

LES DO

#463 NOVEMBRE 2016

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE



REVUE D'INFORMATIONS MÉDICALES
ET PROFESSIONNELLES DE LA **Sage-Femme**

43^e année ISSN 0767-8293



DOSSIER
LE SEIN

PUBLICATION La douleur du nouveau-né : reconnaissance et traitement

FICHE TECHNIQUE La rétention urinaire du post-partum

MANAGEMENT Les situations conflictuelles avec les patientes
Typologie - Gestion - Prévention

ultimate™

La trousse d'accouchement 3 en 1*

**1 - PRÉPARATION
ET PROTECTION ÉTANCHE
DU MATÉRIEL**

- Protection complète des tables d'accouchement, matelas, sol...
- Hygiène

**2 - SURVEILLANCE
DE L'HÉMORRAGIE
POST-PARTUM**

- Champ sous-fessier avec double poche détachable intégré
- Asepsie

**3 - EFFICIENCE
DU PERSONNEL
DE SANTÉ**

- Réduction du temps de décontamination et de nettoyage

* N'hésitez pas à visualiser notre vidéo sur notre site vygon.com



ultimate™ est un dispositif médical stérile de classe I ; conforme à la directive 93/42/CEE, selon l'annexe II. Certification établie par GMED, organisme notifié n°0459.
Avant toute utilisation, merci de vous référer à la notice d'utilisation disponible dans l'emballage du dispositif médical.
Dispositif fabriqué et distribué en France par VYGON.



Value Life

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

Pr Ricardo CARBAJAL, Service des Urgences

Pédiatriques - Hôpital Armand Trousseau - PARIS

Hélène DE GUNZBOURG, Sage-femme, Philosophe

Michel JAGER, Psychologue - Psychanalyste

LECHE LEAGUE FRANCE

Agnès MARRIE, Sage-femme

Bernard NEMITZ, Professeur émérite (Anesthésie -

réanimation - médecine d'urgence) - Médecin

médecin, CHU Amiens

Dr Muriel RIGOT-JOLIVET, Chirurgien plastique -

CHP ST Martin, Caen

Audrey TIBERON, Sage-femme

Marie-Paule STÉPHAN, Conception, réalisation,

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 : Novembre 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

463 - NOVEMBRE 2016

03 ÉDITORIAL

Temps difficiles pour les femmes

HÉLÈNE DE GUNZBOURG

ET BENOÎT LE GOEDEC

05 PUBLICATIONS

La douleur du nouveau-né : reconnaissance et traitement

RICARDO CARBAJAL

31 FICHE TECHNIQUE

La rétention urinaire du post-partum

AUDREY TIBERON

33 MANAGEMENT

Les situations conflictuelles avec les patientes

Typologie - Gestion - Prévention

BERNARD NEMITZ

38 KIOSQUE

39 COMMUNIQUÉS

41 HISTOIRE

Évocations sur la maternité dans les provinces du Cap en Afrique du Sud

JÉRÔME JANICKI

44 AGENDA

44 FORMATIONS

12 DOSSIER LE SEIN

13 Anatomie du sein

LECHE LEAGUE FRANCE

18 Chirurgie mammaire et allaitement

MURIEL RIGOT-JOLIVET

21 Les deux seins : sein érotique, sein nourricier

BENOÎT LE GOEDEC

ET AGNÈS MARRIE



La Femme à la vague, Gustave Courbet, 1868

24 Le sein dans l'art : prière de toucher

MICHEL JAGER

LES ANNONCEURS

C2 Laboratoire Vygon

C3 Sigvaris

C4 Évian

07-31 Ysy Médical

09 Dolphitonic

11 Matilia

17 Almafil

19 Électronique Médicale de France

29 Dakin

Photo de couverture : La Méditerranée, bronze d'Aristide Maillol, Jardin des Tuileries, Paris.

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

**Premier
congrès**

Maladies Chroniques **Innovations et Qualité de Vie**

**PARIS
2017**

mercredi 25, jeudi 26 et vendredi 27 janvier 2017

SESSION 1 : DIABÈTE **SESSION 2 : CARDIO-VASCULAIRES**

**1^{ER} CONGRÈS PLURI-DISCIPLINAIRE D'INNOVATIONS ET D'AMÉLIORATION
DE LA QUALITÉ DE VIE DES MALADIES CHRONIQUES**

SPÉCIALITÉS DIRECTEMENT CONCERNÉES

Biotechnologies	Infectiologie
Cardiologie	Médecine interne
Chirurgie	Microbiologie
Dermatologie - Plaies	Nano technologie
Diabète	Objets connectés
Digital	Ophthalmologie
Endocrinologie	Orthopédie
Gynécologie	Sciences Cognitives
Imagerie médicale	Vasculaire

... ET TOUTES LES AUTRES INNOVATIONS CONCERNANT LES MALADIES CHRONIQUES

COMITÉ SCIENTIFIQUE en cours de constitution

Hakim **BENAMER**
Michèle **CAZAUBON**
René **COURCOL***
Jean-Guillaume **DILLINGER**
Ismael **ELALAMY**

Pierre **FONTAINE***
Agnès **HARTEMAN**
Philippe **HUMBERT**
Fabien **KOSKAS**
Dany **MARCADET**

Michel **MARRE***
Frédéric **MERCIER**
Dominique **NUYTENS**
Louis **POTIER***
Pascal **PRIOLLET***

Éric **SENNEVILLE**
Daniel **THOMAS***
...

Lieu : Institut du Cerveau et de la Moelle Épineuse
Hôpital Pitié Salpêtrière, 47 boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris



Journées du Centre de Formation des Éditions ESKA
Inscription CFEE adressée à DBJ-CONGRÈS
Contacts : Serge KEBABTCHIEFF – Hélène FROMON – Adeline MARÉCHAL, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél. : 01 42 86 55 69/79 – Fax : 01 42 60 45 35 – E-mail : congres@eska.fr – Site : www.eska.fr
AGRÉÉ PAR LE CONSEIL RÉGIONAL DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE – CFEE : N° 11753436775

Les dignes de la démocratie tremblent ces jours-ci et la menace pèse sur les droits des femmes si chèrement acquis et si fragiles.

À l'ouest, de l'autre côté de l'Atlantique, un populiste grossier, misogyne, vient de prendre le pouvoir le plus démocratiquement du monde et ce, malgré sa haine des femmes qui suinte à travers ses propos et les témoignages de ses victimes.

À l'est, en Hongrie, en Pologne, les droits à l'IVG sont menacés et c'est seulement grâce à une lutte magnifique des démocrates et des femmes que les tentatives de retour aux temps des grossesses forcées et de l'avortement clandestin furent repoussées, pour l'instant.

Au Moyen-Orient, nous connaissons la condition difficile des femmes en général, les contraintes et les dangers de violence auxquelles elles font face quotidiennement. En Turquie, le nouveau dictateur Erdogan abandonne toute velléité démocratique et proclame l'infériorité de la femme.

Sous nos cieux, en Europe, à Cologne, il y a un an, un grand nombre de femmes se sont fait violer sur la place publique par des jeunes hommes déchaînés (qui n'étaient pas des migrants mais probablement des déclassés) sans que la police n'intervienne.

Temps difficiles pour les femmes

PAR **HÉLÈNE DE GUNZBOURG**, SAGE-FEMME, PHILOSOPHE
ET **BENOÎT LE GOËDEC**, SAGE-FEMME, RÉDACTEUR EN CHEF

En Angleterre, des services sociaux bureaucratiques et inhumains enlèvent les enfants et les placent en familles dites d'accueil ou les confient brutalement à l'adoption si la jeune mère et/ou le jeune père semblent fragiles socialement, c'est-à-dire pauvres.

En France, les sectes intégristes catholiques homophobes et anti-IVG soutiennent un des candidats de droite à la présidentielle, François Fillon, et il ne les repousse pas, bien au contraire.

Les migrantes se cachent, guettées par les réseaux des passeurs, des proxénètes ou des maffieux de tous poils. Elles sont infiniment vulnérables et peu protégées, nous le savons, sinon par des associations de bénévoles très courageux tels *Gynécologues sans Frontières*, *Sages-femmes sans Frontières*, *Médecins du Monde*, et tous les autres qui assistent à ce désastre et essaient d'y remédier et de témoigner.

Les violences contre les femmes ne cessent pas.

