'est dans la peine que tu enfanteras des fils (Genèse, 3, 16).* » Après elle, toutes les femmes doivent endurer le “travail” de l'enfantement. Quant à Adam, il est condamné à la fatigue du labeur quotidien: « *C'est à la sueur de ton visage que tu mangeras du pain...* ». Pour un chirurgien du XVII^e siècle comme Jacques Guillemeau (1609), les douleurs de l'accouchement sont “ordinaires”:

Ceci soit dit de l'accouchement naturel et auquel il ne s'est trouvé aucune difficulté, la femme n'ayant beaucoup été travaillée, sans avoir eu de grandes douleurs, sinon celles qui sont ordinaires, et qui lui ont été promises d'avoir pour son péché, qui est qu'elle enfanterait à la sueur de son visage.

Dans cette dernière phrase, Guillemeau n'hésite pas à entre-mêler les deux malédictions, celle d'Ève et celle d'Adam, qui cumulent leurs effets sur chaque parturiente.

Les femmes d'autrefois ont totalement intégré le caractère inévitable et rédempteur des douleurs, comme l'indique au XVII^e siècle cette “prière de la femme enceinte attendant son accouchement”:

En mon accouchement, fortifiez mon cœur pour supporter les douleurs qui l'accompagnent, et que je les accepte comme des effets de votre justice sur notre sexe, pour le péché de la première femme. Qu'en la vue de cette malédiction, et de mes propres offenses dans le mariage, je souffre avec joie les plus cruelles tranchées, et que je les joigne aux souffrances de votre fils sur la croix, au milieu desquelles Il m'a engendrée à la vie éternelle. Elles ne peuvent être si rudes que je ne les mérite, car, bien que la sainteté du mariage ait rendu ma conception légitime, je confesse que la concupiscence y a mêlé son venin et qu'elle m'a fait faire des fautes qui vous déplaisent. Que si votre volonté est que je meure en mon accouchement, je l'adore, je la bénis, je m'y conforme¹.

Cette prière exprime bien la pieuse résignation des futures mères, ainsi que la grande méfiance de l'Église à l'égard des filles d'Ève. La proximité entre les douleurs de l'enfantement et les souffrances du Christ sur la croix va perdurer longtemps dans les mentalités pieuses. Un mémorialiste né en 1918, se remémorant aujourd'hui ses interrogations au moment de la naissance de sa petite sœur en 1923, écrit ainsi:

Ma mère m'expliqua comment les enfants se développaient dans le ventre de leur mère. Elle insista beaucoup sur les souffrances de l'accouchement, me montrant combien elle avait, comme le Christ, souffert pour moi. Du rôle du père il ne fut nullement question et c'est à peu près à cela que se limita dans ma famille comme dans beaucoup d'autres, mon éducation sexuelle².

Du côté des accoucheurs, le poids de la malédiction divine s'estompe au cours du XVII^e siècle. Mauriceau, accoucheur célèbre à Paris dans les années 1660-1680, ne la considère plus comme l'unique source de la souffrance des parturientes. Selon lui, les douleurs de l'accouchement ont aussi une cause “naturelle” qui tient à l'anatomie: la tête de l'enfant, beaucoup plus grosse que celle des animaux, doit élargir l'orifice étroit de la matrice et ne peut le faire qu'avec violence.

→ Sémiologie des douleurs

Pour les accoucheurs d'autrefois, l'observation des douleurs et des cris ont longtemps été un indicateur de l'avancement du

1. Cité par Jacques Gélis, *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne*, Paris, Fayard, 1984, p. 237.

2. Archives familiales privées.

travail. Mauriceau distingue ainsi les "plaintes", correspondant aux douleurs "petites et lentes" du début du travail, des "grands cris" qui annoncent la fin de la dilatation. Ces "bonnes douleurs" seront mises à profit : « *on lui recommandera surtout de faire bien valoir ses douleurs, en retenant son haleine et poussant le plus fortement qu'elle pourra vers le bas, dans le moment qu'elles lui prendront.* » Au total, dans son gros traité de cinq cents pages, Mauriceau ne consacre que trois pages à la description des douleurs : rien n'est fait pour les soulager. Seuls importent un "prompt travail" et une "heureuse délivrance".

Au XVIII^e siècle, les accoucheurs reprennent les mêmes distinctions entre les petites douleurs du début de travail (appelées "mouches") qui donnent des tiraillements ou des coliques, et les grandes douleurs (appelées "tranchées"), donnant déchirements et contractures, qui annoncent la fin du travail. Au total, les sources anciennes décrivent peu les douleurs de l'accouchement.

→ Les cris des parturientes

La matérialité de la souffrance des couches d'autrefois s'exprime avant tout par les cris. C'est à cette manifestation sonore qu'on reconnaît sûrement une femme qui accouche, comme le dit Boccace, dans le *Décameron* : « *Voilà pourtant qu'arrive le terme de l'accouchement et la jeune femme, comme toutes ses pareilles, poussait des cris.*³ » La sage-femme Louise Bourgeois encourage également ses patientes à crier, même quand il s'agit de la reine de France accouchant en public en 1601 :

*Lorsque les remèdes eurent dissipé les coliques, et que la Reine allait accoucher, je voyais qu'elle se retenait de crier. Je la suppliai de ne s'en retenir de peur que sa gorge ne s'enfle. Le Roi lui dit : Ma mie, faites ce que votre sage-femme vous dit : criez de peur que votre gorge ne s'enfle.*⁴

Chez d'autres praticiens, les cris sont à peine évoqués. Ils ne mentionnent les cris qu'indirectement par les conséquences qu'ils provoquent sur la gorge des accouchées. Après l'accouchement, Guilleméau et Mauriceau utilisent la même potion classique pour soulager les parturientes :

*La coutume la plus ordinaire, est de faire prendre aux femmes aussitôt qu'elles sont accouchées, une once d'huile d'amandes douces tirée sans feu, avec autant de sirop de capillaires, le tout mêlé ensemble ; ce qui sert pour adoucir [...] intérieurement la gorge, qui a été échauffée et enrouée par les continuelles lamentations, par les cris, et par les grands efforts de retenir son haleine, que la femme a faits pendant tout son travail [...]*⁵

Les compagnes qui entourent la parturiente n'hésitent pas à s'associer aux cris de la parturiente. Au XVII^e siècle, dans l'Auxerrois, « *on croit que lorsqu'une femme crie et hurle pendant que l'autre est en couches, ces cris et hurlements facilitent son accouchement et diminuent le mal qu'elle sent.* » Dans le premier XX^e siècle, tous les témoignages sur les salles de travail des hôpitaux insistent d'abord sur le continuum sonore. Ainsi à Port-Royal, dans les années 1930, « *c'était des cris, des hurlements de bêtes blessées que nous poussions avec terreur. J'avais très mal.* »⁶

→ Le vécu des souffrances de l'accouchement aux XIX^e et XX^e siècles

Quelques proverbes, collectés dans la France rurale au XIX^e siècle, préviennent les femmes de ce qui les attend : « *Mal de dents et mal d'enfant sont les plus grands qui soient.* » « *Pas de femme enceinte sans douleur.* » « *Ma fille, se marier, c'est tous les jours travailler, dans la douleur enfanter, sans nul espoir soupirer et jusqu'à la mort pleurer.* » « *Les petits os donnent de grandes douleurs.* » « *Gémir comme une vache qui fait un veau.* » « *Prendre les douleurs,* » « *avoir ses douleurs* » sont une manière familière de caractériser un accouchement imminent.

Une idée très répandue autrefois est qu'un accouchement dure toujours longtemps, surtout s'il s'agit d'une primipare ; la future mère sait qu'elle doit se préparer à de longs moments de souffrance qui peuvent aller jusqu'à vingt-quatre heures. Mais pas au-delà, car il y aurait du danger à laisser traîner les choses : « *c'est courir un risque que de laisser le soleil se coucher deux fois pendant un accouchement.* » Après la naissance, l'idée commune veut que les douleurs s'oublient vite : « *Le mal-joli, dès qu'il est passé, on en rit.* » « *Le petit enfant né, les douleurs sont oubliées.* » « *Mal d'enfant se guérit seul.* » Dans une optique rigoriste, les douleurs sont considérées communément comme la rançon du plaisir éprouvé dans l'acte sexuel. Mais cette souffrance a aussi une valeur positive, puisqu'elle permet de "mériter son bébé", comme l'indique l'expression ambivalente de "mal-joli".

→ Les douleurs selon les accoucheurs des XIX^e et XX^e siècles

Au XIX^e siècle, Alfred Velpeau, dans son *Traité complet de l'art des accouchements*, paru en 1835, sans s'arrêter à la distinction traditionnelle entre petites et grandes douleurs, décrit finement l'inégale perception de la douleur chez les parturientes :

*Souvent alors les femmes sont tourmentées par de sinistres présages. Elles se désolent, se désespèrent, disent qu'elles vont mourir, perdent tout leur courage et sont accablées par les idées les plus sombres, une tristesse dont rien ne peut les tirer. Elles pleurent, s'agitent ou restent immobiles, et ressentent quelquefois des horripilations ["chair de poule"] par tout le corps [...] L'intervalle des contractions n'est pas calme, les femmes restent agacées, maussades, impatientes, difficiles à gouverner, ne peuvent se tenir en place, sont mécontentes de tout le monde et d'une susceptibilité extrême [...] Les douleurs peuvent offrir des nuances nombreuses dans leur intensité, sans que pour cela, la force des contractions soit nécessairement différente. Chez une femme nerveuse, extrêmement irritable, une contraction légère produit quelquefois les plus vives douleurs. Au contraire une femme lymphatique, insouciant, dont la sensibilité n'est que peu développée, souffre à peine, bien que la matrice se contracte avec force. Un excès de timidité, de crainte ou la pusillanimité font jeter les hauts cris à quelques-unes, pour le moindre resserrement de l'utérus, tandis que le courage et la résignation en portent d'autres à supporter sans se plaindre les plus fortes contractions.*⁷



Dans les années 1930, l'accoucheur Louis Devraigne, affirmant qu'il « est facile de suivre le travail par l'allure et les cris d'une femme », reprend le même tableau clinique des quatre types de douleurs, en fonction de l'état d'avancement du travail : les "mouches" jusqu'à la dilatation à deux fracs, les douleurs "préparantes", accompagnées de cris "déchirants" jusqu'à la dilatation complète, les douleurs "explosives", avec cris sourds et gutturaux du début de l'expulsion et enfin les douleurs "concas-santes", lorsque la tête sort⁸. Il n'est jamais question de soulager cette douleur si précieuse pour l'accoucheur. À la même époque, un autre accoucheur célèbre, Alexandre Couvelaire, va jusqu'à sacraliser la douleur de la femme qui accouche :

Je garde toute ma tendresse pour les femmes qui, pleines d'espérance et de sérénité joyeuse, attendent sans crainte l'heure des suprêmes douleurs et les acceptent avec la volonté parfois stoïque d'être les premières à entendre le premier cri de l'être qu'elles ont nourri de leur sang ; ne laissons pas périr cette source de joie profonde, gardons-nous de cultiver systématiquement le désir des solutions rapides à heures fixes, dans le sommeil des anesthésies complètes ; ne faisons rien qui contribue à diminuer la beauté morale des mères de nos enfants⁹.

À la fin du XIX^e siècle se développe une théorie très appréciée qui insiste sur la variabilité culturelle de la douleur dans l'accouchement. À l'époque des colonisations, après avoir observé des accouchements de femmes indigènes qui ne criaient pas, quelques Européens ont cru qu'elles ne souffraient pas. George Engelmann, d'origine viennoise, professeur d'obstétrique au Missouri Medical College, publie en 1882 *Labor among Primitive Peoples*, ouvrage vite devenu un best-seller et un classique de l'obstétrique¹⁰. Selon lui, les femmes des peuples primitifs accouchent facilement et rapidement, alors que les femmes des pays "civilisés" ont des accouchements longs et douloureux. Les causes de ces douleurs sont variées : Engelmann incrimine pêle-mêle la civilisation, le luxe, l'oisiveté, les folies de la mode et les mariages interraciaux. Si l'on veut que les femmes "civilisées" cessent de souffrir en donnant la vie, il suffit de les rendre à "l'état de nature" (en les laissant accoucher en position accroupie, par exemple). Cet ouvrage n'a rien de scientifique : il s'appuie sur des sources partiales et partielles. Pourtant l'idée que les douleurs de l'accouchement sont une invention de la civilisation moderne a la vie dure. Elle est reprise en France au début du XX^e siècle par des médecins que leur inquiétude face à la dénatalité française pousse à idéaliser le bon vieux temps :

Plus qu'autrefois se développe l'appréhension des douleurs de l'enfantement. La douleur physique était jadis partie intégrante de toute vie : on faisait souffrir sans remords, on souffrait avec courage. Nous avons désappris la souffrance. Nous frémissons au récit d'opérations terribles effectuées sans le secours du chloroforme, alors qu'aujourd'hui, pour nous faire arracher une dent, nous réclamons l'emploi d'un anesthésique. Nos grands-mères, plus robustes peut-être que nos filles, n'étaient guère plus inquiètes de souffrir lorsqu'elles allaient mettre au monde un enfant que lorsqu'elles devaient recourir, pour se faire enlever une dent, aux bons offices du barbier¹¹.

DU SOULAGEMENT À LA SUPPRESSION DE LA DOULEUR

Depuis toujours, on s'est efforcé de soulager les douleurs de l'accouchement : d'abord par des moyens traditionnels, puis à partir des années 1840 par l'anesthésie, ensuite dans les années 1930-1950 par la mise au point de méthodes naturelles d'accouchement "sans crainte" ou "sans douleur", et enfin à partir des années 1980 par la péridurale.

→ Les moyens traditionnels

Au début du XVII^e siècle, la sage-femme Louise Bourgeois, affirme comme un lieu commun que, si on ne peut abolir les douleurs de l'enfantement, on doit au moins s'efforcer de les atténuer. Il faut d'abord veiller à la qualité de l'environnement matériel et psychologique autour de la parturiente ; les thérapeutiques anciennes attachent une grande importance au bon usage des six choses dites "non naturelles" (air, aliments et boissons, sommeil et veille, mouvement et repos, excréments, émotions et sensations) :

Quand la femme est en mal d'enfant, on doit s'efforcer de la distraire par des propos agréables, capables de l'amuser et de lui faire oublier son mal.¹²

Parez de fleurs l'appartement [...], ménagez-y une douce obscurité ; faites-y entendre le bruit uniforme d'un jet d'eau ; balancez un voile devant ses yeux ; agitez l'air autour d' [elle], par de légères ventilations ; et que tout [la] rappelle au silence et au repos. [...]

Voilà par quels moyens vous émoûsserez le sentiment de la douleur en agissant non sur elle, mais sur les nerfs qu'elle tourmente, sur la sensibilité qu'elle excite, sur l'âme qu'elle déchire.¹³

3. Septième nouvelle du cinquième jour, citée par Danièle Alexandre-Bidon et Monique Closson, *L'enfant à l'ombre des cathédrales*, Lyon, PUL, 1985, p. 61.
4. Louise Bourgeois, *Les six couches de Marie de Médicis...*, Achille Chéreau (éd.), Paris, L. Willem, 1875, p. 113.
5. François Mauriceau, *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées...*, Paris, 1668, 3e édition 1681, p. 363.
6. Françoise Thébaud, *Quand nos grands-mères donnaient la vie... La maternité en France entre les deux guerres*, Lyon, PUL, p. 300.
7. Alfred Velpeau, *Traité complet de l'art des accouchemens...*, Paris, Ballière, 2^e éd., 1835, tome 1, p. 444.
8. Louis Devraigne, *Propédeutique obstétricale*, Paris, 1934, cité par F. Thébaud, Op.cit., p. 256. Cependant, si la douleur et les cris sont trop forts, Devraigne concède que cela peut gêner le médecin : « Un peu avant la dilatation complète, on se trouve souvent bien de faire une anesthésie légère dite à la reine. » Il conseille donc l'anesthésie, non pour soulager la parturiente, mais pour le confort du médecin.
9. Alexandre Couvelaire, *Regards sur l'obstétricie*, discours du 5 octobre 1933 au 8^e congrès de l'Association des gynécologues-obstétriciens, cité par Françoise Thébaud, Op. cit., p. 258.
10. L'ouvrage est traduit en français dès 1885, sous le titre, *De l'accouchement comparé dans les races humaines*.
11. R. de Félice, *Les naissances en France*, Paris, 1910, cité par J. Léonard, Archives du corps. La santé au XIX^e siècle, Rennes, Ouest-France, 1986, p. 317.
12. Gilles de La Tourrette, accoucheur à Loudun à la fin du XVIII^e siècle, cité par Jacques Gélis, *L'Arbre et le fruit. La naissance dans l'occident moderne*, Paris, Fayard, 1984, p. 234.
13. Marc-Antoine Petit, Discours sur la douleur, Lyon, 1799, éd. Peter J.-P., De la douleur. Observations sur les attitudes de la médecine prémoderne envers la douleur, Paris, Quai Voltaire, 1993, p. 108. Cf. aussi Roselyne Rey, Histoire de la douleur, Paris, La Découverte, 1993.

>

On peut aussi s'efforcer d'abrégier le temps des douleurs en hâtant la descente de l'enfant par des manipulations diverses : percer la poche des eaux avec l'ongle ; dilater le col de l'utérus avec les doigts enduits de pommade, beurre ou huile ; appuyer sur le ventre ; lubrifier d'huile les "parties" pour faciliter le passage de l'enfant.

Enfin, la médecine ancienne a une bonne connaissance des plantes calmantes ou analgésiques, récoltées dans la nature ou cultivées dans les jardins, et utilisées en potions, décoctions, frictions ou cataplasmes : jusquiame, ciguë, mandragore, lierre grim pant, valériane, aconit, belladone, chardon béni, pavot blanc. Ajoutons le laudanum, composé au XVII^e siècle et l'alcool (sous forme d'eau-de-vie), souvent administrés généreusement aux parturientes, comme à tous les malades. Au XIX^e siècle, l'industrie pharmaceutique produit des médicaments qui soulagent efficacement la douleur : acide salicylique, quinquina gris (anti pyréti que), cocaïne, alcaloïdes.

→ **L'anesthésie et ses diverses applications aux XIX^e et XX^e siècles**

En 1831-34, les propriétés sédatives et anesthésiques du chloroforme sont découvertes et appliquées pour la première fois à l'accouchement en 1847 par James Simpson, professeur d'obstétrique à l'université d'Édimbourg. Malgré l'opposition violente de certains de ses collègues (effrayés par les effets secondaires de l'anesthésie) et celle des milieux ecclésiastiques (attachés à la lettre de la malédiction biblique), il met au point un protocole pour les accouchements sous chloroforme (administré simplement sur un mouchoir plaqué contre le nez et la bouche de la parturiente). La cause du chloroforme est définitivement gagnée lorsqu'en 1853, la reine Victoria demande à accoucher sous chloroforme pour Léopold, son huitième enfant, créant ainsi la mode de "l'accouchement à la reine". En France, les accoucheurs sont plutôt réticents et, en 1856, l'impératrice Eugénie, assistée par l'accoucheur Paul Dubois, refuse l'anesthésie pour la naissance du Prince impérial.