Mais l'espoir se lève.

La violence contre les femmes est de moins en moins acceptée, de plus en plus visible dans nos sociétés.

Les femmes peuvent trouver des refuges. Elles peuvent témoigner devant des policiers ou des médecins, mieux formés à leur écoute. Elles peuvent trouver des lieux de soins si elles ont été battues, violées ou excisées ; si elles ont subi la violence perverse d'un compagnon, l'inceste d'un père, d'un frère ou un ascendant quelconque. Elles peuvent porter plainte en rencontrant moins d'hostilité ou de solitude, trouver plus facilement un soutien, une solution pour restaurer leur vie et celle de leurs enfants qui sont souvent eux aussi victimes de cette violence.

Les femmes reprennent une lutte contre la misogynie et le viol. Les femmes politiques ont osé cette année dénoncer nommément la perversité et la violence de certains de leurs pairs. Les féministes se réveillent et n'ont plus honte de se proclamer comme telles. Les *femen* mettent en acte leur corps pour provoquer ces prises de conscience si difficiles pour lutter contre le déni.

Aujourd'hui, la ministre du Droit des Femmes et de la Famille, Laurence Rossignol, annonce un nouveau plan de lutte contre la violence faite aux femmes avec une augmentation importante de la dotation.

Les sages-femmes furent de tous les combats. Elles furent sorcières autrefois. Elles protégèrent les femmes qui, désespérées, devaient avoir recours à l'abandon de leur nouveau-né. Elles furent avorteuses aussi, en secret, et souvent punies de peine de mort pour cela. Elles s'engagèrent pour le droit à la contraception et à l'IVG. Elles accompagnaient les naissances à domicile en manquant à l'obligation d'assurance.

Les sages-femmes se sont toujours engagées auprès des femmes, quitte, s'il le fallait, à désobéir aux lois institutionnelles, sociales ou légales.

Et les sages-femmes sont toutes concernées par cette lutte actuelle car elles sont engagées ontologiquement aux côtés des femmes. •

**CNSF**Collège National
des Sages-Femmes
de France

www.cnsf.asso.fr

30 et 31 janvier 2017 PARIS

Palais des Arts et des Congrès d'Issy-les-Moulineaux

PRÉ - PROGRAMME DES 15^{èmes} JOURNÉES*

Lundi 30 janvier

- 8h30 Accueil des congressistes
- 9h00 **OUVERTURE DE LA JOURNÉE**
- Sophie GUILLAUME (Présidente du CNSF, Paris)
- SESSION NOUVEAU-NE**
- **Démarche d'assurance qualité en matière de dépistage combiné de la trisomie 21**
M. LAFON (Saint-Denis)
 - **Réduction de la mortalité infantile et périnatale en Seine Saint-Denis**
Priscille SAUVEGRAIN (Paris)
 - **Dépistage des infections en salle de naissance**
Pascal BOILEAU (Poissy), Claire RODRIGUEZ (Paris)
- 10h30 Pause, visite des stands et session posters
- 11h00 **SESSION CANCERS**
- **Dépistage des cancers gynecos**
Jérémie BELGHITI (Paris)
 - **Ce que doit et peut faire la sage-femme**
Odile HOUZLAUX (Paris)
 - **Cas du sein et cas du col : prise en charge pendant la grossesse**
Jérémie BELGHITI (Paris)
- 12h30 Déjeuner libre
- 14h00
- **Remise des prix CNSF**
 - **RPC IVG : résumé**
Hélène SEGAIN (Poissy), Christophe VAYSSIERE (Toulouse)
 - **RPC la prématurité et sa prévention hors RPM : résumé**
Sabine PAYSANT (Le Cateau-Cambrésis)
Marie-Victoire SENAT (Paris – Kremlin Bicêtre)
- 15h30 Pause, visite des stands et session posters
- 16h00 **SESSION RECHERCHE**
- **Effet du paracétamol et des AINS pendant la grossesse**
Bernard JEGOU (Rennes)
 - **Exposition environnementale et troubles du spectre autistique**
Claire PHILIPPAT (Grenoble)
 - **Phénoxyétanol pendant la grossesse et performances intellectuelles à 6ans**
Rémi BERANGER (Rennes)
- 17h30 **Fin de la journée**

Mardi 31 janvier

- 8h30 **PRESENTATION DES 1^{ères} RPC DU CNSF SUR LA BONNE UTILISATION DU SYNTOCINON**
- 1^{ère} PARTIE**
- Corinne DUPONT (Lyon), Marion CARAYOL (Paris)
- Définitions et caractéristiques du travail normal et anormal
 - Indications de l'oxytocine selon les stades du travail
 - Interventions associées à l'utilisation de l'oxytocine
- 10h00 Pause, visite des stands et session posters
- 10h30 **2^{ème} PARTIE**
- Corinne DUPONT (Lyon), Marion CARAYOL (Paris)
- Modalités d'utilisations de l'oxytocine
 - Risques et effets indésirables materno-fœtaux, néonataux et pédiatriques de l'utilisation de l'oxytocine
 - Analgésie péridurale et utilisation de l'oxytocine
 - Cas particuliers d'utilisation de l'oxytocine
- 12h30 Déjeuner libre
- 14h00 **SESSION PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR**
- **Prise en charge de la cicatrice et de la douleur en post-partum**
Chantal FABRE-CLERGUE (Marseille)
 - **Le sein douloureux : mastite et son retentissement sur l'allaitement**
Virginie RIGOURD (Paris)
 - **Douleurs physiques et douleurs psychiques**
Fabienne GALLEY-RAULIN (Verdun)
- 15h30 Pause, visite des stands et session posters
- 16h00 **ACTUALITES EN ADDICTOLOGIE**
- **Compétences des sages-femmes en tabacologie**
Pierre-Antoine MIGEON (Lyon)
 - **Dépistage de l'alcoolisation chez les mères**
David GERMANAUD (Paris)
- 17h00 **Fin de la journée**
- Sophie GUILLAUME (Présidente du CNSF, Paris)

* Sous réserve de modifications

Lundi 30 janvier de 12 h 30 à 14 h 00
SYMPOSIUM A VENIRMardi 31 janvier de 12 h 30 à 14 h 00
SYMPOSIUM A VENIR**30 et 31 janvier 2017**Des ateliers en séances parallèles vous seront également proposés.
Toutes les informations prochainement sur www.cerc-congres.com**Renseignements et inscriptions : C.E.R.C.**17 rue Souham – 19000 TULLE – Tél. : 05 55 26 18 87 – Email : inscription@cerc-congres.com – www.cerc-congres.com
N° de formation continue : 11940627094

La douleur du nouveau-né

RECONNAISSANCE ET TRAITEMENT

INTRODUCTION

La capacité du nouveau-né à ressentir la douleur n'est plus actuellement remise en question. Pourtant, il y a encore peu de temps on croyait que le nouveau-né et le nourrisson ne ressentait pas la douleur; on pensait également que les expériences douloureuses des premiers jours de la vie n'étaient pas mémorisées. Or, une étude publiée en 1995 a montré que les expériences douloureuses subies en période néonatale pouvaient modifier le comportement face à la douleur plusieurs mois plus tard ^[1]. Cette capacité des nouveau-nés à percevoir la douleur, qui a d'ailleurs toujours été évidente pour leurs parents, concerne non seulement le nouveau-né à terme mais aussi le prématuré. En effet, l'ensemble des structures neuro-anatomiques nécessaires à la transmission de l'influx nociceptif de la périphérie jusqu'au cortex sont fonctionnelles chez le fœtus vers la 24^e-26^e semaine de vie fœtale. En revanche, les mécanismes inhibiteurs de la transmission des stimulations nociceptives sont immatures à la naissance; ceci suggère que la douleur soit probablement perçue d'une façon plus intense chez le nouveau-né que chez le grand enfant.

POURQUOI DONNER UN TRAITEMENT ANALGÉSIQUE?

Le premier argument pour traiter la douleur du nouveau-né est d'ordre humain: éviter la souffrance inutile du nouveau-né. S'ajoute à cet argument le fait qu'une morbidité plus importante et une sécrétion élevée d'hormones de stress ont été observées chez des nouveau-nés qui recevaient du placebo après une intervention chirurgicale comparés aux enfants qui recevaient des analgésiques ^[2].