Dans les pays anglo-saxons, c'est sous la pression active des femmes que bien des médecins sont obligés d'utiliser le chloroforme. À la fin des années 1840, sitôt connue la nouvelle découverte, des parturientes anglaises font le voyage jusqu'à Édimbourg pour accoucher sous anesthésie. Aux États-Unis, les femmes sont bien informées et réclament très tôt l'éther ou le chloroforme. Dès 1847, Fanny Longfellow, première femme américaine à accoucher sous éther, proclame que l'anesthésie est "le plus grand bienfait de notre époque"¹⁴. Les médecins américains, d'abord partagés sur les dangers des anesthésiques, sont obligés de répondre à la demande, sous peine de perdre leur clientèle¹⁵. En 1900, aux États-Unis, 50 % des naissances suivies par des médecins se font sous chloroforme ou sous éther, ce qui a pour conséquence une hausse de l'utilisation des forceps. L'anesthésie progresse sous l'effet d'une double demande : celle des femmes qui, au tournant des XIX^e et XX^e siècles, combattent à la fois pour le droit de vote et le droit de ne plus souffrir en accouchant ; et celle de nombreux médecins qui en ont assez de leur impuis-

sance devant les douleurs des parturientes, comme l'exprime en 1895, un médecin américain :

Avant d'adopter l'anesthésie dans ma pratique, j'ai passé des heures à assister des femmes en travail ; j'ai entendu avec angoisse leurs cris, leurs demandes de soulagement, leurs plaintes d'une agonie insupportable ; pendant des heures, ces scènes se sont gravées dans ma mémoire et je ne pourrai jamais les oublier. Grâce au chloroforme que j'utilise couramment, je ne vis plus de scènes aussi pénibles. C'est une bénédiction pour la patiente, mais aussi pour le médecin. Sans la possibilité de soulager les souffrances humaines, comme la vie d'un médecin serait pénible et peu gratifiante¹⁶ !

Pendant toute la première moitié du XX^e siècle, aux USA et en Grande-Bretagne, l'accouchement avec anesthésie (sous protoxyde d'azote qui réapparaît en 1922, puis à partir de 1939 sous anesthésiques de synthèse) est très largement pratiqué, y compris à domicile. En milieu hospitalier, où se font la majorité des accouchements, c'est automatique, on ne demande même pas leur avis aux femmes. En France, au contraire, la plupart des médecins, mal formés aux méthodes de l'anesthésie, s'en méfient et la pression des femmes n'a jamais été aussi forte que dans les pays anglo-saxons.

→ **Les méthodes psychoprophylactiques (1930-1970)**

Dans les années 1930-1940, des méthodes "douces" de soulagement de la douleur obstétricale voient le jour simultanément en Angleterre et en URSS et se propageront dans les années 1950 en Europe et aux États-Unis. En Angleterre, la méthode de naissance "sans crainte" ou "sans violence", préconisée par Grantley Dick-Read (1890-1959), est une réaction au recours généralisé à l'anesthésie obstétricale dans le monde anglo-saxon. Comme il l'explique dans son premier livre *Natural Childbirth* (1933), à l'origine de sa découverte, il y a une expérience fondatrice au chevet d'une parturiente dans un quartier pauvre de Londres : quand il lui propose du chloroforme, elle refuse et affirme qu'elle ne souffre pas. Read a alors « la révélation qu'aucune loi naturelle ne justifiait la souffrance de l'accouchement ». Si les douleurs ne sont pas une fatalité, d'où viennent-elles ? de la peur, engendrée par les récits, les lectures et tout l'environnement culturel autour des femmes enceintes ; cette peur engendre une tension qui entraîne la douleur. Pour rompre le cercle vicieux Peur-Tension-Douleur, il faut expliquer les différentes phases de l'accouchement et entraîner physiquement les femmes. Read est peu reconnu en Grande Bretagne, où ses critiques sévères des pratiques de ses collègues lui attirent beaucoup d'inimitiés. En revanche, aux États-Unis, où son livre est publié à nouveau en 1944, sous le nouveau vocable de naissance "naturelle"¹⁷, il est bien reçu : de nombreux hôpitaux mettent en pratique sa méthode, qui

14. Judith Walzer Leavitt, *Brought to Bed. Childbearing in America, 1750-1950*, New York, Oxford University Press, 1986, p. 116.

15. Edward Shorter, *Le corps des femmes*, Paris, Seuil, 1984, p. 140-141.

16. Bedford Brown, cité par Leavitt, op. cit., p. 126 (traduction M.-F. Morel).

17. Grantly Dick-Read, *Childbirth without Fear. The Principles of Natural Childbirth*, New York Harper, 1944.

kitett®

Le service sur mesure KolorYou®
Aide dans le choix de la taille de tétérèlle

Application mobile KolorYou® :

KolorYou® est destinée aux jeunes mamans souhaitant utiliser les tétérèlles KOLOR® dans le cadre de l'utilisation d'un tire-lait Kitett®.

L'application concerne également les professionnels de santé qui désirent apporter une aide et des conseils personnalisés auprès de leurs patientes.

KolorYou® est un outil permettant :

- D'aider la maman à trouver la taille de tétérèlle la plus adaptée à sa morphologie ;
- D'orienter la maman vers le pharmacien ou le revendeur le plus proche afin de faciliter la mise à disposition du matériel.

DTF medical a développé cette application mobile dans le but :

- D'accompagner la maman dans sa démarche d'allaitement ;
- D'aider les professionnels de santé à conseiller les mamans.

L'application est disponible, en téléchargement libre, sur les plateformes App Store et Google Play :



Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.koloryou.com

KOLORYOU®

L'ALLAITEMENT PAR DTF MEDICAL



19, rue de la Presse - CS 60132
42003 Saint-Etienne Cedex 1 - France

Tél. : +33 (0)4 77 74 51 11 - Fax : +33 (0)4 77 79 67 72

E-mail : dtf@dtf.fr - www.dtf.fr

DTF
medical

reçoit sa consécration médiatique lors d'un article élogieux, illustré de belles photos, dans le numéro de *Life* du 30 janvier 1950¹⁸. Du côté français, Read est peu connu, malgré plusieurs tournées de conférences en 1938 et 1947. Son livre n'est traduit dans notre langue qu'en 1953.

En France, la modernité obstétricale ne vient pas de l'ouest, mais de l'est, grâce au docteur Fernand Lamaze (1890-1957), accoucheur à Paris à la polyclinique des métallurgistes de la rue des Bluets, et intéressé par les méthodes pratiquées par les accoucheurs soviétiques des années 1930. Velvoski et Nikolaïev, appliquent les résultats des travaux de Pavlov sur les réflexes conditionnés à la préparation physique et psychique de la femme enceinte ; bien éduquée, bien conditionnée à déconnecter les centres de la douleur dans le cerveau, bien accompagnée, toute femme peut arriver à accoucher sans douleur¹⁹. En 1951, participant à une mission médicale en URSS, Lamaze réussit à obtenir d'assister à Leningrad à un accouchement contrôlé par ce type de "psychothérapie" (selon ses propres termes). Il en revient bouleversé et, avec son assistant Pierre Vellay, il propose aux Bluets une méthode (originale par rapport au modèle soviétique), reposant sur trois principes :

- 1 Un enseignement sur l'accouchement à l'aide de schémas et de films destinés à supprimer chez la future mère la peur de l'inconnu et de la douleur ;
- 2 Une éducation physique comportant six séances d'instruction à la relaxation et à la respiration légère pendant les deux derniers mois de la grossesse ;
- 3 Une éducation psychique agissant sur l'anxiété et tendant à supprimer la perception de la douleur par le cerveau.

Dès 1952, 500 accouchements "sans douleur" sont réalisés aux Bluets. Dans un article publié à cette époque dans *La Gazette médicale de France*, Lamaze et Vellay montrent combien l'expérience est positive : « *La Maternité du métallurgiste est une Maternité où on ne crie plus. On n'y crie plus parce que l'on n'y souffre plus.* »²⁰ Ils proposent la généralisation de l'ASD à l'ensemble des établissements d'accouchement. Malgré ses succès évidents, l'expérience a ses détracteurs : médecins conservateurs opposés à la pratique de Lamaze (qui est compagnon de route du Parti communiste et travaille dans un établissement géré par les syndicats CGT de la métallurgie de la Seine) ; médecins et milieux traditionalistes attachés à la lettre de la Bible ; gestionnaires trouvant la nouvelle méthode trop coûteuse en personnel, en locaux et en moyens. Pourtant dès 1953, les partisans de l'Accouchement Sans Douleur commencent à faire école. Propagé par des tournées de conférences, vigoureusement soutenu par l'Union des Femmes françaises (proche du parti communiste), l'ASD, devenu la méthode psychoprophylactique (PPO), se répand d'abord dans les maternités parisiennes, puis dans toute la France de 1953 à 1956, surtout dans les départements où l'implantation syndicale et ouvrière est forte. Des centaines de médecins accoucheurs et de sages-femmes s'initient à la PPO au cours de stages organisés à la Polyclinique des Bluets. En 1956, la Sécurité sociale accepte le remboursement des six séances de préparation qui passeront à huit dans les années 1960. En

1956 encore, levant définitivement les réticences des milieux catholiques, le pape Pie XII donne son approbation à l'ASD.

Soulignons plusieurs paradoxes de l'histoire française de l'Accouchement Sans Douleur. Destinée à soulager les nombreuses femmes, qui accouchent à l'époque du "baby-boom", cette méthode n'a pas été prise à l'initiative des femmes ou des mouvements féministes, d'ailleurs peu actifs durant les années 1950. Comme pour la promotion de l'accoucheur aux XVII^e et XVIII^e siècles, ce sont des hommes (Read, Lamaze, Vellay) qui ont décidé de transformer les conditions de la naissance, pour que les femmes ne souffrent plus. Le rôle joué en France par l'URSS comme modèle et par les milieux communistes comme propagateurs est aussi tout à fait étonnant, particulièrement si l'on songe qu'on est en pleine guerre froide dans les années 1950²¹ et que le milieu des métallos n'est pas particulièrement féminisé, ni encore moins féministe ! Remarquons enfin la rapidité de l'approbation de la nouvelle méthode par la hiérarchie catholique, qui contraste singulièrement avec ses résistances ultérieures à propos de la contraception et de l'IVG. Remarquons enfin que, chez Read, comme chez Lamaze, on retrouve implicitement le postulat (déjà exprimé en 1882 par Engelmann) qui voudrait que l'accouchement "naturel" ne soit pas douloureux : « *Ce n'est pas le moindre des paradoxes de la méthode psychoprophylactique que de vouloir retourner à cet état de nature idyllique dont la culture nous éloigne par un apprentissage de techniques [...] il ne s'agit ni plus ni moins d'éduquer les femmes à retourner à la nature ; en quelque sorte de leur réapprendre l'instinct.* »²²

→ La péridurale

Au cours des années 1960-1970, la méthode psychoprophylactique évolue : la préparation à l'accouchement qui se faisait à l'origine sous forme de cours collectifs, devient moins académique et plus personnalisée ; de nouvelles techniques (yoga, sophrologie) visent à mieux détendre la parturiente ; à la suite des travaux des docteurs Leboyer et Odent, suivis par l'essor de l'haptonomie, on s'intéresse davantage à l'accueil du nouveau-né et moins à sa mère. L'unanimité concernant les bienfaits de l'ASD commence à se déliter. Certaines voix s'élèvent pour dire le désarroi de celles qui n'ont pas réussi à "indoloriser" et ont été mal notées par les équipes soignantes : « *L'accouchement sans douleur est presque toujours un leurre : 80 % des femmes souffrent atrocement durant l'accouchement* », écrit Marie-José Jaubert en 1979²³. C'est précisément à cette époque que l'Accouchement Sans Douleur s'efface devant la péridurale, technique d'indolorisation connue dès les années 1920, qui commence à être utilisée à grande échelle pour les accouchements. Ici encore, les réticences du corps médical, préoccupé par les dangers potentiels de la nouvelle technique, sont balayées assez vite par la demande des femmes et par celle des soignants, que la péridurale vient également soulager. Comme le dit en 1995 une sage-femme des Lilas :

Depuis l'arrivée de la péridurale en obstétrique, je dois reconnaître n'avoir plus jamais eu à vivre ces accouchements où



la naissance était davantage vécue par la femme comme une séance de torture et où, nous, les sages-femmes impuissantes, nous sortions de ces accouchements remplis de honte ²⁴.

→ **La douleur vécue dans l'accouchement à domicile aujourd'hui**

Alors que l'accouchement sous péridurale est largement pratiqué aujourd'hui dans les maternités françaises, un petit nombre de femmes revendique le droit et la possibilité d'accoucher à la maison dans un espace intime et familial, avec la seule assistance d'une sage-femme, ce qui exclut d'emblée tout recours à la péridurale. L'absence d'anesthésie place la douleur au centre de l'expérience. La préparation personnalisée à ce type d'accouchement permet non seulement de donner aux femmes des techniques pour mieux la gérer, mais elle tente surtout de lui apporter un sens. Pour sa thèse et son livre, *Sociologie de l'accouchement* (PUF, 2007), la sociologue Béatrice Jacques a interrogé des femmes qui avaient fait ce choix. Chaque parturiente interviewée reconnaît avoir souffert, mais considère la douleur comme relevant de l'événement lui-même : accoucher est une épreuve douloureuse, "c'est comme ça".

Je crois que la douleur ça va avec la naissance, ça fait partie de l'événement, si on l'enlevait, ça enlèverait tout le sens de l'expérience. Je passe toute ma grossesse à ne prendre aucun médicament et j'accepterais à la fin de me faire shooter d'anesthésiant ? C'est pas logique. Pour moi, la douleur, c'est profond, intense. C'est la naissance, c'est fort (Jocelyne).

La souffrance ou plutôt la douleur de l'accouchement n'est comparable à aucune autre. Ce n'est pas une douleur que j'ai subie, mais que j'ai pu accompagner. Je pense que l'accouchement est une épreuve initiatique qui nous permet de grandir. Pour moi, il ne s'agit pas de lutter contre son corps mais de l'habiter pleinement et respecter son rythme pour que l'accouchement se fasse mieux (Victoire).

La douleur n'a jamais constitué une souffrance, car je vivais cette étape comme un moment clé par lequel il fallait passer. Je pensais que chaque contraction me rapprochait de mon enfant (Souad).

Avec C. Revault D'Allones ²⁵, on pourrait voir dans ce mouvement "néodoloriste", la survivance d'attitudes anciennes et traditionnelles valorisant la douleur dans un contexte chrétien. Pourtant, sur l'ensemble de femmes interrogées, une seule se déclare catholique, mais non pratiquante. On peut donc dire que, chez ces femmes, le facteur de la religion n'est pas intervenu dans la construction du rapport à la douleur. Dans notre société qui combat toutes formes de souffrances, l'acceptation consciente des douleurs de l'accouchement prend une signification nouvelle de contestation. Ces femmes veulent respecter leur physiologie. On trouve chez quelques-unes, l'idée qu'une "transgression" de la nature ne pourrait qu'inévitablement "se payer en retour" (par une césarienne, des forceps). Ce discours est appuyé par les résultats d'enquêtes qui établissent un lien entre l'augmentation du taux de péridurale et celui des extractions instrumentales et chirurgicales.

Ces femmes considèrent aussi que l'expérience de la douleur a forgé leur identité individuelle. Sont associés à la souffrance les termes de "maturation", de "douleurs éducatives", qui permettent à l'individu d'affronter plus facilement les épreuves de la vie sociale. « *Cela m'a donné une force pour tout surmonter. Après ça, on est plus fort, on a une meilleure estime de soi* », déclare Géraldine. « *Le fait de vivre pleinement cet accouchement aide énormément à se responsabiliser. On est là, on n'a plus de doute. C'est un moment où on touche ses limites, où on se retrouve* » raconte Souad. « *J'ai appris énormément sur moi-même, sur ma force pendant mes deux accouchements* », ajoute Carla.

L'histoire du soulagement de la douleur dans l'accouchement s'est donc faite grâce à la conjonction de trois mouvements : les découvertes médicales de techniques et de produits anesthésiants (qui ne suffisent pas à elles seules à entraîner une utilisation généralisée de l'anesthésie) ; la demande des femmes de ne plus souffrir en accouchant (ce qu'elles ont parfois obtenu au péril de leur vie, à cause des accidents d'anesthésie) ; la volonté du corps médical de ne plus assister dans l'impuissance à des couches douloureuses et souvent dramatiques. Notons enfin que, depuis deux siècles, pour le monde médical comme pour les femmes, le mode préférentiel de soulagement de la douleur s'est fait en recourant aux anesthésiants ; les méthodes "douces" comme la PPO, n'ont été utilisées que pendant peu de temps et assez rapidement marginalisées ²⁶, même si aujourd'hui quelques rares pionniers du retour à l'accouchement à la maison refusent la péridurale et insistent sur l'intérêt d'arriver à gérer les douleurs du travail par des procédés "naturels". ■

18. Le magazine *Life* compte alors plus de vingt millions de lecteurs.

19. Paula Michaels, Lamaze. *An International History*. New York, Oxford University Press, 2014.

20. Cité par Michel Dreyfus, "La polyclinique des Bluets et les débuts de l'accouchement sans douleur (1938-1957)", *Matériaux pour l'histoire de notre temps*, Nanterre, BDIC, janvier-mars 1999, p. 31. Cf. aussi du même Michel Dreyfus, *Une belle santé*, opuscule édité pour le 50^e anniversaire de la Maternité de l'Hôpital des Métallurgistes aux Bluets, Paris, 1997. L'ouvrage fondamental sur l'ASD, est celui de Jocelyne George et Marianne Caron-Leulliez, *L'accouchement sans douleur. Histoire d'une révolution oubliée*, Paris, L'Atelier, 2004.

21. Cf. sur ce point, Marianne Caron-Leulliez, "Obstétrique et guerre froide. La bataille de l'accouchement sans douleur", *Pratiques et cultures politiques dans la France contemporaine*, Mélanges offerts à Raymond Huard, Montpellier, Université Paul Valéry, 1995, p. 179-195.

22. Marilène Vuille, *Accouchement et douleur. Une étude sociologique*, Lausanne, Antipodes, 1998, p. 57.

23. Marie-José Jaubert, *Les Bateleurs du mal-joli. Le mythe de l'accouchement sans douleur*, Paris, Balland, 1979, 4^e de couverture.

24. Chantal Birman, *L'heureux événement. Une histoire de l'accouchement*. Catalogue de l'exposition du Musée de l'Assistance publique, Paris, 1995, p. 177.

25. *Le mal joli*, Paris, Plon, 1976 et 1991.

26. À cet égard, il est frappant de constater qu'actuellement, pour le public non averti, l'Accouchement Sans Douleur est presque toujours confondu avec la péridurale.

MODÈLES SOCIAUX ET CONTEXTES DE SIGNIFICATION DE LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT

→ L'histoire de la médecine occidentale est riche en querelles, en thèses et en gloses à propos de la réalité, des causes et de l'utilité des douleurs de l'accouchement. D'abondantes dissertations furent composées par des médecins qui, outre leur culture savante, partageaient un bien commun : celui d'appartenir à un sexe épargné par l'objet de tant de discours. Certains tenaient la douleur pour indispensable au travail efficient de l'utérus ; d'autres jugeaient qu'elle contrecarrait la bonne marche de l'accouchement ; d'autres encore n'y voyaient qu'une donnée d'importance secondaire. Certains compatissaient avec les jeunes mères confrontées à une épreuve jugée terrible ; d'autres décrivaient avec dédain les femmes "pusillanimes" dont les réactions (l'agitation, les supplications ou les cris) transgressaient les convenances.