Les traitements analgésiques donnés aux nouveau-nés sont de type non médicamenteux et médicamenteux. Ces deux types de traitements sont décrits ci-après.

FRÉQUENCE ET TYPE DE GESTES DOULOUREUX

Tous les nouveau-nés supportent des gestes douloureux. Ceux qui ne sont pas malades subissent au moins un prélèvement sanguin pour des dépistages systématiques pendant les premiers jours de vie; ceux qui présentent des pathologies ont beaucoup plus de prélèvements. Une étude multicentrique réalisée en France auprès de 430 nouveau-nés admis en réanimation en 2005-2006 a montré que les gestes douloureux et stressants sont extrêmement fréquents ^[3]. Leur nombre moyen par jour et par enfant a été de 16. Sur une moyenne de 8,4 jours de participation dans l'étude, le nombre moyen de gestes douloureux et de gestes stressants par enfant a été de 70 et de 72, respectivement. Les cinq gestes douloureux les plus fréquents ont été l'aspiration trachéale, la ponction au talon, l'ablation d'adhésifs, la ponction veineuse ou la pose de cathon veineux périphérique, et la pose d'une sonde naso-gastrique ^[3].

TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX ^[4]

Les moyens non médicamenteux, qui peuvent être de nature environnementale ou comportementale, ont une place importante dans la prise en charge de la douleur du nouveau-né, soit seuls, soit en combinaison avec des moyens médicamenteux. Ces moyens ne sont pas

Les principaux moyens non médicamenteux sont la prévention, les solutions sucrées, la succion des tétines, le contact peau-à-peau, et l'allaitement maternel.

forcément des substituts ou des alternatives aux traitements médicamenteux mais plutôt des solutions complémentaires. Les principaux moyens non médicamenteux sont la prévention, les solutions sucrées, la succion des tétines, le contact peau-à-peau, et l'analgésie par l'allaitement maternel.

→ Prévention

Un des moyens les plus efficaces pour réduire la douleur chez les nouveau-nés est la prévention. La douleur des gestes peut être diminuée par une utilisation efficace, lors de prélèvements sanguins, de voies d'abord déjà posées, ou en planifiant les gestes de sorte qu'une prise en charge analgésique puisse être considérée ^[5] et en utilisant des systèmes mécaniques automatisés pour les ponctions au talon ^[6-8].

Un autre moyen de prévention important est d'éviter les gestes systématiques. Les gestes doivent être réalisés uniquement s'ils sont absolument nécessaires au diagnostic et/ou à la prise en charge thérapeutique. Dans l'étude Epippain, un nouveau-né de 26 semaines d'âge gestationnel a subi 95 ponctions au talon pendant les 14 premiers jours après son admission en réanimation ^[3]. Compte tenu du fardeau imposé au nouveau-né par ces gestes, on peut se demander si la totalité de ces ponctions au talon sont absolument nécessaires.

→ Sucction non nutritive

L'effet calmant de la succion non nutritive (SNN) chez les êtres humains a été clairement démontrée. Field et Goldson ont rapporté une diminution des pleurs avec cette méthode tant chez les nouveau-nés à terme que chez les prématurés lors de la ponction au talon ^[9]. Shiao et coll. ont rapporté en 1997 une méta-analyse des effets de la SNN sur la fréquence cardiaque et l'oxygénation périphérique ^[10]. Ils ont repéré quatre études sur l'effet de cette méthode sur la fréquence cardiaque sans stimulations, trois études sur la fréquence cardiaque lors de sti-

mulations douloureuses, et trois études sur la pression transcutanée en oxygène (tcPO₂). La succion non nutritive diminuait significativement la fréquence cardiaque sans stimulations ($P = 0,002$) et lors des stimulations douloureuses ($P = 0,0001$) et augmentait significativement la tcPO₂ ($P = 0,0001$). Des effets plus importants ont été observés chez les prématurés par rapport aux nouveau-nés à terme, et pour les SNN plus longues.

→ Solutions sucrées

■ Saccharose

Plusieurs études ont montré la diminution des manifestations douloureuses chez les nouveau-nés lorsque des solutions concentrées de saccharose étaient administrées avant la réalisation des gestes nociceptifs. L'effet analgésique n'a pas été observé avec une faible concentration (7,5 %) de saccharose^[11]; toutes les études utilisant une concentration supérieure à 12 % ont montré un effet analgésique de ces solutions. La première étude sur l'efficacité analgésique du saccharose fut publiée en 1991 par Blass et Hoffmeyer^[12]. Les résultats de cette étude ont servi de cadre à d'autres études qui ont confirmé les propriétés analgésiques du saccharose oral.

Les études montrent qu'une solution de saccharose orale :

- est clairement efficace pour soulager la douleur induite par une ponction au talon chez le nouveau-né;
- a une efficacité très limitée dans le soulagement de la douleur induite par l'examen ophtalmologique réalisé dans le cadre de l'évaluation d'une rétinopathie du prématuré;
- a une efficacité analgésique pour réduire la douleur créée par une ponction veineuse;
- est efficace pour réduire significativement la douleur liée au sondage vésical chez le nouveau-né mais que son efficacité analgésique dans cette situation est moindre au-delà de la période néonatale;
- est efficace pour réduire les signes de douleur des enfants qui subissent une circoncision;
- réduit les signes physiologiques de douleur lors des injections sous-cutanées;
- réduit les signes comportementaux, mais pas les signes physiologiques, de douleur lors de la pose d'une sonde naso-gastrique.

> Doses, âge d'efficacité et recommandations

Les études décrites ci-dessus indiquent clairement que le saccharose diminue la douleur des ponctions au talon et des ponctions veineuses chez les nouveau-nés. De très faibles doses de saccharose à 24 % (0,01 à 0,02 g) étaient efficaces pour réduire la douleur des nouveau-nés de très faible poids, tandis que chez les nouveau-nés à terme, des doses plus fortes (0,24 à 0,50 g) réduisaient le temps de pleurs après un geste douloureux^[13]. Ces solutions doivent être administrées environ 2 minutes avant le geste. L'effet analgésique dure au maximum 5 à 7 minutes^[14]. Si le geste dépasse cette durée, une autre administration orale devra donc être faite.

Les effets du saccharose relèvent plus du goût "sucré", car d'autres solutions sucrées sont, également, efficaces.

Il a été montré que les réponses au saccharose par voie orale ne sont spécifiques ni de cette substance ni de la classe des hydrates de carbone. Les effets du saccharose relèvent plus du goût "sucré", car d'autres solutions sucrées sont, également, efficaces^[15]. L'effet analgésique du saccharose ne semble pas être affecté par la gravité de la pathologie de l'enfant, l'âge postnatal du nouveau-né, ou le nombre de gestes douloureux réalisés.

Les sociétés pédiatriques américaine et canadienne^[16] et le Royal Australasian College of Physicians^[17] ont recommandé l'utilisation de saccharose pour les ponctions au talon, les piqûres et les poses de voies veineuses. En France, l'Afssaps a recommandé l'utilisation de solutions sucrées et de la succion pour prévenir la douleur liée à la vaccination chez l'enfant de moins de 4 mois^[18].

■ Glucose

Le glucose par voie orale est aussi efficace pour diminuer la douleur des gestes chez les nouveau-nés lors de procédures mineures. Une solution de glucose à 30 % est efficace à la fois chez les nouveau-nés à terme lors des ponctions au talon^[19] et des ponctions veineuses^[20], et chez les prématurés lors des injections sous-cutanées^[21].

■ Synergie entre les solutions sucrées et la succion

La succion d'une tétine avec du glucose^[22], du saccharose^[23] ou de l'eau stérile^[23] a été très efficace pour réduire les scores de douleur des nouveau-nés subissant une ponction au talon. L'association de saccharose ou d'une solution sucrée avec la succion d'une tétine est reconnue actuellement comme un des moyens analgésiques non pharmacologiques les plus efficaces^[20, 24-27].

■ Allaitement maternel

Des études ont montré que l'allaitement maternel lors d'un geste douloureux constitue un puissant analgésique chez les nouveau-nés à terme^[28-31]. Dans une étude, les nouveau-nés qui étaient tenus et allaités par leur mère lors d'une ponction au talon et d'un prélèvement sanguin ont vu leurs pleurs et leurs grimaces réduits de 91 % et 84 % respectivement par rapport à ceux qui subissaient le même test emmaillottés dans leur berceau^[28]. Dans une autre étude, Carabajal et coll. ont randomisé 180 nouveau-nés subissant une ponction veineuse sur quatre interventions analgésiques^[29]. Dans le premier groupe, les ponctions ont été effectuées pendant que les bébés étaient allaités. Dans le second, ils étaient dans les bras de leur mère, sans allaitement. Le 3^e groupe recevait 1 ml de placebo (eau stérile) 2 minutes avant la ponction veineuse, et le 4^e groupe recevait 1 ml de glucose à 30 % 1 minute avant la ponction et disposait d'une tétine avant le geste et pendant celui-ci. Les comportements douloureux ont été évalués à l'aide de deux échelles (DAN et PIPP). Des diminutions significatives des scores sur ces échelles ont été notées pour les groupes allaitement et glucose plus tétine par rapport aux deux autres groupes. Les scores DAN étaient plus bas dans le groupe allaitement que dans le groupe glucose plus tétine, mais cette différence n'était pas statistiquement significative^[29]. Plus récemment, dans une étude randomisée contrôlée, Phillips et coll. ont comparé l'effet analgésique de l'allaitement et de la tétine à la tenue dans les bras de la mère, chez des nouveau-nés subissant un prélèvement sanguin par ponction au talon^[31]. 96 bébés au total ont été randomisés en trois groupes d'analgésie : (1) allaitement, (2) tétine et tenue dans les bras de la mère, (3) tétine et tenue dans

NOUVEAUTE EN POST PARTUM TRAITEMENTS PAR CHAMPS ELECTROMAGNETIQUES PULSES

1
ANTI
INFLAMMATOIRE

2
CICATRISATION

3
RELAXATION

4
HEMATOME

5
DOULEUR

6
ŒDEME

YSY CEMP



Les signaux électro-magnétiques pulsés engendrent au niveau de la membrane cellulaire une accélération des échanges ioniques en rétablissant le potentiel électrique membranaire perturbé.

Traitements rapides (20 minutes), simples et efficaces.

Traitements mains libres réalisés tout habillé et protocoles exclusifs.

1 journée de formation offerte lors de l'achat.

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

YSY MEDICAL

Pour toute information, contactez-nous :

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

www.ysy-medical.fr



les bras d'assistants de recherche (et non la mère). Les auteurs ont constaté que l'allaitement maternel est plus analgésique que l'utilisation de la tétine avec tenue par une autre personne que la mère. Par ailleurs, ils ont conclu que la tenue par la mère avec allaitement ou tétine est plus analgésique que la tenue du bébé par une autre personne avec tétine. Shendurnikar et Gandhi ont randomisé 100 nouveau-nés dont la moitié subissait la ponction au talon tout en étant allaités. L'autre moitié des enfants étaient emmaillottés et restaient au berceau à distance de leurs mères pendant le geste^[30]. Les scores de douleur étaient statistiquement plus bas 1 minute, 5 et 15 minutes après la ponction dans le groupe allaitement. Deux autres études ont évalué l'efficacité analgésique de l'allaitement avant un geste douloureux, mais l'allaitement était interrompu lors du geste^[32, 33]. Elles ont montré que si l'allaitement n'est pas maintenu pendant le geste, il n'y a pas d'effet analgésique.

Les auteurs ont constaté que l'allaitement maternel est plus analgésique que l'utilisation de la tétine avec tenue par une autre personne que la mère.

■ Propositions des moyens non médicamenteux pour la pratique quotidienne

Dans la pratique, l'administration de 1 à 2 ml d'une solution de saccharose ou de glucose à 30 % suivie de la succion non nutritive d'une tétine peut être proposée pour des gestes douloureux légers chez des nouveau-nés à terme ou pesants plus de 2 500 g. Chez l'enfant prématuré, on peut proposer 0,30 ml d'une solution sucrée (glucose ou saccharose à 30 %) pour les enfants de moins de 1 500 g et 0,5 ml pour ceux pesant entre 1 500 et 2 500 g. L'effet synergique de solutions sucrées et de la succion de tétines a été clairement montré et justifie leur association en pratique. Pour les enfants à terme qui sont allaités, on peut proposer des prélèvements lors de l'allaitement. Tous ces moyens peuvent être suffisants pour l'analgésie des gestes mineurs. En revanche, lors de la réalisa-

tion des gestes plus douloureux d'autres moyens analgésiques plus importants doivent être utilisés.

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX^[34]

■ Morphiniques

Les morphiniques sont les analgésiques les plus utilisés chez le nouveau-né sévèrement malade. Les morphiniques sont de puissants analgésiques sans effet plafond, sauf pour les agonistes-antagonistes ; ils possèdent des effets sédatifs chez les patients ventilés, et des effets relativement faibles à modérés sur l'hémodynamique, y compris chez les enfants dont l'état clinique est instable.

Les morphiniques peuvent être utilisés chez le nouveau-né en réanimation pour soulager la douleur et le stress liés à une ventilation mécanique, aux gestes chirurgicaux (par exemple, pose d'un drainage pleural, pose d'une canule vasculaire lors d'une circulation extracorporelle), ou pour des situations cliniques douloureuses telles que l'entérocolite ulcéro-nécrosante. Les morphiniques les plus utilisés sont la morphine et le fentanyl, mais des dérivés du fentanyl tels que le sufentanil ou le remifentanyl sont également utilisés par quelques équipes. Les principaux effets secondaires des morphiniques sont la dépression respiratoire, l'hypotension, la rétention urinaire, la diminution de la motilité intestinale, un prurit et une rigidité thoracique.

■ Paracétamol

Le paracétamol est un antipyrétique et analgésique efficace présentant peu d'effets secondaires^[35]. Il peut être administré par voie orale, voie rectale ou voie intraveineuse^[36]. L'adjonction du paracétamol aux morphiniques a un effet analgésique additif et permet la réduction des doses des morphiniques^[5].

En ce qui concerne une éventuelle toxicité, l'immaturation des systèmes enzymatiques chez le nouveau-né pourrait avoir un effet protecteur, car la production des métabolites toxiques de ce médicament est réduite^[37]. Les données actuelles montrent que des doses uniques de paracétamol sont sûres et efficaces chez le nouveau-né à terme et prématuré pour le traitement de la douleur continue, légère ou modérée engendrée par un processus

inflammatoire^[38]. En revanche, le paracétamol est inefficace pour le soulagement de la douleur aiguë des gestes telles que les ponctions au talon^[39] ou une circoncision^[40]. En maternité, il peut être proposé en premier pour les douleurs légères et modérées des traumatismes obstétricaux.

Bien que les doses exactes ne soient pas clairement définies pour le nouveau-né, la revue de la littérature^[41-43] montre que l'on peut utiliser des doses de 15 mg/kg qui peuvent être données toutes les 6 heures chez les enfants à terme, toutes les 8 heures chez les enfants de 32 à 36 SA, et toutes les 12 heures chez les enfants de moins de 32 SA. En France, les AMM des spécialités Doliprane® et Efferalgan® incluent le nouveau-né à partir de 3 kg et 4 kg, respectivement.

■ Crème EMLA®

La crème EMLA® est largement utilisée en pédiatrie. En 1998, Taddio et al ont rapporté une revue systématique de la littérature concernant l'utilisation de la crème EMLA® chez le nouveau-né^[44]. Cette revue avait identifié trois études américaines sur la circoncision. Toutes les trois montraient que la crème EMLA® diminuait le temps de pleurs lorsqu'elle était comparée au placebo ; dans deux études, la mimique faciale de douleur était aussi diminuée dans le groupe d'enfants recevant de l'EMLA®. La douleur d'une ponction au talon avait été l'objet de trois études qui avaient toutes montré l'inefficacité analgésique de la crème EMLA® pour ce geste. Cette revue de la littérature montrait également que la crème EMLA® possède une efficacité analgésique modérée pour diminuer la douleur des ponctions veineuses, de la pose de cathéters veineux centraux percutanés, et de la ponction artérielle. Une étude incluse dans cette revue systématique de la littérature avait montré que la crème EMLA® était inefficace pour réduire les réponses comportementales de douleur ou les modifications physiologiques chez des nouveau-nés subissant une ponction lombaire. Cependant, une autre étude publiée en 2003 a montré que la crème EMLA® était efficace pour atténuer les élévations de la fréquence cardiaque et les réponses comportementales à la douleur induites par une ponction lombaire^[45].