Au XX^e siècle, l'obstétrique présente encore des contrastes fascinants à l'égard des douleurs. Dans les premières décennies, les attitudes médicales se divisent entre l'acceptation d'une fatalité immémoriale et une quête effrénée de moyens de soulager la douleur (par une vaste gamme de substances administrées par inhalation, par voie orale, rectale, par injections intraveineuses, intramusculaires, rachidiennes...). La prudence conservatrice côtoie les tentatives les plus audacieuses de maîtriser la marche de l'accouchement tout en jugulant la douleur. Au milieu du siècle, quelques obstétriciens et psychiatres croient pouvoir clore définitivement le débat. Leur proposition est déconcertante de simplicité : non seulement la douleur est nuisible au moment de l'accouchement (les parturientes qui souffrent ont un comportement désordonné, leur respiration entravée nuit à une bonne oxygénation de l'enfant à naître), mais surtout elle n'a aucune raison d'être. En effet, l'accouchement peut se dérouler sans la moindre souffrance, et cela d'autant plus facilement qu'il est de nature indolore ! C'est parce qu'elles ont peur et qu'elles ne savent pas accoucher que les femmes souffrent

au cours d'un phénomène physiologique qui, en tant que tel, ne devrait provoquer aucune douleur. Il convient donc de leur apprendre à accoucher – comme on apprend à nager, à lire ou à écrire, selon l'expression récurrente des promoteurs de la méthode psychoprophylactique d'Accouchement Sans Douleur¹.

Cette nouvelle méthode connaît un grand succès, même si l'idée que l'accouchement soit naturellement indolore est loin d'être acceptée à l'unanimité. L'approche psychoprophylactique apporte une vision positive de la naissance, celui d'un événement auquel il est possible et opportun de se préparer, que les parturientes entraînées à des techniques corporelles simples peuvent vivre consciemment et joyeusement, dans une collaboration active avec le personnel médical et avec leur conjoint. Elle impose un modèle dans lequel les parturientes doivent surmonter la douleur en mobilisant les ressources développées grâce aux cours de préparation à la naissance. On dit alors de celles qui y parviennent qu'elles ont "réussi" leur accouchement. À l'inverse, celles qui n'accueillent pas les contractions avec le comportement attendu, qui sont envahies par la douleur et la manifestent, ou qui réclament des produits antalgiques, sont en échec. Ce modèle commence à être rejeté ouvertement dans les années 1970 pour laisser place à une attitude de refus de l'épreuve de la douleur. L'analgésie péridurale s'impose comme la nouvelle solution idéale. Au fil des ans, l'amélioration de la technique et des dosages aide à dissiper bien des réticences envers cette forme de "prise en charge" des parturientes, même si certaines critiques et résistances perdurent.

À chaque période correspond un modèle social dominant, qui confère aux douleurs de l'accouchement un sens (ou un non-sens) partagé au sein d'une communauté, et rend certains comportements des parturientes désirables ou non. Ces modèles sont soutenus par une généralisation et par une moralisation très forte. Généralisation, car les douleurs, toujours particulières à cette parturiente-là aux différents moments de cet accouchement-là, sont ramenées à une expérience générique, celle de "la" douleur de l'accouchement, comme si elle était semblable pour toutes. Moralisation, car des valeurs positives et négatives sont accolées aux souhaits et aux attitudes des femmes enceintes selon qu'ils sont



conformes aux normes ou s'en écartent. Ainsi, là où domine le modèle hérité de la psychoprophylaxie obstétricale, des propos dépréciatifs sont parfois tenus à l'égard des femmes "infantiles" ou "douillettes" qui "pleurnichent" pendant les contractions. À l'inverse, là où le règne de la péridurale est bien établi, celles qui souhaitent s'en passer risquent d'être qualifiées de "masochistes" ou sont soupçonnées d'être des écolos naturalistes extrémistes.

Il y a une vingtaine d'années, j'ai conduit une recherche sur les représentations sociales de la douleur de l'accouchement en Suisse romande, précisément quand s'amorçait la transition entre deux modèles². Un changement fondamental d'attitude, porté par la médecine de la douleur, cette nouvelle spécialité organisée autour de la douleur chronique, était en train de se produire dans tous les domaines de la médecine³. De nouvelles directives visaient à accroître l'attention à la douleur, son évaluation systématique et son soulagement aussi souvent que possible, des "plans douleur" étaient mis en place dans les hôpitaux afin d'accélérer la transformation des attitudes et des pratiques. Dans les journaux professionnels comme dans la presse grand public, des médecins et des journalistes déclaraient l'inutilité de la douleur et annonçaient, sur un ton déraisonnablement triomphal, sa prochaine éradication. La douleur physique, qu'elle fût légère ou importante, paraissait s'être vidée de toute signification culturelle positive. Le contraste entre ce discours sur la douleur en général et les représentations liées aux douleurs particulières de l'accouchement était alors tout à fait frappant. À une époque devenue ardemment algophobe, la nécessité d'affronter les douleurs spécifiques qui accompagnent la naissance d'un enfant était encore affirmée. Elles seules, avec les douleurs auto-infligées lors d'activités sportives, conservaient sens et valeur⁴. Le fait qu'elles soient produites par un événement le plus souvent heureux et physiologique semblait exclure la nécessité d'une analgésie. La situation d'exception des douleurs de l'accouchement – admises, voire prônées dans une société désormais antidoloriste – suscitait de l'ambivalence chez les femmes interrogées. Certaines jeunes mères paraissaient presque s'excuser d'avoir demandé et obtenu une analgésie péridurale et décri-

vaient leur accouchement comme "quand même réussi". L'entourage des parturientes avait parfois cherché à les dissuader de recourir à une analgésie⁵.

La résistance sociale qui a accompagné la montée en puissance de l'analgésie péridurale a pu prendre la forme de pressions directes de proches des femmes enceintes, ou de la sage-femme en service au moment de leur accouchement⁶. Elle s'est aussi manifestée, de façon bien plus indirecte mais néanmoins éloquente, dans une légende urbaine qui m'a été rapportée à plusieurs reprises aussi bien en France qu'en Suisse, au tournant des années 2000.

L'anecdote était la suivante : *l'amie (ou la cousine, ou la collègue) d'une amie se trouve à la caisse d'un supermarché⁷. Juste devant elle, une femme paie ses courses et se dirige vers la sortie en oubliant son enfant dans le caddie. Rappelée par la caissière, la mère penaud déclare en guise d'excuse : « C'est que, vous savez, j'ai accouché sous péridurale... »*. Cette histoire savoureuse révèle le malaise et la suspicion qui a pu entourer (et qui entoure encore) l'analgésie obstétricale : et si la suppression de la douleur nuisait à l'établissement du lien d'attachement entre la mère et l'enfant ?

L'idée que la douleur favoriserait l'amour maternel est très ancienne et persiste jusqu'à aujourd'hui. Erasmus Darwin (1731-1802), médecin et grand-père de Charles Darwin, estimait par exemple que, sans l'intervention de la douleur, les femelles d'un grand nombre d'espèces animales mangeraient leurs petits à la mise bas⁸.

LE FAIT QU'ELLES SOIENT PRODUITES PAR
UN ÉVÉNEMENT LE PLUS SOUVENT HEUREUX
ET PHYSIOLOGIQUE SEMBLAIT EXCLURE LA
NÉCESSITÉ D'UNE ANALGÉSIE.

1. Sur l'histoire de l'Accouchement Sans Douleur, M. Caron-Leulliez et J. George, *L'accouchement sans douleur. Histoire d'une révolution oubliée*. Paris : Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières, 2004, et P. A. Michaels, Lamaze. *An International History*. New York : Oxford University Press, 2014.19. Paula Michaels, Lamaze. *An International History*. New York, Oxford University Press, 2014.
2. M. Vuille, *Accouchement et douleur. Une étude sociologique*, Lausanne, Antipodes, 1998.
3. Sur l'histoire de la médecine de la douleur aux États-Unis et en France, I. Baszanger, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995.
4. Sur les significations de la souffrance dans le sport, et plus particulièrement la course à pied, E. Perrin, *Corps, sport, souffrance. L'exemple du jogging*, Revue suisse de sociologie, 1995, 21 (3), pp. 669-682.
5. Deux chercheuses françaises avaient observé les mêmes attitudes dix ans auparavant : M. Garel et M. Crost, *L'analgésie péridurale. Le point de vue des femmes*, Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, 1982, 11, pp. 523-533.
6. M. Akrich, *La péridurale, un choix douloureux*, Cahiers du Genre, 1999, 25, pp. 17-48.
7. Les légendes urbaines prennent souvent la forme d'un récit fait par une personne X, qui le présente comme fondé sur un fait récent et avéré. X ne connaît pas Z, témoin direct de l'événement, mais connaît par contre très bien Y, intermédiaire digne de foi et proche de Z. La médiation de Y permet à la fois d'établir une chaîne de confiance et de garantir la non vérifiabilité du récit.
8. Cité par J.-A. Salgues, *De la douleur...* (1823), in J.-P. Peter, *De la douleur*, Paris, Quai Voltaire. Édimas/Cité des sciences et de l'industrie, 1993, p. 142.

>

La variante chrétienne de cette idée, qui découle de la double signification de châtiment et de rédemption accordée à la souffrance physique, est encore dans nos mémoires. En acceptant cette souffrance avec patience et humilité, la femme qui enfante s'anoblit et prouve à la fois sa foi en Dieu et son amour sacrificiel pour son enfant⁹. Plus prosaïquement, les douleurs de l'accouchement prépareraient aux multiples souffrances (fatigues, inquiétudes, chagrins, conflits...) qui accompagnent nécessairement la maternité, de la naissance jusqu'à la séparation ultime entre mère et enfant. Dans une version psychanalytique d'obédience freudienne, la douleur permettrait à la femme de transférer ses émotions de son propre Moi sur son enfant. L'analgésie, même obtenue par des moyens non pharmacologiques, nuirait à ce travail psychique¹⁰. Enfin, l'une des versions contemporaines de cette idée ancienne s'articule autour du rôle de l'ocytocine, dénommée "hormone de l'attachement" ou "hormone de l'amour": en faisant diminuer la sécrétion d'ocytocine, les produits analgésiques perturberaient du même coup le mécanisme d'attachement de la mère à son enfant¹¹.

Ainsi, à l'heure actuelle, la douleur reste aux yeux de certains une source d'amour maternel. Mais cette opinion est devenue minoritaire et elle soulève de vives réactions. Le rejet de la douleur semble en effet s'être imposé en obstétrique comme dans les autres domaines de la médecine. Le taux d'analgésie péridurale dans les établissements hospitaliers en est un indicateur. Peut-on penser qu'à terme les douleurs de l'accouchement, comme celles qui accompagnent la maladie, les accidents, la fatigue et l'usure corporelles, ne seront plus perçues autrement que comme un phénomène inutile et haïssable par les parents et par les professionnel(le)s de santé? Et que, par conséquent, (laisser) accoucher sans analgésie sera considéré sans conteste comme du masochisme (du sadisme)?

Cette nouvelle attitude de rejet des douleurs de l'enfantement paraît déjà bien établie. Néanmoins, certaines des résistances que j'observais il y a vingt ans persistent. Des femmes enceintes, des sages-femmes, des commentateurs d'horizons divers restent attachés à l'épreuve de la douleur et lui accordent une signification. Leur position est minoritaire, mais elle reste ferme et bien présente dans les espaces de discussion publique consacrés aux pratiques de la naissance. Des associations (d'usagères, de sages-femmes, de doulas, ou mixtes) s'en font les porte-parole.

Ce serait réducteur de ne voir dans cette résistance à l'analgésie qu'une survivance d'attitudes anachroniques. Ses motivations sont diversifiées. Certaines femmes éprouvent par exemple le besoin de tester leur propre capacité à faire face à la douleur. Elles veulent traverser celle-ci pour la transformer en épreuve maturante, ou pour se mesurer aux générations antérieures de

CERTAINES FEMMES ÉPROUVENT PAR EXEMPLE LE BESOIN DE TESTER LEUR PROPRE CAPACITÉ À FAIRE FACE À LA DOULEUR.

femmes et se rassurer sur leur propre courage. D'autres souhaitent vivre leur accouchement "pleinement", c'est-à-dire éprouver des sensations exacerbées, voire ressentir dans leur chair ce combat que la vie et la mort se livrent – au moins symboliquement – au moment de toute naissance. Les motivations individuelles sont sous-tendues par des enjeux psychiques.

Mais la résistance à l'analgésie comporte aussi un enjeu socioculturel. On peut l'énoncer sous la forme de la question: à qui "appartient" l'accouchement? "Appartient"-il aux parturientes, aux parents, à l'institution médicale, à l'un des groupes professionnels impliqués dans la naissance (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, pédiatres), aux individus qui représentent ces groupes au moment d'un accouchement singulier, à l'État, à la société dans son ensemble?

Qui peut, qui doit imposer son expertise spécifique dans les circonstances et la conduite de cet événement? Certes, cette question dépasse largement la problématique de la douleur et de l'analgésie. Mais tout se passe comme si la douleur cristallisait les enjeux liés aux arrangements institutionnels et aux modes de conduite de l'accouchement. Ainsi, la généralisation de la péridurale a généré des conflits entre obstétriciens, sages-femmes et anesthésistes. Elle a obligé les sages-femmes à reconsidérer leur pratique d'accompagnement dans certains établissements. Des dissensions sont apparues au sein de leur corporation quant à la place de cette technique et de ses bénéfices ou, au contraire, de ses risques pour l'autonomie professionnelle¹².

Pour les femmes enceintes et leurs partenaires, l'attitude envers la douleur et l'analgésie est difficilement dissociable de l'attitude d'acceptation ou de rejet de la médicalisation de la naissance. Ainsi que l'ont très bien exprimé deux sociologues dans un ouvrage comparant les pratiques périnatales si différentes dans leurs pays respectifs, « *la péridurale comme traitement de la douleur ne peut être séparée d'une certaine définition de ce qu'est un accouchement normal, des acteurs qui doivent y être impliqués, de ce que sont la douleur, la sécurité, les compétences des corps, les émotions, les compétences des professionnels, les compétences des femmes...* »¹³



Les contextes organisationnels formatent la manière dont la naissance se produit, restreignant du même coup la marge d'accueil des attitudes et des pratiques alternatives. Les parturientes et les personnes qui les accompagnent sentent souvent leur capacité d'initiative s'effondrer dans un environnement hospitalier. En soi, le cours de l'accouchement est peu prévisible et les parturientes peuvent avoir l'impression de ne rien contrôler, d'être incapables de s'adapter au rythme et à l'intensité des contractions, d'être emportées par une tourmente corporelle et émotionnelle. Mais ce qui frappe surtout, dans les récits d'accouchement contemporains, c'est l'expression d'un sentiment de perte de contrôle au profit des professionnels et de leur appareillage technique. Les étapes et les décisions sont souvent narrées à la voix passive. Un "ils" institutionnel (« *ils m'ont installée dans la salle d'accouchement* », « *ils ont branché le monitoring* », « *ils m'ont fait une épisiotomie* »...) se substitue au "je" de la parturiente. Il ressort de ces récits l'impression d'une dépossession ou d'une expropriation des accouchées : ce n'est pas à elles qu'a appartenu l'accouchement... Il ne faut toutefois pas s'y fier. L'impression de l'enquêtrice ne correspond pas toujours au vécu des narratrices. Au contraire, la plupart des narratrices se déclarent satisfaites de leur expérience. Seules quelques-unes expriment un sentiment de dépossession. Mais il apparaît que, pour ces dernières, la douleur a parfois pu servir de dernier refuge. Lui faire face sans péridurale a nécessité d'exercer une forme de maîtrise : à défaut de pouvoir contrôler le déroulement de l'événement, la femme a du moins surmonté la douleur à l'aide – principalement – de ses propres ressources.

CE QUI FRAPPE SURTOUT, DANS LES RÉCITS D'ACCOUCHEMENT CONTEMPORAINS, C'EST L'EXPRESSION D'UN SENTIMENT DE PERTE DE CONTRÔLE AU PROFIT DES PROFESSIONNELS ET DE LEUR APPAREILLAGE TECHNIQUE.

On comprend alors pourquoi, au-delà du seul problème des interférences d'une analgésie avec la marche de l'accouchement, l'attitude vis-à-vis de la douleur constitue un point névralgique dans la contestation de la prise en charge médicalisée de l'accouchement. Les choix analgésiques (pharmacologiques ou non) concentrent des enjeux relatifs au contenu de l'activité professionnelle des corporations impliquées dans la naissance, et des enjeux de sens de l'expérience de la parturition pour les mères et leurs partenaires. ■

9. Abbé A. Prévost, *La douleur de la femme qui enfante*, La Sage-femme catholique, 3 (19), février 1950, pp. 2-4.
10. H. Deutsch, *La Psychologie des femmes*. Étude psychanalytique, tome II, Maternité, Paris, PUF, 1949.
11. M. Odent, *L'Amour scientifique. Les fondements biologiques de l'amour*, St-Julien-en-Genevois, Éd. Jouvence, 2001.
12. D. Carricaburu, "Les sages-femmes face à l'innovation technique", in P. Aiach & D. Fassin, *Les Métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos-Economica, 1994, pp. 281-308.
13. M. Akkrich et B. Pasveer, *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1996, p. 127-128.

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

Votre boutique : www.dolphitonic.com



BILIRUBINOMETRE

ECHOGRAPHIE



REEDUCATION PERINEALE
Nouvelle génération



LE MONITO COSTAUD DU PRO
Capteurs 12 cristaux



MONITOS EDAN F2 et F3 VCT



DOLPHITONIC Médical Shopping Service

COMMANDES
RENSEIGNEMENTS
DOCUMENTATIONS

Tél : 02 28 10 82 82
Fax : 02 28 10 83 84
E-mail : dolphitonic@orange.fr

DOLPHITONIC
Médical Shopping Service
La Romazière
38, Chemin du Pas
85300 CHALLANS

LA DOULEUR DE L'ENFANT

La douleur permet, certes, de révéler chez l'enfant nombre de pathologies mais celle induite par les soins, les gestes invasifs, les vaccins ou la chirurgie est délétère, évitable et prévisible.

Dès les années 1980-1990, les études en France et Outre-Atlantique concernant la douleur de l'enfant vont mettre en exergue la mémoire implicite de la douleur du nouveau-né et les signes trompeurs de l'atonie psychomotrice des tout-petits, révélateurs de douleur prolongée. Depuis une vingtaine d'années seulement, la douleur de l'enfant est réellement reconnue et peut être évaluée par des échelles adaptées. Les grandes avancées sont également d'ordre thérapeutique avec désormais des antalgiques à visée préventive avant les soins et les gestes invasifs mais également curative pour soulager dès la période néonatale.

Plus récemment, l'essor des thérapies non médicamenteuses et la formation des soignants à ces approches prennent en compte la dimension émotionnelle de la douleur.

Depuis plus de vingt ans, des associations telles que PÉDIADOL et SPARADRAP ont contribué grandement à améliorer la prise en charge de la douleur des enfants.