Il n'a pas été montré de différences de taux de méthémoglobinémie entre les

enfants traités avec de la crème EMLA® (uni-dose) et ceux ayant reçu du placebo [44].

Bien que la revue systématique de la littérature citée plus haut indique que la crème EMLA® est globalement efficace chez le nouveau-né, son efficacité analgésique semble moindre que celle observée chez l'enfant plus grand. Par ailleurs, deux études ont montré que l'administration de solutions sucrées, de saccharose [46] ou de glucose [47], ont une meilleure efficacité que la crème EMLA® pour le soulagement de la douleur d'une ponction veineuse.

CONCLUSION

La réalité de la douleur du nouveau-né n'est plus remise en question et tous les soignants prenant en charge ces enfants devraient inclure dans leur démarche

Il est indispensable que les unités de néonatalogie et les maternités établissent des protocoles écrits permettant à tous les nouveau-nés de bénéficier d'un traitement analgésique adapté à leur condition clinique.

de soins la prévention, l'évaluation, et le traitement de la douleur du nouveau-né. Une des principales sources de douleur chez le nouveau-né est la douleur induite par les gestes. Tous les efforts doivent être faits afin de limiter les gestes pratiqués chez ces enfants fragiles. Des gestes agressifs "mineurs", parfois banalisés par le personnel soignant, tels que les ponctions veineuses ou artérielles, les piqûres au talon ou les ponctions veineuses, entre autres sont quotidiennement réalisées chez des nouveau-nés. Ces "petits gestes" nécessitent une analgésie. Une option intéressante dans ces situations est l'utilisation des moyens non médicamenteux tels que les solutions sucrées concentrées associées à la succion d'une tétine ainsi que l'allaitement maternel. Ces "petits moyens" ne doivent pas être utilisés comme seul moyen analgésique pour des gestes plus agressifs.

Il est indispensable que les unités de néonatalogie et les maternités établissent des protocoles écrits permettant à tous les nouveau-nés de bénéficier d'un traitement analgésique adapté à leur condition clinique. Une évaluation systématique de la douleur à l'aide d'outils validés est cruciale pour diagnostiquer les situations douloureuses et apprécier l'efficacité des traitements entrepris. La façon la plus efficace de minimiser la douleur du nouveau-né est de combiner des stratégies non médicamenteuses et des traitements médicamenteux. •

RÉFÉRENCES

1. Taddio A, Goldbach M, Ipp M, Stevens B, and Koren G. *Effect of neonatal circumcision on pain responses during vaccination in boys.* Lancet, 1995. 345 (8945): p. 291-2.
2. Anand K J, Sippell W G, and Aynsley-Green A. *Randomised trial of fentanyl anaesthesia in preterm babies undergoing surgery: effects on the stress response.* Lancet, 1987. 1 (8524): p. 62-6.
3. Carbjal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocq S, Saizou C, Lapillonne A, Granier M, Durand P, Lenclen R, Coursol A, Hubert P, de Saint Blanquat L, Boelle P Y, Annequin D, Cimerman P, Anand K J, and Breart G. *Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units.* Jama, 2008. 300 (1): p. 60-70.
4. Carbjal R. *Traitement non pharmacologique de la douleur du nouveau-né.* Arch Pediatr, 2005. 12 (1): p. 110-6.
5. Menon G, Anand K J, and McIntosh N. *Practical approach to analgesia and sedation in the neonatal intensive care unit.* Semin Perinatol, 1998. 22 (5): p. 417-24.
6. Harpin V A and Rutter N. *Making heel pricks less painful.* Arch Dis Child, 1983. 58 (3): p. 226-8.
7. McIntosh N, van Veen L, and Brameyer H. *Alleviation of the pain of heel prick in preterm infants.* Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 1994. 70 (3): p. F177-81.
8. Barker D, Latty B, and Rutter N. *Heel blood sampling in preterm infants: Which technique?* Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 1994. 71: p. F206-F208.

DOLPHITONIC S'ENGAGE A VOUS OFFRIR LE MEILLEUR RAPPORT

QUALITE / PRIX / SERVICE

Votre boutique : www.dolphitonic.com



DOLPHITONIC
REEDUCATION PERINEALE
ORANGE LINE wireless

TOP VENTES



BILIRUBINOMETRE

TOP VENTES



ECHOGRAPHIE

TOP VENTES



LE MONITO COSTAUD DU PRO
EDAN F6 VCT

TOP VENTES



MONITOS EDAN F2 et F3 VCT
EDAN F3 VCT
EDAN F2 VCT

TOP VENTES

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

9. Field T and Goldson E. *Pacifying effects of non nutritive sucking on term and preterm neonates during heelstick procedures*. Pediatrics, 1984. 74 (6): p. 1012-5.
10. Shiao S Y, Chang Y J, Lannon H, and Yarandi H. *Meta-analysis of the effects of non nutritive sucking on heart rate and peripheral oxygenation: research from the past 30 years*. Issues Compr Pediatr Nurs, 1997. 20 (1): p. 11-24.
11. Rushforth J A and Levene M. I. *Effect of sucrose on crying in response to heel stab*, in Arch Dis Child. 1993. p. 388-9.
12. Blass E M. and Hoffmeyer L B. *Sucrose as an analgesic for newborn infants*. Pediatrics, 1991. 87 (2): p. 215-8.
13. Stevens B, Yamada J, and Ohlsson A. *Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures*. Cochrane Database Syst Rev, 2004 (3): p. CD001069.
14. Barr R G, Quek V S, Cousineau D, Oberlander T F, Brian J A, and Young S N. *Effects of intra-oral sucrose on crying, mouthing and hand-mouth contact in newborn and six-week-old infants*. Dev Med Child Neurol, 1994. 36 (7): p. 608-18.
15. Barr R G, Pantel M. S, Young S N, Wright J H, Hendricks L A, and Gravel R. *The response of crying newborns to sucrose: is it a "sweetness" effect?* Physiol Behav, 1999. 66 (3): p. 409-17.
16. American Academy of Pediatrics. Canadian Paediatric Society. *Prevention and management of pain and stress in the neonate*. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Committee on Drugs. Section on Anesthesiology. Section on Surgery. Canadian Paediatric Society. Fetus and Newborn Committee. Pediatrics, 2000. 105 (2): p. 454-61.
17. Royal Australasian College of Physician. Paediatrics & Child Health Division. *Guideline Statement: Management of Procedure-related Pain in Neonates*. Available at <http://www.racp.edu.au> [follow the links to Health Policy and Advocacy, the Paediatrics and Child Health], 2005.
18. Afssaps. *Prise en charge médicalemente de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant*. Recommandations de bonne pratique. 2009.
19. Skogsdal Y, Eriksson M, and Schollin J. *Analgesia in newborns given oral glucose*. Acta Paediatr, 1997. 86 (2): p. 217-20.
20. Carbajal R, Chauvet X, Couderc S, and Olivier-Martin M. *Randomised trial of analgesic effects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates*. Bmj, 1999. 319 (7222): p. 1393-7.
21. Carbajal R, Lenclen R, Gajdos V, Jugie M, and Paupe A. *Crossover trial of analgesic efficacy of glucose and pacifier in very preterm neonates during subcutaneous injections*. Pediatrics, 2002. 110 (2 Pt 1): p. 389-93.
22. Bellieni C V, Buonocore G, Nenci A, Franci N, Cordelli D M, and Bagnoli F. *Sensorial saturation: an effective analgesic tool for heel-prick in preterm infants: a prospective randomized trial*. Biol Neonate, 2001. 80 (1): p. 15-8.
23. Stevens B, Johnston C, Franck L, Petryshen P, Jack A, and Foster G. *The efficacy of developmentally sensitive interventions and sucrose for relieving procedural pain in very low birth weight neonates*. Nurs Res, 1999. 48 (1): p. 35-43.
24. Stevens B, Yamada J, and Ohlsson A. *Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures*. Cochrane Database Syst Rev, 2010 (Issue 1): p. Art. No.: CD001069. DOI: 10.1002/14651858.CD001069.pub3.
25. Cignacco E, Hamers J P, Stoffel L, van Lingen R A, Gessler P, McDougall J, and Nelle M. *The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review*. Eur J Pain, 2007. 11 (2): p. 139-52.
26. Gibbins S and Stevens B. *Mechanisms of sucrose and non-nutritive sucking in procedural pain management in infants*. Pain Res Manag, 2001. 6 (1): p. 21-8.
27. Blass E M. and Watt L B. *Suckling- and sucrose-induced analgesia in human newborns*. Pain, 1999. 83 (3): p. 611-23.
28. Gray L, Miller L W, Philipp B L, and Blass E M. *Breastfeeding is analgesic in healthy newborns*. Pediatrics, 2002. 109 (4): p. 590-3.
29. Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, and Ville Y. *Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial*. Bmj, 2003. 326 (7379): p. 13.
30. Shendurnikar N and Gandhi K. *Analgesic effects of breastfeeding on heel lancing*. Indian Pediatr, 2005. 42 (7): p. 730-2.
31. Phillips R M, Chantry C J, and Gallagher M. P. *Analgesic effects of breast-feeding or pacifier use with maternal holding in term infants*. Ambul Pediatr, 2005. 5 (6): p. 359-64.
32. Bilgen H, Ozek E, Cebeci D, and Ors R. *Comparison of sucrose, expressed breast milk, and breast-feeding on the neonatal response to heel prick*. J Pain, 2001. 2 (5): p. 301-5.
33. Gradin M, Finnstrom O, and Schollin J. *Feeding and oral glucose-additive effects on pain reduction in newborns*. Early Hum Dev, 2004. 77 (1-2): p. 57-65.
34. Carbajal R. *Douleur du nouveau-né: traitement pharmacologique*. Arch Pediatr, 2006. 13 (2): p. 211-24.
35. Olkkola K T and Hamunen K. *Pharmacokinetics and pharmacodynamics of analgesic drugs*, in Pain in neonates., K.J. Anand, B. Stevens, and P. McGrath, Editors. 2000, Elsevier Science B.V.: Amsterdam. p. 135-158.
36. Autret E, Dutertre J P, Breteau M, Jonville A P, Furet Y, and Laugier J. *Pharmacokinetics of paracetamol in the neonate and infant after administration of propacetamol chlorhydrate*. Dev Pharmacol Ther, 1993. 20 (3-4): p. 129-34.
37. Stevens B, Gibbins S, and Franck L S. *Treatment of pain in the neonatal intensive care unit*. Pediatr Clin North Am, 2000. 47 (3): p. 633-50.
38. Van Lingen R A, Quak C M, Deinum H T, van de Logt F, van Eyck J, Okken A, and Tibboel D. *Effects of rectally administered paracetamol on infants delivered by vacuum extraction*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2001. 94 (1): p. 73-8.
39. Shah V, Taddio A, and Ohlsson A. *Randomised controlled trial of paracetamol for heel prick pain in neonates*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 1998. 79 (3): p. F209-11.
40. Howard C R, Howard F M, and Weitzman M. L. *Acetaminophen analgesia in neonatal circumcision: the effect on pain*. Pediatrics, 1994. 93 (4): p. 641-6.
41. Anderson B J, van Lingen R A, Hansen T G, Lin Y C, and Holford N H. *Acetaminophen developmental pharmacokinetics in premature neonates and infants: a pooled population analysis*. Anesthesiology, 2002. 96 (6): p. 1336-45.
42. Van Lingen R A, Deinum J T, Quak J M, Kuizenga A J, van Dam J G, Anand K J, Tibboel D, and Okken A. *Pharmacokinetics and metabolism of rectally administered paracetamol in preterm neonates*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 1999. 80 (1): p. F59-63.
43. Van Lingen R A, Deinum H T, Quak C M, Okken A, and Tibboel D. *Multiple-dose pharmacokinetics of rectally administered acetaminophen in term infants*. Clin Pharmacol Ther, 1999. 66 (5): p. 509-15.
44. Taddio A, Ohlsson A, Einarson T R, Stevens B, and Koren G. *A systematic review of lidocaine-prilocaine cream (EMLA) in the treatment of acute pain in neonates*. Pediatrics, 1998. 101 (2): p. E1.
45. Kaur G, Gupta P, and Kumar A. *A randomized trial of eutectic mixture of local anesthetics during lumbar puncture in newborns*. Arch Pediatr Adolesc Med, 2003. 157 (11): p. 1065-70.
46. Abad F, Diaz-Gomez N M, Domenech E, Gonzalez D, Robayna M, and Feria M. *Oral sucrose compares favourably with lidocaine-prilocaine cream for pain relief during venepuncture in neonates*. Acta Paediatr, 2001. 90 (2): p. 160-5.
47. Gradin M, Eriksson M, Holmqvist G, Holstein A, and Schollin J. *Pain reduction at venipuncture in newborns: oral glucose compared with local anesthetic cream*. Pediatrics, 2002. 110 (6): p. 1053-7.

Nouveauté 2016

Oubliez les petits désagréments de la grossesse !



**Gingembre et Vitamine B6
antiémétiques
Artichaut antidyspepsique**

Fisher-Rasmussen W, Kjaer SK, Dahl C, Asping U. 1990. Ginger treatment of hyperemesis gravidarum. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 38:19-24.
Holtmann G, Adam B, Haag S, Collet W, Grunewald E, Winddeck T. 2003. Efficacy of artichoke leaf extract in the treatment of patients with functional dyspepsia : a six-week placebo-controlled, double-blind, multicentre trial. Aliment Pharmacol Ther. 18: 1099-1105.

**Riche en acide folique,
vitamine B6, fer, iode et fibre
Source de magnésium**

Chitturmma P, Kaewkiattikun K, Wiriyastrivach B. 2007. Comparison of the effectiveness of ginger and vitamin B6 for treatment of nausea and vomiting in early pregnancy : a randomized double-blind controlled trial. J Med Assoc Thai. Jan; 90(1):15-20.

Disponible dans les super et hypermarchés
au rayon laits infantiles
ou sur la boutique en ligne :
<http://francebebe.fr/shop/>



Brevet obtenu le 26/09/2014

**Convient aussi pour
le mal de transport**

Mowrey DB, Clayton DE. 1982. Motion sickness, ginger and psychophysics. Lancet; 655-6
Han-Chung Lien et al. 2003. Effects of ginger on motion sickness and gastric slow-wave dysrhythmias induced by circularvection. American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology; Vol.284 (3): G481-G4892002

**Sans huile de palme
Sans colorant
Teneur réduite en sucres
Sans OGM
Sans conservateur**

Lancement en 2012



Pionnier « Sans huile de palme »,
avec DHA, ARA et Bifidus.

Lancement en 2013

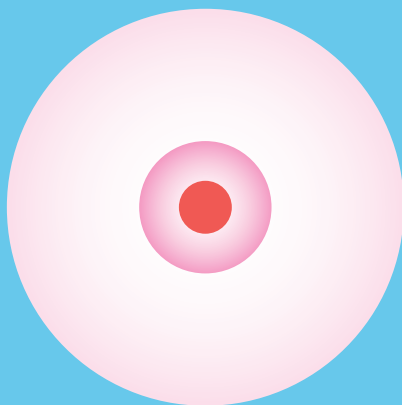


Quelques concurrents cherchent
désormais à nous emboîter le pas,



www.francebebe.fr

Une recette simple avec des ingrédients sains !



Dossier **Le sein**

Le sein n'est pas visible chez la petite fille. Sa forme se dessinera à l'adolescence, trop tôt pour certaines, pas assez vite pour d'autres, trop petit ou trop gros. Il sera objet de séduction, de désir et de plaisir. Puis, à un autre moment de la vie, dans la maternité, il peut redevenir fonctionnel avec l'allaitement.

Sein organe, il est bien de le connaître car il est aussi la cible de tumeurs et les sages-femmes l'ont souvent entre leurs mains à un moment de la vie d'une femme.

Éloge du féminin, sein dévoilé ou caché, juste laissé deviné, l'art lui-même s'en est emparé.

SOMMAIRE DU DOSSIER

13

ANATOMIE DU SEIN

18

CHIRURGIE MAMMAIRE
ET ALLAITEMENT

21

LES DEUX SEINS :
SEIN ÉROTIQUE, SEIN
NOURRICIER

24

LE SEIN DANS L'ART :
PRIÈRE DE TOUCHER

Anatomie du sein

Le sein évolue tout au long de la vie de la femme. Des facteurs individuels sont les principaux responsables de l'esthétique du sein. Il existe une grande variété de formes et de volumes de sein. L'apparence du sein permet rarement d'émettre un pronostic sur la capacité d'une mère à allaiter. L'allaitement n'est pas nocif en soi pour l'esthétique du sein. Ce sont essentiellement les brusques variations de volume qui peuvent être néfastes. Le sein humain est pleinement fonctionnel pendant la lactation. Pour mieux comprendre, diagnostiquer et traiter les problèmes d'allaitement et les pathologies mammaires, il est nécessaire de bien connaître l'anatomie du sein. Des études récentes ont modifié la vision que nous avons eue pendant des décennies sur le sujet.