DOULEUR ET DÉVELOPPEMENT COGNITIF DE L'ENFANT

Entre 0 et 2 ans, la douleur est envahissante car l'enfant n'a pas la notion du temps ni du soulagement possible. Dès 6 mois, il a peur des situations douloureuses et à partir de 18 mois, il peut localiser la douleur et la reconnaître chez les autres.

Entre 2 et 7 ans, l'enfant considère la douleur comme une punition, n'en comprend pas la cause et l'effet d'un traitement pour le soulager.

Entre 7 et 11 ans, la douleur est perçue comme une expérience physique localisée dans le corps, et dès lors, l'enfant peut la dessiner sur le "schéma du bonhomme". Cette période est marquée par une peur de l'atteinte du corps mais également de la mort. Ce n'est qu'après 11 ans que l'enfant attribue la maladie et la douleur à des causes physiologiques ou psychologiques.

MÉMOIRE DE LA DOULEUR

Le système nerveux permet dès 28 semaines d'aménorrhée de percevoir l'influx nociceptif mais les circuits inhibiteurs ne sont pas matures. Anne Taddio en 1997 montrera qu'une première expérience douloureuse augmente la perception de la douleur suivante. Plus récemment, une des nombreuses études d'Anand en 2005, mettra en évidence que des nourrissons opérés dans les trois premiers mois de vie et subissant une deuxième chirurgie dans le même territoire ou non, ont une hypersensibilité douloureuse prolongée avec des scores de douleur plus importants et des besoins morphiniques majorés s'il s'agit du même dermatome.

En 2006, l'étude EIPPAIN conforte la mémoire implicite de la douleur et ses effets à distance : les réactions des enfants âgés de 3 ans, aux antécédents de prématurité comparativement aux enfants nés à terme, ont des scores de douleur plus élevés par rapport à ceux nés à terme et des réactions de coping moindres.

RECONNAÎTRE LA DOULEUR

L'expression de la douleur dépend du type de douleur, de l'âge de l'enfant mais également de son développement cognitif et des réactions de l'entourage.

S'il s'agit d'une douleur aiguë, les modifications comportementales telles que les pleurs, l'agitation, la perturbation du sommeil apparaissent au premier plan et la communication avec l'enfant s'avère difficile. Ces signes sont non proportionnels à l'intensité de la douleur mais davantage à celle de l'émotion surtout en présence d'un proche.

Pour les soignants, les conséquences neurovégétatives se révèlent par une tachycardie, voire une hypertension artérielle mais surtout un changement de teint, voire un malaise vagal avec une désaturation en oxygène.

L'expression de la douleur prolongée reste encore méconnue car ces enfants "trop sages" rassurent les parents et les soignants. Ce tableau trompeur qu'est l'atonie psychomotrice, décrit par Annie Gauvin-Piquard en 1978, touche les jeunes enfants de moins de 6 ans. L'enfant présente un tableau pseudo-dépressif, avec repli sur lui-même, peu d'expression émotionnelle, et un désintérêt pour le monde extérieur, même pour ses jeux favoris. Il a une lenteur des gestes inhabituelle. Cette atonie psychomotrice doit être connue des soignants car elle est proportionnelle à l'intensité de la douleur et nécessite une thérapeutique adaptée.

ÉVALUATION DE LA DOULEUR

La circulaire DGS/DH n° 98/586 du 22 septembre 1998 précisait déjà que l'évaluation de la douleur au quotidien était un impératif et que chaque professionnel devait être doté d'échelles adaptées. Pour l'enfant, les outils d'auto-

évaluation ne sont possibles que si l'enfant a plus de 6 ans et s'il est communicant. Ainsi, l'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle des visages (FPS-R), présentées sous forme de réglottes, indiquent au soignant un chiffre, qui permet de confirmer l'existence de la douleur, d'en évaluer l'intensité et de juger de l'efficacité du traitement.

Le "schéma du bonhomme" permet à l'enfant, dès 6 ans, de dessiner et ainsi de localiser la(es) douleur(s) mais le Questionnaire douleur de Saint Antoine (QDSA), ne sera proposé, qu'à partir de l'âge de 12 ans, dans le contexte d'une douleur chronique.

Pour les enfants en dessous de 6 ans, il faut recourir à une hétéro-évaluation de l'enfant, c'est-à-dire l'observation de son comportement par le soignant avec l'aide de parents. Les échelles utilisées tiennent compte du contexte et de l'âge de l'enfant :

- **L'échelle Douleur et Inconfort du Nouveau-né (EDIN)** est utilisée de 0 à 12 mois.
- **L'échelle EVENDOL**, conçue par le Dr E. Fournier-Charrière, confirme et mesure toute douleur des enfants de 0 à 7 ans aux urgences et en chirurgie. Elle a la particularité d'évaluer tant une douleur aiguë qu'une douleur prolongée. Le soignant note, comme l'indique la réglotte, ce qu'il observe, même s'il pense que les signes ne sont pas dus à la douleur mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue ou la gravité de la maladie.

De nombreuses échelles existent, adaptées aux situations de handicap, de déficience mentale, de postopératoire ou lors d'une douleur prolongée en cancérologie.

Les soignants doivent donc utiliser l'échelle la plus appropriée selon l'âge et la situation de l'enfant. Toutes les échelles d'évaluation de la douleur de l'enfant sont décrites sur le site de l'association PÉDIADOL, ainsi que la présentation des moyens antalgiques.

Cf. le Guide de poche édité par l'association PÉDIADOL « *Douleur de l'enfant l'essentiel* » paru en 2015 (à télécharger gratuitement ou à commander auprès de SPARADRAP).



<http://www.sparadrap.org/Catalogue/Tout-le-catalogue/Douleur-de-l-enfant-l-essentiel-Ref.D34>

LA PRÉVENTION DE LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS

C'est la plus grande avancée depuis vingt ans qui permet de réaliser désormais des gestes, parfois invasifs, avec peu ou pas de douleur. Chez les tout-petits, le glucose à 30 % ou le saccharose à 24 %, donné avec une tétine 2 minutes avant le geste permet une antalgie efficace pour les soins des nouveau-nés et nourrissons jusqu'à quatre mois. L'allaitement maternel donne le même bénéfice sans retentissement pour les tétées suivantes.

Pour toute effraction cutanée, prise de sang, ponctions diverses, une crème anesthésiante ou un patch appliqués pendant une heure permet d'anesthésier la peau.

Grâce au Pr D. Annequin, le MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote) est désormais accessible et largement utilisé dans tous les services de pédiatrie. Ce gaz que l'enfant inhale 3 à 5 mn avant le geste et pendant toute la durée du soin, va faciliter, au-delà de l'antalgie, la distraction, la relaxation et l'hypnose pendant le geste.

Cette prévention de ces douleurs induites a modifié complètement la relation des soignants à l'enfant, évitant les contentions, et permettant de prendre soin de lui avec plus de bientraitance.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Quant aux traitements médicamenteux, aucun antalgique de palier 2 n'existait pour les enfants jusqu'en 1999. À cette date, la codéine a été disponible et le tramadol l'a été à partir de 2004.

Durant cette période, des progrès ont été réalisés au niveau de la galénique du paracétamol et des anti-inflammatoires permettant une administration plus facile pour les petits et plus précise grâce aux pipettes dose-poids.

Depuis 2013, en raison d'accidents graves survenus avec la codéine, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament recommande de ne plus utiliser cet antalgique chez les enfants de moins de 12 ans. Pour y faire face, des alternatives à la codéine sont proposées par un comité d'experts et accessibles sur le site de la Haute Autorité de Santé.

« *La morphine, un médicament pour avoir moins mal* » comme le précise la fiche pratique de SPARADRAP, est désormais utilisée couramment chez l'enfant en milieu hospitalier. Cependant, la présentation et les contraintes de prescription, rendent difficile l'administration de la morphine en ville.

TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX

Pour soulager la douleur de l'enfant, les médicaments ne sont pas l'unique solution car la douleur a une composante émotionnelle. La peur et le stress intensifient la douleur quel que soit l'âge.

Ainsi, mieux informer et préparer un enfant et ses parents à un soin, un examen ou une hospitalisation va modifier la perception de la douleur. C'est un des objectifs de l'association SPARADRAP qui édite nombre de fiches pratiques et de guides pour les enfants et propose un espace Internet avec une rubrique "enfant", ludique et pédagogique.

Quant aux parents, leur rôle est primordial. L'association SPARADRAP valorise la présence des parents lors des soins pour diminuer l'anxiété de l'enfant. Les parents peuvent accéder sur le site Internet dans la rubrique "parents" à des dossiers et conseils.

Quant aux soignants, une rubrique "professionnels" leur est dédiée et de nombreuses formations leur sont proposées par l'association.

CONCLUSION

Depuis vingt ans, les progrès sont majeurs dans le domaine de la douleur de l'enfant. Désormais, les soignants y sont formés et la reconnaissent, quel que soit l'âge, peuvent l'évaluer grâce à des échelles adaptées. Les moyens de prévenir la douleur induite par les soins contribuent à éviter la contention et permettent de prendre soin des enfants avec davantage de bientraitance même pour des gestes invasifs. La présence des parents diminue l'anxiété de l'enfant et contribue avec la distraction ou l'hypno-analgésie quand les professionnels y sont formés, à modifier la dimension émotionnelle de la douleur. Ainsi, une telle approche associée aux antalgiques disponibles, permet d'éviter la phobie des soins de l'enfant et améliore la relation parent-enfant-soignant. ■

Depuis 23 ans, l'association SPARADRAP agit pour soulager la douleur de l'enfant. L'association propose: des documents illustrés pour les familles et les professionnels, des formations continues et un site Internet:
www.sparadrap.org



© Association SPARADRAP



LA PLAINTÉ

Le langage de la douleur semble incommunicable : dire sa douleur est difficile, savoir l'expliquer aussi, la faire comprendre encore plus.

Le langage de la personne qui a mal est souvent imagé, parfois discordant et la charge affective exprimée déconcerte celui qui la reçoit.

Mais ce langage permet de rendre visible ce qui est vécu de l'intérieur. Tout ce qui est manifesté devient expression : le corps, le son, le geste peuvent dévoiler ce qui est ressenti. Et ce qui est dévoilé est ni perdu, ni enfoui. Dans cette expression, tous les protocoles inconscients, les tabous socio-éducatifs sont laissés de côté. Et la douleur rendue visible n'a plus besoin d'être décrite.

La plainte permet alors de garder une relation à l'autre en renouant un lien sécurisant. Il y a expression à grands cris du subtil de l'esprit, matérialisation des émotions. Et nous pouvons nous pencher dessus sans avoir à les faire dire, aller à la rencontre, dans cet espace où toutes les solutions sont contenues.

La plainte suppose une distance entre son sujet et son objet. Se plaindre ne se fait pas à vide. On se plaint toujours de quelque chose à quelqu'un. Le plaignant est donc un sujet qui se pose comme sujet.

En toute plainte il y a la double dimension de dénoncer et de demander. Dénoncer quelque chose dont on ne veut pas, demander la compassion de celui qui écoute.

Toute plainte demande d'abord à être entendue comme telle, avant même la question de son éventuelle satisfaction. Elle doit être entendue et reconnue comme une parole.

C'est de cela qu'on se plaint d'abord : *« écoutez-moi, moi qui ne sais plus, en mon corps ou mon esprit, qui je suis, moi qui ai tant de mal à être sujet de moi ! »*

L'expression de la plainte devient un moteur d'intention.

Cette question est adressée à quelqu'un susceptible d'aider à se reconstruire. Quelqu'un qui fera preuve de bonne volonté, avant même de mobiliser son savoir, pour aller vers l'objet de la plainte.

Dans cette rencontre à l'autre, le plaignant identifiera ce qu'il est pour lui-même et ce qu'il peut mobiliser de ses ressources. Et même s'il le tente avec l'autre, souvent il va prendre la responsabilité de pouvoir agir.

Mais pour cela, il lui aura fallu être distingué ; distingué de la règle générale qui ne colle pas avec sa singularité. Par exemple, une contraction utérine ne distingue pas les femmes les unes des autres, c'est un organe en travail.

Mais l'expression de leur plainte manifesterait ce qu'elles en vivent. Et permettrait cette distinction, de faire savoir qu'elle n'est pas comme toutes les autres. La nature ne la distingue pas de la nature. Elle veut qu'une décision, dans cette rencontre à celui qui la reçoit, lui permette d'être elle, contre cette généralité, cette universalité. Et par voie de conséquence redevenir sujet de ce qu'elle vit.

Nous nous plaignons quand nous articulons ce que nous savons ressentir avec ce que nous ne savons plus de nous.

Et lorsqu'on accueille la plainte, lorsqu'on est distingué des autres, sans même avoir quelque chose de différent des autres à côté, alors il devient possible d'avancer et de faire de moi un autre. Se dévêtir d'un habit pour en enfiler un autre et trouver son propre chemin, sa propre vérité.

“J'ai mal” est plus facile à dire que “je suis mal”. Avoir mal, c'est savoir qu'on a mal ; souffrir c'est de ne pas savoir si l'on souffre. Dès que la personne regagne la possibilité de reprendre le fil de son histoire, la possibilité de savoir qui elle est, elle retrouve son identité, sa propre existence et ses propres possibilités.

Notamment celle d'être sujet responsable de sa vie.

Dès lors que la parole est possible, dire devient une possibilité de faire, le plaignant devient sujet de son sujet et il n'y a plus lieu de se plaindre. Tout a pris sens : ma vérité et mon existence.

Nous devons donc accueillir, encourager la plainte, entendre tout ce qui n'est pas dit.

Ne jamais oublier qu'au pic du savoir le plus précis de la médecine il y a du non-savoir. Ainsi la contingence reste possible pour aller ailleurs, dans un espace personnel, ouvert. Et en misant sur la surprise plutôt que de venir avec nos seuls déterminismes, nous modifierons nos regards cliniques. Il y a possibilité de rencontre : nous créons alors une éthique de l'invention, de la créativité, assumant le maintien des inattendus et défendant ainsi l'accès à la solution.

Car on avance plus avec ce qui n'est pas su. ■

ÉCOUTEZ-MOI, MOI QUI NE SAIS PLUS,
EN MON CORPS OU MON ESPRIT, QUI JE
SUIS, MOI QUI AI TANT DE MAL À ÊTRE
SUJET DE MOI !



Journée Internationale de l'Allaitement 10^e édition

ALLAITEMENTS : entre urgences et sciences
Au cœur de nos connaissances, nos pratiques, nos choix

Rendez-vous au Centre des Congrès de la Cité des Sciences à Paris - France, le

VENDREDI 1^{er} AVRIL 2016

pour une journée de conférences réunissant quatre spécialistes mondiaux, en traduction simultanée.

Tarif : 180€

DR. JANE MORTON
(États-Unis)



KARLEEN GRIBBLE
(Australie)

DR. ADRIANO CATTANEO
(Italie)



LAUREL WILSON
(États-Unis)

JEUDI 31 MARS

NOUVEAUTÉ JIA 2016 Ateliers avec les conférenciers, tarif 80€

Ces conférences donnent droit à des CERP L / R / E pour les IBCLC.

Informations, renseignements et inscriptions sur le site de la JIA :
www.journee-internationale-allaitement.fr

LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL
Allaitement et maternage depuis 60 ans
www.lllfrance.org



VIH [VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE]

GÉNÉRALITÉS

Le virus de l'immunodéficience humaine appartient au sous-groupe des lentivirus.

Deux sérotypes sont actuellement connus :

- Virus de l'immunodéficience humaine 1 (VIH 1) de répartition mondiale,
- Virus de l'immunodéficience humaine 2 (VIH 2) surtout présent en Afrique de l'Ouest.

Pour le territoire français, les départements les plus touchés sont :

- Les DOM TOM,
- L'Île-de-France (la plus forte incidence en France métropolitaine).

SYMPTOMATOLOGIE

La difficulté repose dans la faible spécificité des symptômes, qui sont observés à partir de deux à quatre semaines suivant une exposition à risque.

■ Signes cliniques

Une primo-infection à VIH doit être recherchée devant des signes cliniques

compatibles avec un syndrome viral aigu persistant :

- Fièvre, d'autant plus si elle excède, 7 jours
- Arthralgies,
- Myalgies,
- Asthénies,

Pouvant être associé à :

- Polyadénopathie,
- Manifestations cutanéomuqueuses (angine, pharyngite, rash, ulcères),
- Troubles digestifs (diarrhées),
- Symptômes neurologiques (ménigite, encéphalite),

Ces symptômes s'atténuent ou peuvent disparaître spontanément en quelques jours.

■ Anomalies biologiques

- Neutropénie,
- Thrombopénie,
- Hyperlymphocytose ou à l'inverse lymphopénie précoce (LCD4 les + touchés).

Sont les plus fréquentes, souvent associées à une cytolysé hépatique.

Les principaux diagnostics différentiels de la primo-infection à VIH sont les autres primo-infections associées

à un syndrome mononucléosique (infections à virus Epstein Barr ou cytomégalovirus, toxoplasmose), la grippe, les hépatites virales aiguës, les infections streptococciques et la syphilis.

Ainsi, les explorations dans un contexte fébrile doivent systématiquement inclure la recherche d'une primo-infection par le VIH chez une personne sexuellement active.

TRAITEMENTS

■ Particularités d'un traitement efficace

Le traitement antirétroviral (ARV) a pour objectif d'empêcher la maladie d'atteindre le stade SIDA, voire d'arriver au décès. Et ce par deux moyens :

- En maintenant un taux correct de CD4 c'est-à-dire **CD4 > 500/mm³**.
- En diminuant la charge virale à un taux indétectable c'est-à-dire **CV < 50 cp/mL**.

■ Recommandations sur l'instauration du traitement

Les recommandations de l'HAS sont d'instaurer un traitement ARV chez

>>>

Monitoring • Doppler • Echographe • Rééducation

F2/F3 VCT

Excellente détection fœtale
Tracé détaillé dès 18 SA
Transfert sur clé USB*
Batterie 7H - Logiciel
Léger < 3,7 kg - Calcul VCT
Sacoche ou valise avec
protection contre les chocs



DUS 60

Echographe + doppler PW
Technologies THI ET TSI
Optimisation d'image automatique
Compact - Léger - Batterie



YSY EST EVOLUTION 2 SF

Biofeedback et Stimulation
Logiciel spécifique SF
Biofeedback ludiques (jeux)
Bilans - Planches anatomiques
Consultation post natale
Suivi de grossesse et gynéco



YSY MEDICAL

Tél. : 04 66 64 05 11 - Email : contact@ysy-medical.fr

YSY MEDICAL - Fabricant de matériels de rééducation et importateur exclusif EDAN

Bonne Année 2016 !

www.ysy-medical.fr

toute personne infectée par le VIH, peu importe son taux de CD4 (même si celui-ci est $> 500/\text{mm}^3$).

L'initiation **le plus précocement possible** d'un traitement ARV est associée, quel que soit le nombre de CD4 à des bénéfices cliniques, immunologiques et de diminution du risque de transmission.

■ Schéma thérapeutique du traitement par ARV

Aujourd'hui, une trithérapie de première ligne est la suivante :

→ **2 Inhibiteurs nucléosidiques/nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) + 3^e agent, souvent un Inhibiteur de la protéase (IP) ou un Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI).**

→ **Donc, pour résumer, la thérapie de première intention :**
2 INTI + 1 IP ou 2 INTI + 1 INNTI

■ Traitement et désir de grossesse

Schéma thérapeutique spécifique à la femme enceinte :
2 INTI + 1 IP + Ritronavir

Les principaux INTI sont utilisables mais **la combinaison Zidovudine + Lamivudine est de première intention** car elle possède la plus grande expérience clinique favorable.