Développement du sein

Le sein est un organe dynamique qui passe par divers stades de développement. Les seins se développent jusqu'à environ 6 semaines de gestation tout le long des crêtes mammaires, qui vont de la région axillaire à la région inguinale, de chaque côté de la ligne médiane ventrale. Chez l'être humain, la plupart des bourgeons mammaires disparaissent, et il ne reste que 2 bourgeons pectoraux. Toutefois, des seins surnuméraires peuvent se développer tout le long des crêtes mammaires, et chez 2 à 6 % des femmes, ces glandes pourront avoir la même évolution que les seins, ou rester à l'état de mamelons surnuméraires. À 7-8 semaines, le bourgeon mammaire s'invagine pour former une plaque aréolaire. Vers 10-12 semaines, les canaux lactifères commencent à se former. Entre 12 et 16 semaines, les muscles lisses de l'aréole se forment. Pendant tout ce temps, les canaux poursuivent leur évolution et se divisent. À 32 semaines, ils s'ouvrent au milieu de l'aréole, et forment le mamelon. Le tissu adipeux se développe à partir du tissu conjonctif. À la naissance, on peut parfois exprimer du colostrum des seins des nouveau-nés, suite à l'imprégnation par les hormones placentaires. Ce phénomène disparaît habituellement au bout de quelques semaines.

Pendant la petite enfance, l'aspect des seins est le même chez les deux sexes. Au démarrage de la puberté, de nouvelles modifications vont survenir chez la fille suite à l'augmentation de la sécrétion des hormones sexuelles, essentiellement en rapport avec l'augmentation de la masse grasse au niveau des seins. Les canaux lactifères recommencent à s'allonger et à se diviser, pour former un réseau plus étendu, et les ascini vont se former. Les

seins sont l'objet de modifications régulières liées au cycle menstruel.

Pendant la première moitié de la grossesse, on observe une nouvelle extension du système de canaux lactifères, ainsi qu'une augmentation de croissance du tissu glandulaire lobulo-alvéolaire, sous l'influence de l'augmentation du taux d'œstrogène, de progestérone, de prolactine, d'hormone de croissance, d'hormone lactogène placentaire... À partir du milieu de la grossesse, les seins commencent à sécréter du colostrum. La croissance du tissu glandulaire s'accélère pendant le dernier trimestre de la grossesse. Cette évolution est habituellement liée à une augmentation du volume des seins, très variable d'une femme à l'autre, que ce soit pour l'importance de l'augmentation ou pour le moment où cette augmentation est la plus nette. En fin de grossesse, les seins ont augmenté en moyenne de 145 ± 19 ml, et à 1 mois post-partum une augmentation supplémentaire de 211 ± 16 ml est survenue. La vascularisation sanguine double pendant la grossesse, suite à l'augmentation locale du métabolisme. Cette augmentation de la vascularisation persiste pendant toute la lactation, et disparaît dans les semaines qui suivent le sevrage. Par ailleurs, l'aréole prend



Cette augmentation de la vascularisation persiste pendant toute la lactation, et disparaît dans les semaines qui suivent le sevrage.



une couleur plus foncée, et les tubercules de Montgomery augmentent de volume. Leur sécrétion aide à protéger le mamelon, et leur odeur guidera l'enfant vers le sein.

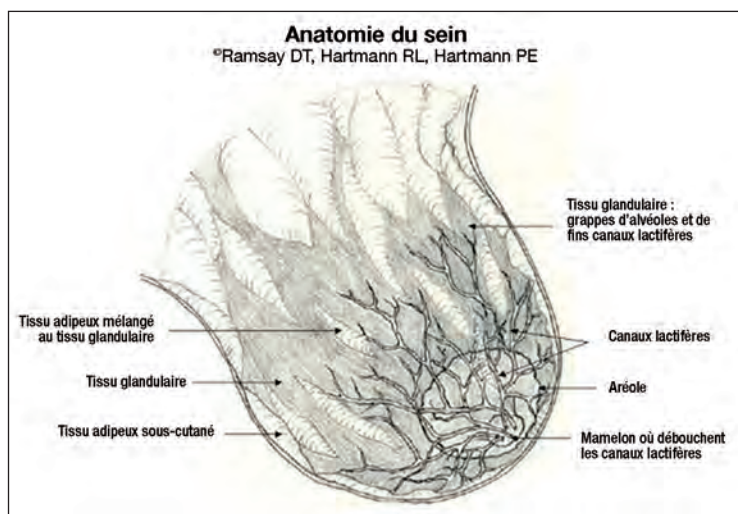
Le sein est vascularisé essentiellement par les branches antérieures et postérieures de l'artère mammaire interne (issue de la sous-clavière), et par la branche latérale de l'artère thoracique externe. Il existe d'importantes variations individuelles dans la vascularisation mammaire, et même entre les deux seins chez une même femme. Le drainage veineux se fait par un système profond (vers les veines axillaire et thoracique internes et les veines intercostales) et un système superficiel, ces deux systèmes étant interconnectés. Les veines profondes suivent plus ou moins le même trajet que les artères correspondantes, tandis que le réseau superficiel est constitué de veines sub-aréolaires radiantes. L'innervation est assurée par les 2^e et 6^e paires de nerfs intercostaux. Les trajets de ces nerfs sont complexes et variables. La sensibilité du mamelon et de l'aréole est importante, mais les femmes semblent peu sensibles à la survenue d'anomalies mammaires : une femme chez qui une mastite débute pourra avoir des signes généraux avant même de ressentir le problème au niveau du sein touché. Par ailleurs, il ne semble pas exister d'innervation motrice dans le tissu glandulaire, mais l'innervation fine du sein reste mal étudiée.

Le drainage lymphatique est le mieux étudié en raison de son importance pour le cancer du sein. Les lymphatiques cutanés forment un réseau dense au niveau du mamelon et de l'aréole. Ce réseau est divisé en plexus aréolaire et plexus sous-aréolaire. La voie principale de drainage de la peau de la paroi antérieure du thorax est le groupe supérieur de la chaîne thoracique interne situé dans la cavité axillaire. Les lymphatiques glandulaires se drainent dans les nœuds axillaires ou dans les nœuds de la chaîne thoracique interne. Là encore, il existe d'importantes variations individuelles.

Aspect extérieur du sein pendant l'allaitement

L'aréole – zone circulaire – va donc se pigmenter et s'agrandir durant la grossesse et la lactation. C'est une zone qui contient des muscles lisses. Les différences de taille, d'une femme à l'autre, sont considérables mais n'affectent en rien la capacité à allaiter. L'aréole contient également des structures en relation avec les glandes apocrines de Montgomery (4 à 28 par sein) qui servent à la fois d'organes lubrifiants et odorants au cours de la lactation.

Le mamelon fait généralement saillie de quelques millimètres au-dessus de la surface de l'aréole mais sa forme et sa taille peuvent largement varier d'une femme à l'autre. C'est une zone qui contient des muscles lisses. Elle est très érectile (de 0,7 cm peut passer à 1,6 cm). Le mamelon contient des terminaisons nerveuses non



myélinisées. Il est très sensible. Au cours de la grossesse, le mamelon devient plus protractile. On peut tester sa protractilité en comprimant la partie de l'aréole située immédiatement derrière le mamelon. Certains mamelons ne font pas saillie. Pourtant, quand on fait le test du pincement, ils se déplient.

D'autres mamelons se rétractent. En pareil cas, il ne faut pas porter de prime abord un jugement définitif. La protractilité varie durant la grossesse et peut s'améliorer après chaque grossesse. Si le mamelon peut être placé assez loin dans la bouche du bébé, il ne risquera pas d'être blessé et l'enfant aura en bouche une portion de sein suffisante pour entraîner le lait. L'enfant se nourrit au sein, le mamelon n'est qu'un conduit. Dans le cas d'une vraie rétraction, il y a des adhérences qui empêchent le mamelon de se déployer. Parfois on peut les traiter, parfois (rarement) cela rend l'allaitement difficile voire impossible.