ÉPIDÉMOLOGIE

Si aujourd'hui, après 30 ans d'épidémie, l'infection VIH subit un désinvestissement médiatique tel qu'elle est devenue selon l'opinion publique un problème planétaire durable parmi d'autres, il apparaît que le nombre de contamination, lui, ne baisse pas.

Effectivement, aujourd'hui, **le VIH représente en France :**

- 150 000 personnes infectées et 30 000 ignorant encore leur séropositivité,
- 7 000 à 8 000 nouvelles contaminations par an, ce chiffre ne diminuant pas depuis près de 8 ans.
- Un délai très long entre l'infection et le diagnostic qui est en moyenne de 4 ans.

Obstétricalement parlant :

- 2 femmes enceintes sur 1 000 soit 1 500 naissances par an,
- Un quart des femmes infectées par le VIH ont découvert leur séropositivité lors de leur grossesse.

Les caractéristiques de ces **femmes enceintes** atteintes du VIH en France sont actuellement les suivantes :

- **75 % sont originaires d'Afrique subsaharienne,**
- **40 % ne vivent pas en couple,**
- **La majorité n'a pas d'activité professionnelle.**

De nos jours, avec les avancées de la médecine et notamment la trithérapie, aucun enfant ne devrait naître en 2015 infecté par le VIH.

Cependant, il persiste **un taux résiduel de transmission de la mère à l'enfant de 0,54 %** et ceci est plus lié à des **échecs de prise en charge** qu'à des échecs de traitements.

Pour pouvoir être pris en charge, il faut avoir été **dépisté**, et ce, assez en amont ou tôt dans la grossesse pour pouvoir bénéficier de traitements et éviter la transmission à l'enfant.

Comme toute infection sexuellement transmissible, il paraît essentiel que les deux membres du couple aient bénéficié d'un dépistage.

RECOMMANDATIONS DE DÉPISTAGE EN POPULATION OBSTÉTRICALE CONFORMÉMENT À L'HAS

■ Chez la femme enceinte

Selon le rapport 2013 du groupe d'expert en accord avec l'HAS et la loi n° 93-121, article 48, du 27 juillet 1993 :

- Le dépistage du VIH doit être **systématiquement proposé** à la femme enceinte à l'occasion du **1^{er} examen prénatal.**

Afin de détecter les séroconversions en cours de grossesse, conformément à l'avis du CNS, de la HAS et du plan 2010-2014, il est **recommandé de proposer un nouveau test :**

- **Au 6^e mois,**
- **Voire à l'accouchement.**

Aux femmes **exposées à un risque accru**, c'est-à-dire présentant l'une des caractéristiques suivantes :

- **Partenaire/conjoint infecté par le VIH,**
- **Partenaire/conjoint originaire de pays à forte endémie,**
- **Partenaire ou conjoint n'ayant pas effectué de test de dépistage,**
- **Partenaires multiples.**

■ Chez le futur père/conjoint

Selon le rapport 2013 du groupe d'expert en accord avec l'HAS, le dépistage du VIH **doit être proposé** au futur père/conjoint :

- **Avant la grossesse et/ou au cours de l'examen du 4^e mois.**

Cependant le rapport 2013 du groupe d'experts affirme que ces dernières recommandations sont trop peu suivies en pratique et doivent être mieux diffusées. ■



Le concept de qualité dans le domaine de la santé

2^e partie

→ Comme proposé par Hurlimann (2001), plusieurs définitions de la qualité des soins existent et marquent son évolution au fil du temps :

« Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/risques à chaque étape du processus de soins ».

Avedis Donabedian, 1980

« L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

OMS, 1982

« Capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ».

Institute of Medicine, 1990

« La qualité des soins se trouve à la croisée d'attentes et d'objectifs multiples, ce qui explique sa richesse et sa capacité à fédérer les acteurs de la santé, mais aussi sa fragilité persistante et les limites de ses actions ».

HAS, 2007

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.

HISTOIRE DE LA QUALITÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

L'article 218 du code du roi de Babylone Hammourabi (1792-1750 avant J.-C.) stipule que « Si un médecin opère un homme pour blessure grave avec une lancette de bronze et cause la mort de l'homme ou s'il ouvre un abcès à l'œil d'un homme avec une lancette de bronze et détruit l'œil de l'homme, il aura les doigts coupés » (Martinez, 2001).

Il y a donc fort longtemps que, dans le domaine médical, la notion de responsabilité, et donc d'une certaine qualité du soin, existe.

Au XIX^e siècle, les professionnels avaient mis en place des systèmes d'autorégulation car la santé était un secteur où la logique professionnelle était supérieure à la logique managériale. La motivation initiale n'était pas la rentabilité mais le fait de consolider les pratiques professionnelles.

Ce n'est qu'à la fin du XX^e siècle que les éléments de contexte économique et la problématique du financement de la santé ont nécessité de repenser la qualité sous l'angle managérial et non plus professionnel, motivant la mise en place de démarches qualité.

C'est en septembre 1989 que l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) fut créée. Avant cela, aucun organe ne s'intéressait à la qualité des soins. C'est le début de la maîtrise médicalisée qui représente un changement de paradigme où l'on implique les professionnels de santé.

→ Suite du texte paru dans les D.O. N° 455 (Janvier-Février 2016) : **Évolution de la relation de soins.**



L'accréditation fait ainsi irruption dans un contexte où la qualité est associée à « d'autres représentations, d'autres outils et d'autres acteurs que ceux mis en avant par la qualité totale » de l'accréditation.



Dans le secteur hospitalier, le texte fondateur est l'ordonnance dite « Juppé » du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, qui contraint les hôpitaux à entrer dans le processus qualité avant mai 2001 par le biais de l'accréditation. L'ANDEM est alors remplacé par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) qui accrédite les hôpitaux.

L'accréditation fait ainsi irruption dans un contexte où la qualité est associée à « d'autres représentations, d'autres outils et d'autres acteurs que ceux mis en avant par la qualité totale » de l'accréditation. En effet, comme les médecins et soignants le rappellent souvent, et comme nous l'avons vu ci-dessus, la qualité des soins n'a pas attendu l'accréditation pour exister et il y a bien longtemps qu'ils « font » de la qualité sans l'objectiver (Fraisie et Alii, 2003).

En 2004, le législateur crée la Haute Autorité de Santé (HAS) par le biais de la réforme du 13 août 2004 appelée Loi Douste-Blazy. Cette nouvelle loi de réforme concerne la coordination, la



qualité et la responsabilité. La HAS contribue à la régulation du système de santé par l'amélioration de la qualité en santé et se voit attribuer l'intégralité des missions de l'ANAES dont la certification (évolution du terme accréditation) des établissements de santé¹. Si elle est en lien avec l'État, il s'agit d'une structure indépendante permettant la coordination entre les différents acteurs du système de santé mais sans pouvoir de décision.

UNE PROCÉDURE EN CONSTANTE ÉVOLUTION²

La certification est un outil constamment actualisé au fil des réflexions qu'il suscite et vient s'ajouter au cadre législatif.

L'article L. 6113-3 du Code de la santé publique dispose « *qu'afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification* ».

La procédure d'évaluation porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser précisément le fonctionnement de chaque secteur d'activité³. Elle est en constante évolution.

→ LA 1^{RE} VERSION L'ACCREDITATION EN 1999

Cette procédure s'inspire des modèles anglo-saxons développés depuis de nombreuses années à l'initiative de professionnels de santé. Elle est introduite en France par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et précisée par le décret n° 97-311

du 7 avril 1997. Il s'agit d'une procédure, externe aux hôpitaux, menée par l'ANAES qui est un organisme indépendant. Elle a pour mission d'apprécier la qualité d'un établissement à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services⁴. La loi précise que le rapport d'accréditation d'un hôpital doit être transmis à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), principal financeur des hôpitaux publics à cette époque, pour information. Celle-ci ne peut cependant contraindre directement l'hôpital à mettre des actions en place quand des dysfonctionnements ont été constatés, sauf si la sécurité des patients est engagée.

→ LA 2^E VERSION LA CERTIFICATION V2007

La deuxième version de la procédure a débuté en 2005. Elle mesure simultanément la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et le niveau de qualité atteint. Les différentes thématiques appréciées sont :

- La politique et la qualité du management,
- Les ressources humaines,
- Les fonctions hôtelières et logistiques,
- L'organisation de la qualité et de la gestion des risques,
- La qualité et la sécurité de l'environnement,
- Le système d'information,
- La prise en charge du patient.

SCHÉMA N° 1 ► REPRÉSENTATION SCHÉMATIQUE DE LA V2014 (source: HAS)

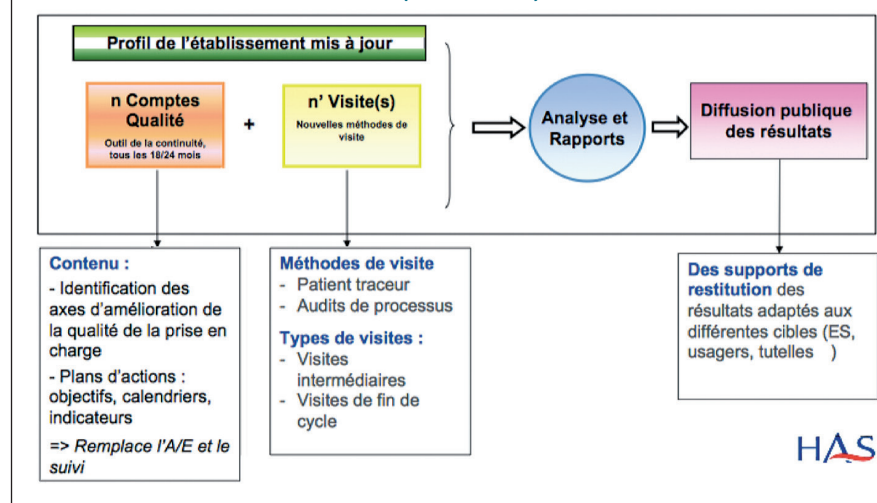
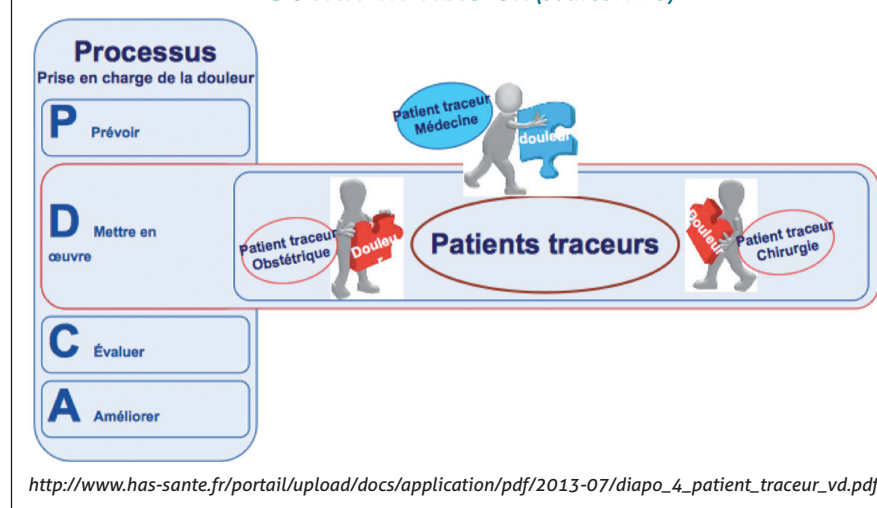


SCHÉMA N° 2 ► LIEN ENTRE LES PROCESSUS ET LA MÉTHODE DU PATIENT TRACEUR (source: HAS)



LL

La procédure d'évaluation porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser précisément le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

77



Un de ses axes prioritaires porte sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) renforçant ainsi la médicalisation de la démarche.

→ LA 3^E VERSION LA CERTIFICATION V2010

Les premières visites de la 3^e version ont commencé en janvier 2010. Ce nouveau dispositif a été pensé et développé pour permettre une certification plus continue et efficiente. Ainsi, la V2010 représente une importante évolution du dispositif de certification. Son objectif est d'apporter une réponse pertinente et équilibrée aux attentes :

- des usagers,
- des professionnels de santé,
- des pouvoirs publics.

La certification doit :

- Délivrer une information accessible et claire à destination des usagers.
- Renforcer sa place en tant qu'outil de management interne aux établissements.
- Créer des conditions d'un intérêt à agir pour les professionnels de santé.

- Assurer son rôle dans la régulation des établissements de santé par la qualité. Les résultats de certification doivent devenir l'élément incontournable pour appréhender la qualité des établissements.

En avril 2011, le manuel de certification a été révisé afin de répondre aux attentes de l'environnement sur les champs de l'hospitalisation à domicile, de la santé mentale et de la biologie. Des adaptations aux spécificités de ces activités ont été apportées.

→ LA 4^E VERSION LA CERTIFICATION V2014

La HAS souhaite améliorer la performance des visites de certification et renforcer son regard sur la réalité de l'activité. Ainsi, elle met en œuvre dans cette nouvelle version un compte qualité et fait évoluer les méthodes de visite avec la mise en place de la méthode du patient traceur et d'audits de processus. Le manuel de certification V2010 reste en vigueur, conformément au souhait de stabilité exprimé par les professionnels hospitaliers.

Si la certification est une démarche obligatoire menée par la HAS, les établis-

sements de santé sont libres de s'organiser comme ils le souhaitent pour conduire leur démarche qualité.

L'enjeu principal de cette nouvelle version de la certification est d'agir sur la culture hospitalière pour ⁵ :

- Faire que le management par la qualité irrigue les organisations.
- Renforcer une approche par processus et par thématique de risques pour "parler" davantage aux professionnels de santé avec une attention portée aux points critiques de la prise en charge du patient.

>

1. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_967907/fr/le-contexte-reglementaire
2. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978601/fr/historique-de-la-certification
3. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf
4. Art. L. 710-5, al. 2, CSP; art. L. 6113-3, al. 2, NCSP.
5. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/diapo_1_enjeux_modalites_vd.pdf

Le spécialiste de l'allaitement maternel depuis plus de 10 ans

Grandir Nature, votre partenaire pour accompagner les mamans allaitantes.

Valérie, notre consultante en lactation, est disponible pour toute question autour de l'allaitement maternel :

consultante-lactation@grandir-nature.com

C'est aussi le plus grand choix de tire-lait à la location pour répondre à tous les besoins.

11 modèles hospitaliers et compacts* à un tarif unique de **12.07€ la semaine** (tarif conventionné par la sécurité sociale sans dépassement).

Livraison sur toute la France sous 48h.



Une ligne directe
dédiée aux
sages-femmes
03 88 50 07 99



* Tous nos tire-lait électriques sont des dispositifs médicaux de classe IIa qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE.
LPPR : code 1105712 (12,07€) pour la location hebdomadaire ; code 1140252 (6,04€) pour le set de pompage simple. Grandir Nature est un prestataire conventionné N° FINESSE 672656030



GRANDIR NATURE
aider les mamans

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert 0 800 622 833

DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H15 À 19H00

www.grandir-nature.com • leblogallaitement.com

12 RUE DE L'INDUSTRIE, 67560 ROSHEIM



- Favoriser le lien avec le Développement Professionnel Continu (DPC) des professionnels de santé et avec la reconnaissance de démarches d'équipes entraînées comme facteurs clé de succès pour impliquer des publics demeurés sceptiques.

Ainsi, le V2014 est une démarche plus naturelle et continue visant à évaluer la maturité du système de management de la qualité et des risques de chaque établissement.

→ NOUVELLES MODALITÉS DE LA CERTIFICATION V2014

Un effet reconnu des certifications est la forte mobilisation des équipes quelques mois avant la visite et l'essoufflement des professionnels à la suite de celle-ci. La V2014 a été pensée dans un souci d'une démarche d'amélioration continue de la qualité afin de dépasser la logique de conformité impulsée par les versions précédentes de la certification.

Pour ce faire, elle s'appuie sur deux nouvelles démarches :

- L'audit de processus réalisé par des experts-visiteurs non-médecins de la HAS.
- La méthode du patient traceur réalisé par des experts-visiteurs médecins de la HAS.

Ces méthodes ont pour objectifs communs de mieux évaluer la réalité des prises en charge, des organisations, de recueillir et analyser des preuves, avec davantage d'objectivité et de décloisonner une approche par critère.

Le schéma n° 2 nous montre en quoi la méthode du patient traceur viendra alimen-

ter les processus, et plus particulièrement celui de la prise en charge du patient.

● L'audit de processus

L'audit de processus consiste à investiguer les thèmes de la certification afin de s'assurer de leur maîtrise et de leur efficacité ⁶.

Les processus permettent de penser l'organisation de façon transversale afin d'assurer sa fluidité horizontale. Il a pour finalité le parti pris du "client" : l'organisation est au service de la finalité du "client" et ce n'est pas le "client" qui doit se mettre au service de l'organisation. On est dans le cadre d'une approche systémique de l'organisation.

● La méthode du "patient traceur"

Il s'agit d'une méthode expérimentale, testée en 2012 sur huit établissements de santé possédant une activité d'obstétrique, d'urgence et de chirurgie et ayant vocation à être généralisée en 2014.

La HAS la définit comme une « *méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques qui consiste à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui s'y rattachent* » ⁷.

Elle a comme particularité, par rapport aux versions précédentes des certifications, de prendre en compte le regard du patient et d'observer les interfaces, permettant aux experts-visiteurs d'être au cœur des parcours de soins.

Le caractère innovant de cette méthode réside dans trois grands points :

- La préparation et la conduite de l'évaluation se font sur la base du dossier du patient ⁸ qui devient le fil conducteur de la méthode.
- La prise en compte du regard du patient qui interpelle le résultat, c'est-à-dire la qualité perçue par le patient
- L'observation des interfaces et de la collaboration interdisciplinaire tout au long de la prise en charge permettant d'évaluer la qualité de l'articulation, de la transmission de l'information au sein de l'organisation.

Il est important de préciser qu'il ne s'agit pas d'une évaluation de la pertinence de la stratégie diagnostique et thérapeutique du patient ⁹.

LA PLACE DU REPRÉSENTANT DES USAGERS DANS L'ÉLABORATION DU PROGRAMME QUALITÉ

« *Le représentant des usagers défend les droits et les intérêts des usagers d'un établissement [...]. Il fait prendre conscience aux professionnels que derrière la maladie il y a un malade, qui demande à être soigné mais pas dans n'importe quelles conditions, un usager qui n'est pas un client mais une personne avec son histoire, ses besoins, ses demandes, qui doivent être entendus* » (Guide du représentant des usagers en CRUQPC, 2011).

D'un point de vue juridique, selon l'article L1112-83 du code de la Santé publique, « *Les représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés par le directeur de l'Agence Régionale de Santé parmi les personnes proposées par les associations agréées en application de l'article L.1114-1* ». Il s'agit d'une activité bénévole.

Ils interviennent principalement lors des réunions de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) qui assure la responsabilité en termes de droits des patients et de la qualité de la prise en charge.

La CRUQPC se compose de représentants de l'établissement mais également de représentants des usagers et a, pour principal objectif, de créer un espace d'échange permettant le dialogue entre les professionnels et les usagers. « *Il s'agit de faire entrer le point de vue de l'usager dans l'évaluation du fonctionnement et de l'organisation hospitaliers à proprement parler et de construire la politique qualité en partie à l'aune de ce regard. L'arrivée des représentants d'usagers a permis l'introduction d'un tiers dans les établissements de santé* » (Guide du représentant des usagers en CRUQPC, 2011). ■

6. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

7. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/diapo_4_patient_traceur_vd.pdf

8. Le choix se porte plus volontiers sur un patient dont la situation clinique s'avère complexe, ayant de ce fait connu différents modes de prise en charge et étant plutôt proche de sa sortie d'hospitalisation.

9. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/diapo_4_patient_traceur_vd.pdf

LL
Le représentant des usagers [...] fait prendre conscience aux professionnels que derrière la maladie il y a un malade, qui demande à être soigné mais pas dans n'importe quelles conditions.

77



COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 11 JANV. 2016

RCP : UN OBSTACLE MAJEUR
À L'EXERCICE LIBÉRAL DES
SAGES-FEMMES

En décembre dernier, l'ANSFL célébrait un début de victoire. Le tribunal administratif condamnait le bureau central de tarification (BCT) annulant sa décision d'imposer des tarifs assurantiels aux sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile similaires à ceux des obstétriciens.

Mais la joie sera de courte durée. L'AIAS, intermédiaire entre sages-femmes et SHAM, vient d'adresser à ses sociétaires un courrier surréaliste.

Outre le fait que certains tarifs sont augmentés de **1 000 %** :

- La SHAM refuse désormais d'assurer les sages-femmes ayant une pratique d'accouchement à domicile.

Depuis des années, ces sages-femmes ne sont plus couvertes pour ce risque au vu des tarifs demandés (équivalent à leur revenu moyen) mais elles restaient assurées pour le reste de leurs actes. C'est maintenant un refus global d'assurance qui leur est opposé.

- Par ailleurs, la SHAM propose à l'ensemble des libérales une liste d'actes réductrice, pour ne pas dire humiliante. Par exemple, alors que les sages-femmes ont acquis depuis 2009 la compétence pour le suivi gynécologique de prévention, le contrat évoque le "conseil en contraception", comme si elles n'étaient pas à même de la prescrire. Pire, on ne trouve aucune mention de consultations de suivi de grossesse.

Le contrat stipule également que l'assuré est tenu de déclarer "toutes spécialités ou compétences professionnelles, toutes techniques particulières qu'il est légalement en droit de pratiquer.../... les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence d'aggraver les risques ou d'en créer de nouveaux." Cela revient à exiger des sages-femmes de lister l'ensemble de leurs actes et d'évaluer elles-mêmes une éventuelle augmentation du risque. Difficile de faire plus flou ; en cas d'incident, il serait aisé de leur opposer la nullité du contrat.

Quelle autre profession de santé se voit exclue de facto pour un acte de sa compétence ? Quelle autre profession de santé doit ainsi définir ses compétences auprès d'un assureur ?

Les compétences des sages-femmes sont définies par la loi.

L'ANSFL dénie à la SHAM le droit de les réduire.



D'INFO
www.ansfl.org

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 15 FÉVRIER 2016

ÉTUDIANTS ET ENSEIGNANTS SAGES-FEMMES SALUENT LA MESURE ENGAGÉE EN FAVEUR DE LA FILIÈRE MAÏEUTIQUE DANS LE CADRE DE LA GRANDE CONFÉRENCE DE SANTÉ

En décembre 2015, l'Association nationale des étudiants sages-femmes (Anesf) et la Conférence nationale des enseignants de maïeutique (CNEMa), organisations représentatives des étudiants et des enseignants sages-femmes, dénonçaient le manque de volonté politique pour la création et la reconnaissance d'un statut adéquat pour l'enseignement de la maïeutique.

La réingénierie de la formation (inscription de la filière maïeutique dans le schéma Licence-Master-Doctorat) conduisant au diplôme d'État de sage-femme, avait marqué une première phase de l'intégration universitaire. Toutefois l'intégration universitaire des sages-femmes ne pouvait être complète qu'à condition de procéder à la création de composantes universitaires autonomes et de statuts pour le corps enseignant sage-femme. Dans le cadre de la Grande Conférence Nationale de Santé, des contributions avaient été déposées par les deux associations.

Les conclusions de la Grande Conférence de Santé du 11 février 2016 ont permis de voir que leurs revendications concernant le statut des sages-femmes enseignantes ont été prises en compte parmi les 22 mesures de la feuille de route établie par Monsieur le Premier Ministre.

En effet, dans la mesure 11, intitulée "Développer l'accès des étudiants en santé aux formations à la recherche", il est noté à l'alinéa la "Mesure" : **"Faire émerger un corps d'enseignants-chercheurs en maïeutique"**.

Cette mesure annonce la **reconnaissance de la filière maïeutique comme discipline académique et le développement de la recherche en maïeutique**. Cette dernière est un défi pour l'amélioration de la santé des femmes et des nouveau-nés dans une approche préventive et éducative.

Les mesures complémentaires du paragraphe de la mesure 11 de la feuille de route du gouvernement sont à la hauteur des attentes des étudiants et des professionnels, en particulier celle concernant le développement de la culture scientifique au sein de la formation initiale. **Cette culture scientifique, initiée en 2011 par le nouveau schéma des études en Maïeutique, pierre angulaire de la recherche, est un atout majeur pour le développement et l'excellence des professions médicales.**

Les autres annonces de la feuille de route, également très concluantes, mettent en avant l'**efficacité des débats et des échanges** ainsi que les consensus entre les différents acteurs de santé de ces six derniers mois.

Enfin, même si la globalité des annonces est satisfaisante et prometteuse, l'Anesf et la CNEMa ne manqueront pas de rappeler les engagements du Gouvernement concernant la formation et la profession de sage-femme, ainsi que l'urgence de leur mise en application.



CNEMa
conférence nationale
des enseignants de maïeutique



COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 16 FÉVRIER 2016

Les sages-femmes réagissent à la feuille de route publiée par le Gouvernement à l'issue de la Grande Conférence Nationale de Santé : des avancées certaines mais peut mieux faire !

"Les écoles de sages-femmes : une tutelle hospitalière, une tutelle régionale et un diplôme d'État de sage-femme délivré par les universités". Ce titre d'une des contributions remises au cours de la Grande Conférence de Santé résumait à elle seule, la difficulté pour les structures de formations des sages-femmes d'intégrer l'université et de développer la recherche en maïeutique. L'intégration universitaire des

sages-femmes ne sera complète qu'à condition de procéder à la création de structures d'enseignement et de statuts pour le corps enseignant sage-femme.

Au terme de 6 mois de riches échanges entre différentes professions de santé, les 22 mesures de la feuille de route établie par le Gouvernement ont été annoncées dans le cadre de la Grande Conférence de Santé. La mesure 11, intitulée "Développer l'accès



des étudiants en santé aux formations à la recherche", indique "Faire émerger un corps d'enseignants-chercheurs en maïeutique".

La profession de sage-femme est la seule des trois professions médicales pour laquelle l'accès à la recherche dans son champ d'exercice est inexistant. Elle est également la seule profession médicale pour laquelle sa discipline, la maïeutique, n'a pas de reconnaissance universitaire. Cette 11^e mesure marque l'évolution vers un statut du corps enseignant sage-femme à l'Université. Elle ouvre la voie de la recherche maïeutique dont l'approche holistique inclut les aspects physiologiques, psychosociaux, culturels et spirituels de la santé des femmes et des nouveau-nés. Cette mesure très attendue rassure l'ensemble des associations et syndicats de sages-femmes, ainsi que le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Nous regrettons cependant que cette mesure ne fasse pas l'objet d'un calendrier ferme comme la plupart des autres mesures proposées. Nous accorderons donc une vigilance toute particulière à sa mise en œuvre.

Lors de son discours, M^{me} Marisol TOURAINE annonçait une amélioration des conditions de travail des hôpitaux et une indemnité maternité uniquement pour les femmes médecins généralistes libéraux. Nous pouvons nous féliciter de la première puisque les sages-femmes dénoncent régulièrement les conditions de travail et d'accueil des femmes et des nouveau-nés notamment dans les maternités. Nous regrettons que la seconde mesure ne soit pas généralisée à l'ensemble des professionnels de santé libéraux.

Enfin, pour clôturer cette Conférence, et après le résumé des 6 tables rondes, l'allocation du Premier Ministre n'a annoncé au final rien de nouveau. Favoriser l'ambulance, l'inter-professionnalité, revoir et améliorer le parcours universitaire, la recherche et la formation des professionnels.

Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique

Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes

Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes
Union Nationale des Syndicats de Sages-Femmes
Société Française de Maïeutique

Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales

Association Nationale des Sages-Femmes Coordinatrices

Collège National des Sages-Femmes de France

Association Nationale de Formation Initiale et Continue des sages-femmes

Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

Une EndométrioVie

● Blandine BULTÉ

Un témoignage fort et intime sur la vie des femmes atteintes d'endométriose et les conséquences de la maladie sur leur couple

Il aura fallu plus de dix ans pour que la médecine pose un mot sur ses « maux ».

L'endométriose (présence de muqueuse utérine en dehors de l'utérus) infiltre les tissus. Réagissant aux hormones, elle prolifère à l'insu des patientes.

C'est une maladie douloureuse et souvent handicapante qui conduit jusqu'à l'infertilité et mène certains couples sur le chemin sinueux de l'adoption.

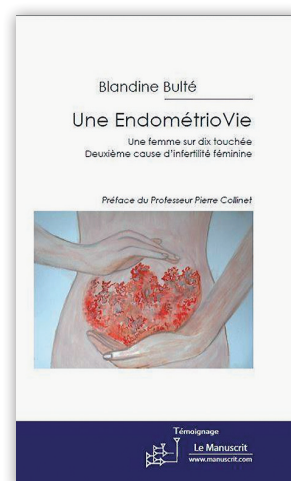
Comme l'auteure, plus de 10 % des femmes sont atteintes par cette pathologie.

Ce témoignage retrace le parcours de l'auteure dans la maladie: des années à lutter contre la douleur et pour donner la vie.

Blandine Bulté est professeure d'arts plastiques, elle livre ici un témoignage fort et intime sur la vie de ces femmes et les conséquences de la maladie sur leur couple.

Elle est aussi l'auteure d'un premier volet d'une saga fantastique, Brahman, la quête du guérisseur, publiée aux éditions Le Manuscrit en 2011.

Blandine Bulté reversera une partie de ses droits d'auteur à l'association EHLE.



Éditions Le Manuscrit

160 pages - 140 x 225 mm

EAN 9782304043648

Prix: 17,90 €

Livre numérique:

EAN 9782304243659

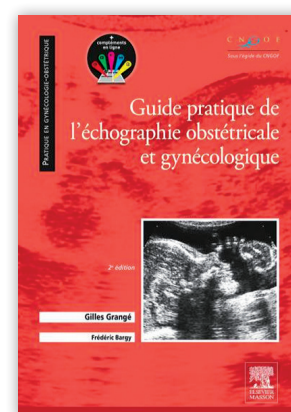
Prix: 7,90 €

Guide pratique de l'échographie obstétricale et gynécologique

2^e édition

● Gilles GRANGÉ

Le guide indispensable à la formation en échographie. Tout en répondant au programme du DIU d'Échographie Gynécologique et Obstétricale, cet ouvrage permet aux internes de gynécologie-obstétrique et de radiologie, ainsi qu'aux sages-femmes, de rentrer dans l'apprentissage par paliers successifs, des notions les plus simples aux plus complexes. Les chapitres sont traités de façon claire, synthétique, pour répondre concrètement aux situations rencontrées. L'iconographie est remarquable par sa qualité d'imagerie et sa capacité à décrire chaque pathologie. Elle rend compte de l'évolution des technologies et facilite la mémorisation des notions essentielles. Au quotidien, ce livre deviendra donc le compagnon indispensable de l'échographiste. Fort du succès de sa 1^{re} édition, cet ouvrage de référence s'enrichit de très nombreux compléments numériques. Ainsi, pour compléter votre lecture, 60 QCM interactifs et plus de 180 vidéos vous permettront d'évaluer votre maîtrise du sujet. Les principaux chapitres de l'ouvrage (cœur/thorax/système nerveux central/appareil digestif...) font l'objet de vidéos explicatives réalisées par Gilles Grangé sous la forme d'un cours de 10 minutes.



Elsevier Masson

416 pages - 170 x 240 mm

ISBN: 9782294748912

Prix: 59 €

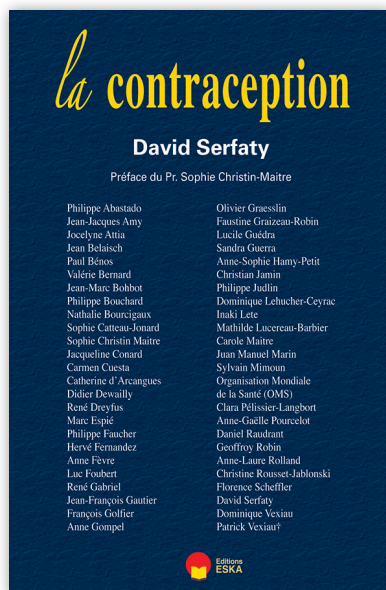
E-Book PDF

Prix: 40,99 €

<http://www.elsevier-masson.fr/>



KIOSQUE

**VIENT DE PARAÎTRE
AUX ÉDITIONS ESKA**

La contraception

● David SERFATY

Ce livre donne aux praticiens toutes les informations nécessaires pour la prescription et la surveillance d'une contraception.

Cette nouvelle édition est entièrement mise à jour et intègre les connaissances les plus récentes et même futures, comme les sprays contraceptifs, les gels contraceptifs pour homme, les contraceptifs oraux sans hormones ou le *Microchip* implantable de très longue durée...

Après des rappels indispensables, en particulier hormonologiques et physiologiques, l'ouvrage fait une analyse précise des différentes méthodes de contraception (hormonale, intra-utérine, vaginale, masculine, d'urgence) avec leurs indications, contre-indications, complications ainsi que leurs effets bénéfiques.

Le lecteur trouvera également dans cet ouvrage une description détaillée de la contraception pour les différents âges de la vie ou associée à des situations particulières ou à diverses pathologies (la drépanocytose par exemple) et parfois très rares comme l'angioedème héréditaire. Pour guider le praticien dans sa décision, tous les critères de décision intervenant dans le choix et la surveillance d'une contraception sont clairement exposés.

LE PUBLIC

- Gynécologues
- Médecins généralistes
- Endocrinologues
- Sages-femmes
- Étudiants des 2^e et 3^e cycles de médecine
- Personnel des centres de planning familial
- Pharmaciens...

David Serfaty est gynécologue, praticien hospitalier honoraire, ancien directeur du centre de régulation des naissances à l'hôpital Saint-Louis à Paris, co-directeur du diplôme interuniversitaire de contraception, universités Paris-VI et Paris-VII, président de la Société Francophone de Contraception, et président fondateur et d'honneur de la Société Européenne de Contraception. Il s'est entouré d'un collectif d'auteurs de renom et d'horizons divers car le domaine de la contraception est très vaste et en perpétuel mouvement

Éditions ESKA

ISBN 978-2-7472-2310-2

Format 13x21 cm

Poids: 870 gr

656 pages

Prix public: 85 €

BON DE COMMANDE

Je désire commander exemplaire(s) de l'ouvrage:
"LA CONTRACEPTION" de D. Serfaty, ISBN 978-2-7472-2310-2
au tarif de 85 € + 1 € de frais de port par volume,
soit €

Je joins mon règlement à l'ordre des ÉDITIONS ESKA par :

- ☐ Chèque à l'ordre des Éditions ESKA
- ☐ Virement bancaire aux Éditions ESKA - BNP Paris Champs
Élysées - 30004/00804/compte: 00010139858/36
- ☐ Carte bancaire
- ☐ VISA
- ☐ Mastercard

N°

Date d'expiration / /

Signature:

MES COORDONNÉES

☐ M^{me} ☐ M^{lle} ☐ M.

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

E-mail

Veuillez retourner votre bon de commande accompagné de votre règlement à:
Éditions ESKA - 12, rue du Quatre-Septembre - 75002 PARIS - Tél.: 01 42 86 55 75
Fax: 01 42 60 45 35 - Email: adv@eska.fr - www.eska.fr

L'image de la maternité à travers l'année 1945 dans le *Journal de Genève*

PARTIE 1/2

Il y a soixante ans et quelques mois, la Seconde Guerre mondiale prenait fin. Si de nombreux pays du continent européen étaient en guerre, la Suisse resta neutre et cela en fait une particularité ¹. Depuis, les thématiques les plus larges sur ce conflit ont été étudiées, notamment l'histoire des femmes durant les quatre années de guerre ², ici et à l'occasion de la sortie en salle le 10 février 2016 du film *Les innocentes*, l'histoire de femmes violées par des soldats soviétiques et sur le point d'accoucher, nous proposons de nous intéresser plus particulièrement à la place des femmes enceintes, des jeunes mères, aux actions engagées envers les nourrissons et à l'équipe et aux équipements de la maternité en Suisse durant l'année 1945 à travers le prisme du *Journal de Genève* ³.

DES PRÉVISIONS DE SOUS-POPULATIONS INQUIÈTENT L'EUROPE DÈS JANVIER 1945

Dès janvier 1945, le monde se trouva placé devant des problèmes démographiques jugés "inextricables" ⁴. L'ensemble de la presse généraliste citait les nombreux démographes qui indiquaient qu'au nombre des problèmes de l'après-guerre, tant économiques que politiques, figureraient les conditions démographiques. D'ailleurs, sur ce sujet, *La Gazette de Zurich* publia un fascicule spécial intitulé *De la population et prévisions en matière de démographie* ⁵.

La Suisse avait connaissance de la saignée humaine que la guerre causa ⁶. Prenons l'exemple d'une réaction française. En France, le général de Gaulle (1890-1970), s'adressant à la population au début du mois de février 1945, déclarait : « Mais, à mesure que le soleil de la victoire se lève à l'horizon, la nation découvre l'avenir et s'interroge sur la route qu'il lui faut suivre pour se reconstruire et se développer politiquement, économiquement, socialement, démographiquement et moralement. ⁷ »

Du côté allemand, la menace qui pesait sur les enfants et plus largement sur les femmes fut redoutable. La guerre biologique fut terrible comme le montre cet exemple : dans le Palatinat, au nord de Wissembourg ⁸, pour les ennemis, les femmes, les enfants comme les personnes plus âgées représentaient, disaient-ils, un "poids". C'est pourquoi, les troupes allemandes, et ceux que l'on nommait les "jeunes fanatisés" ou *Hitlerjugend*, qui n'ont cessées de harceler les troupes alliées décidèrent qu'à « l'instant où la menace de l'occupation alliée se présente, tous les cadres masculins et féminins de la population [...] se retirent en emmenant avec eux l'essentiel de leurs archives. En revanche, demeurent sur la place tous les éléments de la population qui représentent un poids mort (femmes, enfants, vieillards, bourgeoises oisives), en un mot tout ce qui constitue, dans une agglomération, une charge plus qu'un profit ⁹. »

IL N'Y A PLUS DE QUOI NOURRIR LES ENFANTS ALLEMANDS

Les Suisses apprenaient aussi, grâce au quotidien genevois, que depuis la fin de la bataille de Stalingrad, en février 1943, les forces nazies prenaient des dispositions pour bien nourrir les nourrissons afin de permettre « dans une ou deux générations de reprendre la lutte avec quelque chance de succès » ¹⁰. L'envoyé spécial à Strasbourg du *Journal de Genève* poursuit : « C'est ainsi qu'en 1943, les émissaires chargés des achats allemands à l'étranger ont commencé de transférer dans le Reich, quel qu'en soit le prix, un ensemble de produits vitaminés destinés à assurer des forces voulues aux enfants en bas âge. « Nous avons besoin, disait l'un de ces envoyés, de prévoir la prochaine guerre et il nous faut dès lors ne rien négliger pour assurer aux nourrissons d'aujourd'hui les éléments d'une croissance normale. ¹¹ »

Mais au lendemain de la guerre, la situation était devenue insoutenable, elle empirait de jour en jour. Berlin et toute l'Allemagne avaient faim ¹². En dépit de cela, les rations alimentaires en direction des civils allemands furent réduites par les vainqueurs après la signature de l'armistice sauf lorsqu'il s'est agi de fournir du lait aux enfants et aux femmes enceintes et allaitantes ¹³.

« Nous avons besoin, disait l'un de ces envoyés, de prévoir la prochaine guerre et il nous faut dès lors ne rien négliger pour assurer aux nourrissons d'aujourd'hui les éléments d'une croissance normale. »

FEMMES ENCEINTES, JEUNES MÈRES ET NOURRISSONS

Comment la Suisse agit-elle en direction de ses jeunes mères et des nourrissons durant le premier semestre 1945 ? D'abord, en Suisse, l'année 1945 s'ouvrit sous de bons auspices à la maternité de Genève¹⁴. La fanfare municipale de Plainpalais¹⁵ comme le veut la tradition, se présenta le 1^{er} janvier 1945 à la clinique infantile où se trouvait la maternité pour proposer l'aubade. Plus tard, le 27 mars 1945, l'Union musicale française de Genève se rendit à la Maternité où un accueil triomphal lui fut réservé.

Puis, l'accompagnement des femmes enceintes et des jeunes mères se poursuivait normalement. Voici une preuve à cette affirmation : dans les cinémas genevois, juste avant les films, les spectateurs assistaient à une séance du Ciné-Journal, un moment très pédagogique pour les jeunes mères. En effet, il était consacré aux activités des œuvres qui protègent la santé des nourrissons et des jeunes mères¹⁶.

Enfin, la ville de Genève tenta d'offrir les meilleurs services obstétricaux aux femmes enceintes. On inaugura de nombreux lieux pour accueillir les femmes enceintes et les nourrissons. Ce fut d'abord le cas au terre-plein de l'île où fut inaugurée, le samedi 10 mars 1945, la baraque pouponnière. À l'initiative de l'Aide suisse aux mères et aux enfants¹⁷, cette maison toute en bois fut construite en cinq jours par la Chambre syndicale des entrepreneurs en bois de Genève. Le *Journal de Genève* du 12 mars 1945 précise : « *Franchi le seuil, voici d'abord la salle d'attente puis le bureau, la biberonnerie – où dormaient six bébés roses venus de France et dans les emplacements destinés plus tard aux huit autres chambrettes [...].* »

Ce fut ensuite le projet de l'agrandissement de la maternité de Genève et de la reconstruction de la clinique infantile qui fut proposé le 30 mai 1945. « *La maternité devenue insuffisante deviendra sur la suggestion de son chef, le professeur Koenig, un bâtiment de lits [...]. Enfin, le professeur Gauthier, dévoué à la clinique infantile a fait remarquer à la commission des grands travaux les lacunes auxquelles il faut, de toute urgence remédier pour l'hospitalisation des enfants [...].* »¹⁸.



Le Journal de Genève du 8 mai 1945.

<http://labs.letemps.ch/interactive/2015/8mai1945/>

Au sortir de la guerre, la situation restait tout de même assez délicate dans les pays voisins. Ainsi, le 1^{er} août 1945, soit le premier août d'après-guerre, à l'occasion de la Fête nationale suisse (Bundesfeiertag), une collecte fut organisée pour venir en aide aux mères, notamment de France.

RATIONNEMENT

La Suisse s'efforça d'améliorer la situation alimentaire et de limiter la crise des énergies pour les couples ayant des enfants. Par exemple, les couples ayant un nourrisson reçurent dès la fin du mois de février 1945, un supplément de deux mètres cubes de gaz¹⁹ si l'appartement disposait d'un service d'eau chaude à l'électricité.

Il en fut de même pour les droits à l'attribution de charbon. Au sortir de l'hiver 1945, il n'y a que les familles ayant un nouveau-né qui recevaient des autorisations d'achat de charbon²⁰.

Les restrictions d'essence eurent aussi des conséquences insoupçonnées. Les rationnements de carburant entravaient la bonne marche du travail des chauffeurs de taxi qui assuraient le transport des femmes enceintes à la maternité.

1. Edgar DUBOIS, *Histoire de la neutralité suisse pendant la Seconde Guerre mondiale*. Neuchâtel, La Baconnière, 1970-1971.

2. Monique PAVILLON, *Les femmes suisses face à la Deuxième Guerre mondiale*. Matériaux pour l'histoire de notre temps, 2009, 93, p. 49-59 et Monique PAVILLON, *Les immobilisés : les femmes suisses durant la Seconde Guerre mondiale*. Éditions d'en bas, 1989, 111 p.

3. Jérôme JANICKI, *La vie quotidienne des femmes enceintes durant la Seconde Guerre mondiale*. Les Dossiers de l'Obstétrique, janvier 2010, 389, p. 29-33. Pour en savoir plus sur le Journal de Genève consultez le site Internet <http://w3public.ville-ge.ch>

4. S. STELLING, *Transferts de la population*. Le Journal de Genève, mercredi 10 janvier 1945, p. 1.

5. M. G. Frumkin de Genève estimait qu'« *en se basant sur les estimations de Notenstein, on admet que la population de l'Europe sans compter celle de l'URSS, augmentera approximativement jusqu'en 1955 pour rester stable jusqu'en 1970 et diminuer ensuite.* », Le Journal de Genève, mercredi 24 janvier 1945, p. 7. Plus tard, le mercredi 31 janvier 1945, Le Journal de Genève annonçait qu'en Espagne, l'augmentation des naissances était réelle en partie grâce à la diminution de la mortalité infantile.

6. Les bouleversements démographiques sont détaillés dans l'article suivant : Gilles PISON, *France-Allemagne : histoire d'un chassé-croisé démographique*. Population et sociétés, mars 2012, 487.

7. Le Journal de Genève, mardi 6 février 1945, p. 2 et discours du général de Gaulle contre la dépopulation dans le Journal de Genève, samedi 3 et dimanche 4 mars 1945, p. 2.

8. Consultez le site Internet : www.ot-wissembourg.fr

9. *Grande Guerre et Petite Guerre dans le Palatinat*. Le Journal de Genève, jeudi 11 janvier 1945, p. 1.

10. *Préparatifs nazis en vue de la défaite*. Le Journal de Genève, vendredi 23 mars 1945, p. 1.

11. *Préparatifs nazis en vue de la défaite*. Le Journal de Genève, vendredi 23 mars 1945, p. 1.

12. Édouard HUSSON, *Les derniers jours d'Hitler*. L'Histoire, avril 2005,

13. Le Journal de Genève, jeudi 17 mai 1945, p. 2.

14. Pour en savoir davantage, consultez le site Internet : www.notrehistoire.ch/

15. www.ville-geneve.ch et KUNDIG, Fanfare municipale de Plainpalais. 1936, 20 p.

16. Le Journal de Genève, lundi 15 janvier 1945, p. 4.

17. <http://asme.ch>

18. Le Journal de Genève, jeudi 31 mai 1945, p. 4.

19. *Nouvelles précisions sur le contingentement de gaz*. Le Journal de Genève, samedi 24 et dimanche 25 février 1945, p. 5 et vendredi 2 mars 1945, p. 5.

20. Le Journal de Genève, jeudi 8 mars 1945, p. 3.

Surtout dans ces années noires, le déséquilibre alimentaire qui sévit partout durant ces quatre années de la Seconde Guerre mondiale causa l'apparition d'affections graves liées à la famine. Les enfants n'échappèrent pas à ce fléau. C'est pourquoi l'envoi par la Suisse de rations supplémentaires de lait en poudre aux populations était courant.

Cette consommation bridée dans l'Europe entière était à la une du *Journal de Genève* qui rapporta aussi le cas de la situation alimentaire aux Pays-Bas. « On nous mande d'Amsterdam : L'amélioration de la situation alimentaire dans les Pays-Bas continue [...] Les autorités néerlandaises ont établi un nouveau barème de rationnement des denrées alimentaires. Les rations normales assureront une valeur nutritive de 1 850 calories. [...] Les jeunes mères qui nourrissent leurs enfants et les femmes enceintes reçoivent une ration de 2 600 calories [...] ».

LA CROIX-ROUGE SUISSE VIENT EN AIDE AUX FEMMES ENCEINTES ET AUX ACCOUCHEES

Devant les restrictions les plus sévères, tout au long de la guerre, le *Journal de Genève* montra l'œuvre constante de la Croix-Rouge auprès des femmes enceintes et des accouchés ²¹.

Les appels pressants à la Croix-Rouge suisse venaient encore au printemps 1945 de partout où la guerre sévissait et notamment de France. « L'enfance y est en détresse. Elle manque de lait et d'autres aliments. Les accouchées n'y peuvent pas être traitées et soignées comme il serait indispensable qu'elles le fussent [...] La Croix-Rouge suisse s'ingénie sans cesse à se procurer les tonnes de lait condensé, d'aliments nécessaires et les faire parvenir dans les contrées où ils sont réclamés à grands cris. Ses cantines en France, ses colonies d'enfants, ses services hospitaliers pour les femmes enceintes et les accouchées assurent également une alimentation quotidienne suffisante à celles-ci en grand nombre et à des dizaines de milliers d'enfants suppléant à celle que les services intérieurs ne peuvent toujours leur procurer ²². »

La Croix-Rouge suisse n'intervenait pas qu'à l'extérieur de la Suisse. La Croix-Rouge suisse de Genève organisait aussi des réunions régulières à la clinique infantile de la rue Prévost-Martin. Les Genevoises assistèrent le 26 février 1945 à la conférence intitulée « Comment régler son genre de vie pendant la grossesse » ²³, le 2 mars 1945 à la conférence du docteur Fred Bamatter, « Physiologie du nourrisson », le 9 mars 1945 à une nouvelle intitulée « Premiers signes de maladie chez le nourrisson » ²⁴...

La Croix-Rouge suisse fut d'ailleurs, pour son action, honorée dans nombre d'œuvres littéraires. Ainsi, au début de l'année 1945, les librairies mirent dans leur étal les nouvelles œuvres du poète suisse Albert Steffen (1884-1963). Dans le livre *Les martyrs* qui se déroule en Paganie, un pays dans lequel l'eugénisme est pratiqué, alors que la guerre fait rage, une ville, neutre et occupée par la Croix Rouge, est devenue un vaste hôpital. Or, un envoyé spécial arrive pour annoncer la prochaine occupation de la ville ²⁵.

LES ACCOUCHEMENTS SONT ASSURÉS PAR DES MILITAIRES FRANÇAIS

Les engagements des femmes contre la guerre furent complets. Lors du Congrès féminin international de Londres, les déléguées approuvèrent une charte de la femme dans laquelle il

« S'il est désormais reconnu qu'il y eut de nombreux viols de femmes par des soldats durant le conflit [...] il y eut aussi de bons soldats qui vinrent en aide aux femmes enceintes »

était indiqué : « En tant que mères, le droit de donner le jour à leurs enfants dans un monde libre de crainte, de pénurie et de guerre. »

S'il est désormais reconnu qu'il y eut de nombreux viols de femmes par des soldats durant le conflit, comme le montre le film *Les innocentes* sorti en salle le 10 février 2016, il y eut aussi de bons soldats qui vinrent en aide aux femmes enceintes.

Le fait que rapporte le jeudi 8 février 1945, le *Journal de Genève* est rempli d'espoir. Nous sommes le 17 janvier 1945 vers 19h 15 à Niedernai dans le Bas-Rhin. Cette soirée d'hiver était glaciale. « Un civil vint au PC de l'escadron du 6^e RCA demander à parler au capitaine commandant. Ce pauvre homme infirme, demandait que l'on voulût bien transporter sa femme à la clinique d'une ville voisine, la sage-femme refusant de se rendre sur place, faute de moyen de transport. » Une demi-heure plus tard, la femme qui ressentait les premières douleurs fut chargée dans un half-track baptisé « Jonas ». Mais, aussitôt installée dans le véhicule, la jeune femme accoucha. Les militaires français réagirent sans tarder, elle fut allongée sur 21 coussins et le nouveau-né enveloppé dans le blouson du capitaine. La mère, le père et l'enfant furent chargés dans « Jonas » et menés à l'infirmerie située à plus d'un kilomètre du PC de l'escadron. Le compte rendu du capitaine indiquait : « A l'infirmerie, le bébé fut mis dans le coton puis réchauffé. La mère ranimée par la chaleur ambiante essayait de sourire. [...] Un maigre lumignon éclairait cette crèche. [...] La fille est enroulée dans de nombreuses épaisseurs de coton hydrophile et couchée dans l'une de ces petites valises que les célibataires connaissent bien. Des braseros à l'alcool permettent de réchauffer le berceau. [...] ²⁶ ». Puis, l'escadron fit une collecte et récolta la somme de 3 200 francs qui fut remise à la mère et le véhicule fut rebaptisé « Amiens-Pouponnière ».

L'armée française contribua aussi à la protection des femmes enceintes et allaitantes lors de ses opérations dans les confins badois comme le rapporte le *Journal de Genève* du mardi 24 avril 1945. « [...] La ville frontière badoise de Singen devait au début être déclarée ville ouverte comme Gottmadingen et Riasingen [...] Samedi (21 avril) le drapeau blanc a été hissé dans les communes de Horn et de Galenborn sur le lac Intérieur ainsi que dans l'île de Reichenau. Les bâtiments des casernes de Constance et les édifices voisins ont été pourvus d'immenses croix rouges de même que le meilleur hôtel de l'île de Reichenau « Das Loechnerhaus » où se trouvent actuellement les femmes enceintes et allaitantes [...] ».

LA GOUTTE DE LAIT ²⁷ À GENÈVE ET LE DON SUISSE ENVOIENT DU LAIT SUISSE POUR LES NOURRISSONS FRANÇAIS

La question du manque de lait fut la plus soulevée en ce début d'année 1945. De plusieurs manières, la Suisse œuvra



pour fournir du lait en poudre aux populations dans le besoin. Pour cela, il fallait de l'argent. Il y eut donc pour commencer des soirées caritatives qui furent organisées. Un exemple : pour venir en aide à l'œuvre de La Goutte de Lait, le vendredi 9 mars, le théâtre des Marionnettes de Marcel Maynier donna une soirée de gala ²⁸. À la Goutte de Lait s'ajouta l'aide du Don suisse qui ne cessa d'apporter son aide. À la fin du mois de mars 1945, pour secourir les enfants de plus de 18 mois affamés des villes de Marseille, de Toulon et de Nice, le Don suisse envoya 110 tonnes de lait en poudre ²⁹. À Marseille, ce fut le docteur Oltramare qui s'occupa de la distribution du lait suisse. Réservé au début aux enfants de 4 à 14 ans, ce lait fut finalement, vu l'état sanitaire de la ville, distribué aux nourrissons dont la mortalité avait pris des proportions effrayantes ³⁰. En avril 1945, le Comité de Genève du don Suisse décida de collecter tout ce qui pouvait être utile aux pays ravagés et notamment des berceaux d'enfants.

Après-guerre, la famine s'installa à Berlin. Pour la combattre, les autorités britanniques mirent à la disposition des hôpitaux, des femmes enceintes et des enfants âgés de moins de cinq ans près de 620 tonnes de lait en poudre ³¹. D'autres actions furent lancées en direction des nouveau-nés. Ce fut le cas de l'École professionnelle et ménagère de Genève qui répondit à l'appel de l'œuvre de la Layette éducative en créant un trousseau complet du nouveau-né ³².

CONCLUSION

Dans la seconde partie de cet article, c'est-à-dire dans le numéro du mois d'avril 2016, nous poursuivrons notre étude sur la maternité dans le *Journal de Genève* de l'année 1945 et nous nous attarderons sur les infanticides et les avortements clandestins.


Disons juste ici que, d'un côté, dès le début du mois d'avril 1945, le *Journal de Genève* rapporta des articles de cette teneur : « *Bachet-de-Pesay, des employés de la voirie ont trouvé sur un remblai le corps d'un nouveau-né de sexe masculin. Le corps a été conduit à l'Institut de médecine légale* ³³. »

De l'autre côté, le *Journal de Genève* montra un fort intérêt pour les poursuites entamées par les autorités suisses contre les avorteurs. Deux exemples. On lit dans le numéro du vendredi 25 mai 1945 un article sur l'arrestation d'un avorteur. « *La police a appréhendé le nommé André D., garçon de laboratoire vaudois, âgé de 35 ans qui s'était livré à des manœuvres abortives sur une jeune femme de 21 ans, Mademoiselle Anna Sch. de Berne qui est décédée en cette ville. De son côté, la police bernoise a appréhendé la personne qui avait fourni de l'argent à Mademoiselle Sch., ainsi que celle qui avait donné l'adresse de A.* » À la chambre d'accusation, ce dernier fut inculpé.

Plus tard le 27 juin 1945, le journal annonçait la macabre découverte en Avre à la hauteur du quai Charles-Page d'un fœtus du sexe masculin né viable enfermé dans une valise.



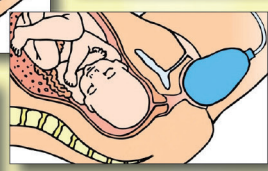
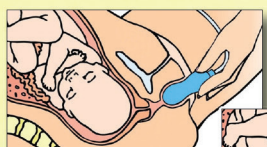
Deux jours plus tard, le quotidien annonçait qu'une Fribourgeoise, ménagère de 45 ans, fut arrêtée pour avoir pratiqué des avortements. Cette dernière venue de Lucerne décéda après avoir subi des manœuvres abortives. ■

21. Serge NESSI, *La Croix-Rouge suisse au secours des enfants, 1942-1945*. Éditions Slatkine.
22. *Plus que jamais à l'œuvre*. Le *Journal de Genève*, jeudi 25 janvier 1945, p. 3.
23. *Conférences et réunions*. Le *Journal de Genève*, lundi 26 février 1945, p. 2. Pour en savoir davantage sur les sages-femmes suisses, cf. Jérôme JANICKI, *Le discours et la méthode des autorités suisses de 1900 à 1930 pour organiser la profession de sage-femme*. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, février 2010, 390, p. 30-34.
24. Le *Journal de Genève*, vendredi 9 mars 1945, p. 3.
25. Romain GOLDRON, *Deux nouvelles œuvres d'Albert Steffen*, Le *Journal de Genève*, samedi 13 et dimanche 14 janvier 1945, p. 3.
26. *Comment le half-track de "Jonas" joua à la baleine*. Le *Journal de Genève*, jeudi 8 février 1945, p. 1.
27. Jérôme JANICKI, *Léon Dufour et l'œuvre de la Goutte de Lait ou comment nourrir les bébés au biberon "faute de mieux"*. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, mars 2010, 391, p. 30-34.
28. Le *Journal de Genève*, vendredi 2 mars 1945, p. 3 et lundi 5 mars, p. 4.
29. Le *Journal de Genève*, samedi 24 et dimanche 25 mars 1945, p. 4.
30. *Croix-Rouge suisse: secours aux enfants de France*. Le *Journal de Genève*, samedi 28 et dimanche 29 avril 1945, p. 5.
31. Le *Journal de Genève*, jeudi 2 août 1945, p. 6.
32. *Travaux d'élèves à l'École ménagère*. Le *Journal de Genève*, vendredi 1^{er} juin 1945, p. 3.
33. Jérôme JANICKI, *Retour sur un phénomène judiciaire passé: les infanticides des nouveau-nés (1850-1900)*. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, avril 2011, 403, p. 35-39.




L'épisiotomie n'est pas une fatalité
Après analyse statistique, le recours
à l'épisiotomie passé de 51% à 20%*.

EPI-NO Delphine Plus
aide vos parturientes
à travailler leur périnée
sereinement



Siret : 4380276090025 - N° agrément SS : 77 260 273 6

**Electronique Médicale de France**
01 60 96 24 13, contact@epi-no.fr
*www.epi-no.fr

AGENDA

AGENDA EN BREF

● 17-18 MARS 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 PARIS LA VILLETTE 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 GRENOBLE - Hôtel Mercure Président

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

● 1^{er} AVRIL PARIS La Villette - Cité des Sciences

Journée Internationale de l'Allaitement <http://www.journee-internationale-allaitement.fr>

● 1^{er} AVRIL PONT-À-MOUSSON (54) Abbaye des Prémontrés

13^e Journée régionale du Réseau Périnatal Lorrain. Thème : "Hémobiologie périnatale : de la grossesse au suivi du nouveau-né" <http://www.reseauuperinatal-lorrain.org>

● 21 ET 22 AVRIL DEAUVILLE

16^{es} journées de gynécologie, de pédiatrie néonatale, d'obstétrique et de médecine périnatale www.jpcom.fr

● 20 MAI 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 SAINT-MALO (35)

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

● DU 1^{ER} JUIN AU 4 JUIN PARIS

Journées d'imagerie de la femme et du fœtus www.jiff.fr

● 6 JUIN PARIS

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

● 9 ET 10 JUIN ARRAS

27^{es} journées de l'ANSFT www.ansft.org

● DU 15 AU 17 JUIN FUTUROSCOPE

Journées nationales des puéricultrices ANPDE www.cerc-congres.com

● 8-9-10 SEPTEMBRE MARSEILLE

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

● DU 5 AU 8 OCTOBRE PAU

30^{es} journées Infogyn www.journees-infogyn.com

● 12-14 OCTOBRE CLERMONT-FERRAND (63) - POLYDOME

46^{es} journées de la Société française de Médecine Périnatale. <http://www.cerc-congres.com>

FORMATIONS

12^{ÈME} COLLOQUE INTERNATIONAL DE PÉRINATALITÉ
DE L'ARIP
Association pour la Recherche et l'In(formation) en Périnatalité

Bébé attentif
adulte(s)
cherche
attentionné(s)

17, 18 & 19 novembre 2016
Centre International des Congrès
Palais des Papes - AVIGNON

Présentation des intervenants et actualité du programme

www.arip.fr



27^{es} Journées d'Études de l'Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales ARRAS → 9 - 10 juin 2016

Jeudi 9 juin 2016

8H15 ▶ Accueil des participants
9H00 ▶ Allocution d'ouverture. Nicole GRUSON, 4^e Vice-présidente Enfance et famille, prévention au Département du Pas-de-Calais

Santé environnementale

9H30 ▶ Les effets des perturbateurs endocriniens sur le fœtus. Laurent STORME, pédiatre.
10H45 ▶ 10 messages essentiels à transmettre aux futurs parents. Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique.
11H30 ▶ Actions collectives en santé environnementale. Nathalie MINY, Marie-Laure CARON, Jennifer VICHARD, S-F de PMI.
11H50 ▶ Une manière ludique d'aborder la santé environnementale avec de jeunes adultes. Générations Cobayes.

Quand l'enfant n'est pas souhaité

14H15 ▶ Implication des sages-femmes de PMI du Pas-de-Calais dans la prise en charge des accouchements avec demande de secret et remise d'enfant à l'adoption. Eddie FILLEUL, S-F.
15H15 ▶ Activités d'une sage-femme en Centre de Planification ou d'Éducation Familiale (CPEF), et en orthogénie. Cécile WALLART, Valérie DUCROCQ, Blandine BOLLART, S-F de PMI.
16H15 ▶ Limites et compétences des sages-femmes en gynécologie. Sandrine BRASME, présidente du Conseil de l'ordre des S-F du Pas-de-Calais.
17H00 ▶ Assemblée générale annuelle.

Vendredi 10 juin 2016

8H15 ▶ Accueil des participants
Accès aux soins de périnatalité pour les personnes sans couverture sociale, les étrangers en situation irrégulière, les migrants...

9H00 ▶ Textes en vigueur pour l'accès aux soins de périnatalité en faveur de personnes sans couverture sociale. Elisabeth VERITE, médecin inspecteur à l'ARS.
9H30 ▶ Organisation et fonctionnement de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Dominique LEGRAND, cadre socio-éducatif.
11H00 ▶ Parcours et droits des étrangers en France, organisation, fonctionnement et activité de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. Marie-Paule PLANTEY, OFII de LILLE.

Une parentalité accompagnée

13H45 ▶ Une Communauté autour de bébé », un accompagnement interactif des parents et futurs parents. Julie DEWAELE, psychologue de PMI.
15H00 ▶ Une autre manière de communiquer avec les bébés, présentation des "ateliers bébés signes". Patrice COCHETUX, animateur petite enfance.
16H30 ▶ Fin des débats.

Adresse du colloque
Hôtel du Département (face à la Préfecture)
Rue Ferdinand Buisson - 62000 Arras

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 présentiels (dates indiquées ci-après)
- 3^e étape non présentielle

CMP niveau I

Pacy-sur-Eure (27) - Hôtel Altina
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- 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

Travail Corporel autour de la CMP
Formatrice: Corinne Roques

Formation en 3 étapes:

- 1^{re} et 3^e étapes non présentiels
- 2^e étape présentielle de 4 jours

Pré requis:
Formation CMP

- Programmation en région possible. Nous contacter.

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 Dallem
☎ 03 89 62 94 21 - cmp.info@free.fr
Institut Naissance & Formations - 2a rue du Paradis - 68190 Ungersheim
www.institutnaissanceetformations.fr

INSTITUT DE GASQUET®

FORMATIONS SAGES-FEMMES 2016

Du côté de la prépa...

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

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

Du côté du périnée...

MODULE 1 - Dossier périnéal
● 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

MODULE 2 - Pessaire. Boules de geisha
● 12 mars 2016
● 21 mai 2016
● 11 juin 2016
● 1^{er} octobre 2016
1 jour 180€
fif pl possible

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


Du côté du yoga en cabinet...

MODULE 1 - Bases et yoga sans dégât
MODULE 2 - Enchaînements, Torsion et sangle
MODULE 3 - Stretch yoga et pince
● 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



FORMATIONS ANSFL 2016

Organisme de formation enregistré
sous le n° 53 35 08377 35

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

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

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

- Session I - Prénatal
Lieu/PARIS 2^e sem.
- Session II - Postnatal
(Prérequis: suivi du Temps I)

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

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

- Session I: 13-14-15 sept
Lieu/St Germain Mont D'Or (près de Lyon).
- Session II (Prérequis: suivi du module I).

Eutonie: rééducation en post-natal

- Session I - Découverte: 23-24 mai 2016
- Session II - Les pathologies urinaires: 29-30 sept 2016
En préparation de validation OGDPC
- Session III - Retrouver la mobilité et le dynamisme: 15-16 déc 2016

Intervenante/Martine Gies (S-F).
Lieu/St Germain Mont D'Or (près de Lyon).

La sexologie dans l'accompagnement de nos patientes et de leurs conjoints
Intervenante/Nicole Andrieu (S-F).

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



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 incluse 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



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





PROGRAMME STAGES 2016

NÎMES - PARIS

LES WEBINAIRES

FALEVITCH Formation, le seul organisme à vous proposer un enseignement à distance présentiel, interactif, dynamique ! La même qualité de stage qu'avec des déplacements !

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**

Accompagnement psycho-affectif. Situations complexes
> 14, 15 et 16 nov - Nîmes

- La surveillance médicale de la grossesse (clinique, biologique, pharmacologique, imagerie): prévention, éducation, orientation. **OGDPC - W**
> Cours en webinaire

- Consultations (prénatales et gynécologiques) et tabacologie. **OGDPC - W**
> 1^{er}, 2 avril
> 2 et 3 déc. 2016 - Nîmes

- 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 - Paris
> 21, 22, 23, 24 nov. - Nîmes

- Activités aquatiques pré et post-natales. **OGDPC**
> 23, 24, 25 mai - Thermes (30)
> 26-27-28 sept - Thermes (30)

- Approche thérapeutique de la douleur pendant la grossesse par le toucher. **OGDPC**
> 4 - 5 - 6 - 7 avril - Nîmes
> 17 - 18 - 19 - 20 oct - Nîmes

PÉRINÉE

- Niveau 1 :
> 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**
> 30 et 31 mai et 1^{er} oct - Paris
> 2, 3, 4 juin à Nîmes
> 29/30 sept et 1^{er} oct
> 12, 13, 14 décembre à Nîmes (2 jours et demi)

- Périnée et danse. **FIF PL**
> Consulter le site

EXERCICE LIBÉRAL

- Coaching. La vie de la sage-femme libérale. **FIF PL - OGDPC - W**
Webinaire -
> 19 mars > 21 mai
> 27 août - Nîmes

DÉVELOPPEMENT PERSONNEL

- La sophrologie. Anti-stress, analgésie, prise en charge des vulnérabilités. **OGDPC - W**
> 24, 25, 26 mars Nîmes,
27, 28 juin Nîmes
> 12, 13, 14 sept. Paris
> 7, 8 novembre Paris

Contact: 06 60 56 32 81 ou par le site

RETROUVEZ TOUS LES SÉMINAIRES PROPOSÉS :

www.falevitch-formation.com



GROUPE FORMATION SAGE-FEMME



N'féraïdo®
modelages
accompagnant
la Physiologie



Volet obstétrique*

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

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

Dates Paris

Cycle I : 5 au 7 oct 2016

Cycle II : 10 au 12 oct 2016

Dates Agen

Cycle I : 21 au 23 sept 2016

Cycle II : 1 au 3 juin 2016

& 16 au 18 nov 2016

oooooooooooooooo

Volet uro-gynécologique**

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

Dates Agen

Cycle I : 16 au 18 mars 2016 & 28 au 30 sept 2016

oooooooooooooooo

Contact et intervenants

* Dominique Jacquin, OSTÉOPATHE D.O.

** Francine Augère, SAGE-FEMME

Tél. : 05 62 28 39 94

www.nferaido.com



BEBE NACRE® COQUILLAGES D'ALLAITEMENT

DEPUIS 2006 NOUS PRODUISONS
LES COQUILLAGES D'ALLAITEMENT
AVEC AMOUR ET PRECISION.
NOS COQUILLAGES ACCOMPAGNENT
LES FEMMES PENDANT LEUR ALLAITEMENT
DE MANIÈRE NATURELLE ET CONFORTABLE.

Nous sommes fiers d'être à l'origine
de cette tradition en France

PRINCIPES ET BIENFAITS

- Crée un micro-environnement favorable à la prévention des gerçures et crevasses.
- Cicatrisation en milieu humide.
- Contribue à l'hydratation du mamelon en maintenant la peau au contact du lait maternel de fin de tétée.
- Favorise la cicatrisation des crevasses.
- Evite la formation de croûtes.
- Protège les mamelons sensibles des frottements.
- 100% naturel.
- Réutilisable à chaque naissance.





6^{es}

RENCONTRES A DEUX MAINS

journées annuelles
d'échanges et de réflexion
sur le thème du périnée

8,9 et 10 SEPTEMBRE 2016
Hôpital St Joseph
26 bd de Louvain - 13008 MARSEILLE

organisées par
Chantal FABRE-CLERGUE

sous la présidence des
Pr. Florence BRETTELLÉ
(CHU Hôpital Nord Marseille)
Pr. Pierre MARÈS
(CHRU Caréméau Nîmes)





Informations générales & inscriptions en ligne
www.ra2m.fr







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

Anne Macquet Sage-femme ostéopathe DO

Accompagnement ostéopathique de la femme au cours
de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum

27-28-29 mars 2017 & 29-30-31 mai 2017

Pratique en salle physiologique

24-25-26 avril 2017



Programmes formations et Inscriptions
www.physiosteobs-formations.fr - T 05 62 63 59 68

OFFRE D'EMPLOI



CHU – HÔPITAUX DE ROUEN
ERFPS – École de sages-femmes

RECHERCHE

SAGE-FEMME ENSEIGNANT(E) à 100 %

▶ MAIL : adelaide.cauchois@chu-rouen.fr

▶ **ADRESSER C.V À :**
Madame la Directrice des Ressources Humaines
CHU – Hôpitaux de ROUEN
1 rue de Germont - 76031 ROUEN CEDEX
Ou sur notre site internet : www.chu-76.fr
(Rubrique offres d'emploi)

Rendez-vous les 25, 26, 27 mai 2016 pour les
44^{èmes} Assises Nationales des Sages-Femmes à Saint-Malo



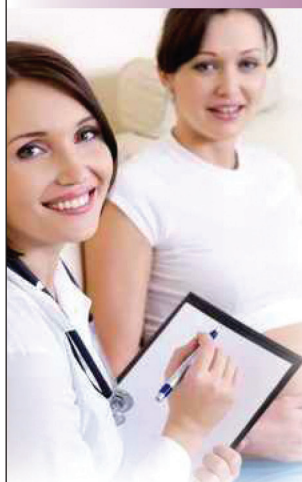
Medic Formation

Formation professionnelle continue pour les sages-femmes



OGDPC habilité
à dispenser des
programmes de DPC

PRATIQUE CONVENTIONNELLE



Analyse du rythme cardiaque fœtal*

Paris : 13, 14 juin 2016
Nantes : 14, 15 novembre 2016

Entretien prénatal précoce*

Paris : 6, 7, 8 juin 2016
Lyon : 14, 15, 16 novembre 2016

Examen clinique et suivi du nourrisson*

Paris : 4, 5 octobre 2016
Lyon : 3, 4 novembre 2016
Paris : 13, 14 décembre 2016

L'allaitement concrètement*

Paris : 30 novembre, 1, 2 décembre 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 : 4, 5, 6, 7 avril 2016
Paris : 9, 10, 11, 12 mai 2016
Strasbourg : 23, 24, 25, 26 mai 2016
Paris : 6, 7, 8, 9 juin 2016
Lyon : 20, 21, 22, 23 juin 2016
Paris : 5, 6, 7, 8 septembre 2016

Suivi gynécologique et contraception*

Montpellier : 25, 26, 27 avril 2016
Lyon : 9, 10, 11 mai 2016
Paris : 25, 26, 27 mai 2016
Nantes : 1, 2, 3 juin 2016
Paris : 9, 10, 11 juin 2016
Avignon : 13, 14, 15 juin 2016
Clermont-Ferrand : 12, 13, 14 septembre 2016
Lyon : 14, 15, 16 septembre 2016

Suites de couches*

Paris : 6, 7, 8 juin 2016
Paris : 10, 11, 12 octobre 2016

COMPÉTENCES TRANSVERSALES



Développer et organiser votre activité professionnelle

Paris : 30, 31 mai 2016
Nantes : 3, 4 novembre 2016

Hypnose médicale et anesthésie-analgésie* en intra établissement uniquement

Hypnose périnatale - Technicien 2*

La Réunion : 24, 25, 26, 27, 28 octobre 2016
Paris : 21, 22, 23, 24, 25 novembre 2016

Hypnose de groupe et préparation à la naissance*

Paris : 20, 21, 22, 23 juin 2016

Ostéopathie dans le champ obstétrical Niveau II*

Paris : 7, 8, 9 avril 2016
Paris : 1, 2, 3 décembre 2016

Ostéopathie, traitement des dysfonctions périnéales

Paris : 23, 24, 25 mai 2016
Paris : 14, 15, 16 novembre 2016

Pharmacologie à l'usage de la sage-femme*

Paris : 28, 29 avril 2016
Lyon : 29, 30 septembre 2016
Paris : 5, 6 décembre 2016

Suivi échographique de la grossesse*

Lille : 30, 31 mai 2016
Paris : 28, 29 novembre 2016

PSYCHOLOGIE - RELATIONNEL

Clés psychiques pour bien accompagner l'allaitement *

Paris : 10, 11 octobre 2016

Communication efficace et résolution des conflits*

Paris : 1, 2, 3 juin 2016

Psychisme de la femme enceinte et parentalité*

Paris : 10, 11 octobre 2016

Violences faites aux femmes*

Paris : 15, 16, 17 juin 2016

APPROCHE NON PHARMACOLOGIQUE

Homéopathie appliquée à la périnatalité - Module 1*

La Réunion : 13, 14, 15 avril 2016
Paris : 15, 16, 17 juin 2016
Nantes : 20, 21, 22 juin 2016

Homéopathie appliquée à la périnatalité - Module 2*

Paris : 3, 4, 5 octobre 2016

Phytothérapie, usage et précautions en périnatalité*

Paris : 18, 19, 20 mai 2016
Paris : 3, 4, 5 octobre 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

FORMATIONS EN INTRA-ETABLISSEMENT
Nous consulter pour un devis

Retrouvez toutes nos formations sur **www.medicformation.fr**

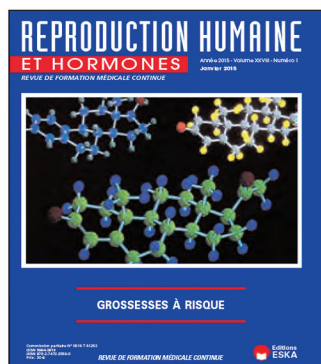
Email : contact@medicformation.fr - Tél : 01 34 44 05 65



* 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

LA MÉDECINE AUX ÉDITIONS ESKA

LES REVUES MÉDICALES



REPRODUCTION HUMAINE ET HORMONES (RHH)
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE
11 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



CANCERS AU FÉMININ
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



JOURNAL INTERNATIONAL DES CENTRES DES MALADIES DU SEIN
INTERNATIONAL JOURNAL OF BREAST DISEASE CENTERS
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



ANGÉIOLOGIE
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



JOURNAL DE GESTION ET D'ÉCONOMIE MÉDICALES
8 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr

CFEE

Des revues éditées par les Editions ESKA

ESKA-CFEE : N° 11753436775
Inscription à adressée à la CFEE
aux Editions ESKA CONGRÈS :
Serge KEBABTCHIEFF
Fanny GASMAN
Olivier PAUL-JOSEPH
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35

E-mail : inscriptions et renseignements :
congres@eska.fr
Site : www.eska.fr

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

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.

ABONNEMENT 2016

VOS COORDONNÉES

☐ M^{me} ☐ M^{lle} ☐ 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