Anatomie du sein

Pendant plus d'un siècle, les descriptions anatomiques du sein n'ont pas évolué, et sont restées celles décrites par Sir Astley Cooper, sur la base de dissections de femmes mortes alors qu'elles allaitaient. Les travaux de Hartmann, Ramsay et de leur équipe, qui utilisent des techniques permettant d'observer le sein lactant de façon non invasive, ont remis en question ces connaissances.

Le sein est composé d'un tissu glandulaire enrobé par du tissu adipeux, le tout étant soutenu par un réseau peu dense de tissu conjonctif. Traditionnellement, la glande mammaire était décrite comme comportant 15 à 20 lobes, contenant 10 à 100 alvéoles. On pensait généralement que chaque lobe était une entité distincte, drainée par un réseau qui aboutissait à un seul canal lactifère, mais on a constaté récemment qu'il pouvait y avoir des connections entre les lobes.

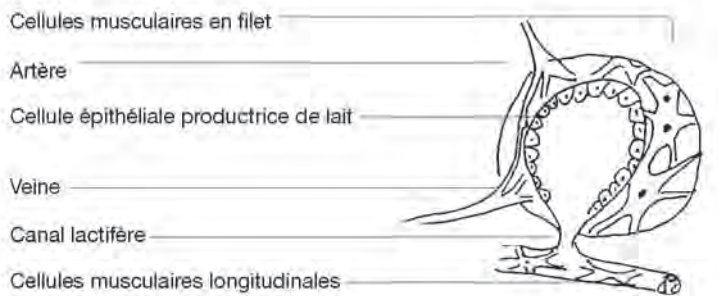
La structure du sein est comparable à celle d'une grappe de raisin. À maturité, le sein est formé de 15 à 25 lobes de tissu glandulaire disposés à diverses profondeurs selon un mode qui n'est ni radial, ni symétrique. Le tissu adipeux et le tissu glandulaire sont étroitement mélangés dans le sein. Chez la femme jeune, le rapport tissu glandulaire/tissu graisseux est d'environ 1, mais avec l'âge la proportion de tissu graisseux augmente. Elle augmente aussi avec la taille du sein. Chaque lobe est composé d'ascini, drainé par de fins canaux, qui forment un réseau complexe, puis se rejoignent pour former un canal galactophore collecteur. Ces canaux se regroupent ensuite pour former 4 à 18 canaux lactifères (9 en moyenne) qui débouchent au niveau du mamelon. 65 % du tissu glandulaire est situé dans les 30 mm qui entourent la base du mamelon, zone dans laquelle le tissu graisseux est presque inexistant. Le diamètre des principaux canaux lactifères qui débouchent au mamelon va de 1,2 à 2,5 mm de diamètre, tandis que l'ouverture au niveau du mamelon fait 0,4 à 0,7 mm ; elle est entourée d'un petit muscle circulaire.

Les seins sont pleinement fonctionnels pendant la lactation. L'anatomie du sein lactant reste très peu étudiée, malgré les progrès de l'imagerie médicale. Les mammographies sont plus difficiles à lire pendant l'allaitement, en raison de l'augmentation de volume des seins et de la présence de lait, qui augmente la densité des images. La galactographie (injection de produit de contraste dans les canaux lactifères) ne permet de voir qu'une partie du réseau canalaire. Certains auteurs ont fait état d'un élargissement des canaux lactifères pendant la lactation, mais d'autres n'ont pas constaté ce fait. La tomographie et l'IRM n'ont pas permis de faire d'importants progrès dans la connaissance de l'anatomie mammaire.

Récemment, on a commencé à utiliser l'échographie haute résolution, une technique non invasive, pour étudier la structure du sein. Elle a permis de constater que le nombre de canaux lactifères qui débouchaient au niveau du mamelon était plus bas que ce qu'on supposait (9 en moyenne). On a également pu constater que les canaux lactifères primaires sont très courts, superficiels et facilement comprimés, et qu'il n'existe pas de sinus lactifères comme on le croyait auparavant. En fait, les canaux commencent à se diviser très rapidement sous le mamelon, à quelques millimètres de leur extrémité. De plus, le trajet des canaux à l'intérieur du sein est erratique, et ils sont étroitement imbriqués, comme toutes les branches d'un arbre autour du tronc.

Pendant la lactation, l'échographie a permis de constater que le tissu glandulaire était environ 2 fois plus volumineux que le tissu graisseux, mais là encore il existe d'importantes variations individuelles. Actuellement, on ignore s'il existe une relation entre la quantité de tissu glandulaire mammaire et la production lactée, ou la capacité de stockage des seins.

Schéma d'un acinus mammaire



L'acinus mammaire

Le lait est synthétisé en continu dans les ascini à partir des nutriments apportés par le sang artériel, les déchets sont déversés dans le sang veineux. Les cellules sécrétrices de l'alvéole fabriquent le lait qui est excrété dans la lumière de la cellule. Les mécanismes exacts de la sécrétion de tous les composants du lait restent bien souvent mal connus, mais ils sont multiples (exocytose, transcytose, excrétion paracellulaire...). Les parois de l'alvéole sont en collagène, et sont doublées de cellules myoépithéliales. Ces cellules, sous l'action de l'ocytocine se contractent et chassent le lait dans le canal excréteur.

En conclusion

Globalement, le sein fonctionnel, à savoir le sein lactant, reste beaucoup moins bien étudié que le sein malade non lactant. L'échographie haute résolution, bien qu'elle soit une technique semi-quantitative et que son interprétation puisse être subjective, semble une technique prometteuse pour apprendre davantage de choses sur le sein fonctionnel. Améliorer nos connaissances anatomiques sur le sein est important pour mieux comprendre sa physiologie, ainsi que les causes de nombreux problèmes d'allaitement.

Les connaissances récemment acquises nous permettent déjà de comprendre un certain nombre de faits. Par exemple, les femmes qui ont subi une chirurgie de

>



Le trajet des canaux à l'intérieur du sein est erratique, et ils sont étroitement imbriqués, comme toutes les branches d'un arbre autour du tronc.



réduction mammaire arrivent rarement à allaiter exclusivement, en dépit de l'amélioration des protocoles chirurgicaux ; cela est probablement en rapport avec le nombre plus faible de canaux lactifères que ce qu'on supposait, et avec le fait que le tissu glandulaire est beaucoup plus diffus et mélangé avec le tissu graisseux qu'on le pensait. La constatation de l'absence de sinus lactifères stockant un peu de lait amène à reconsidérer le mécanisme par lequel le bébé fait sortir le lait des seins. Des études ont constaté que le lait coulait dans la bouche de l'enfant lorsque ce dernier abaissait sa langue, ce qui induisait

une dépression intrabuccale. Il semble donc que cette dépression ait un rôle important. Cela souligne également l'importance du réflexe d'éjection du lait.

Seulement 1 à 10 ml de lait peuvent être exprimés avant la survenue du réflexe d'éjection. La succion de l'enfant induit la sécrétion d'ocytocine, qui va provoquer la contraction des fibres myoépithéliales qui entourent les ascini, ces derniers éjectant le lait vers les canaux lactifères. On observe une augmentation de la pression intraductale, une dilatation des canaux lactifères, et une augmentation du flot de lait qui s'écoule du sein. Plusieurs

réflexes d'éjection surviennent (jusqu'à 9 pendant une tétée, 3 à 6 pendant une séance d'expression du lait de 15 minutes avec un tire-lait), la plupart des femmes ne ressentant que le premier d'entre eux. Les mères qui ont des canaux lactifères larges arrivent à tirer davantage de lait que les mères qui ont des canaux plus étroits. La rapidité d'écoulement du lait semble donc influencée par l'anatomie ductale. Mais actuellement, nous ne sommes encore qu'au début de l'acquisition de connaissances fiables sur le sein lactant. •



+ PRATIQUE
accès privilégié sur le site internet contenant les dernières parutions, 12 newsletters par an, revue téléchargeable au format PDF.

+ ACCESSIBLE
sur ordinateur, tablette, portable et smartphone via internet

+ SIMPLE
moteur de recherche performant, accès simplifié aux articles

+ ÉCOLOGIQUE
0 papier, 0 carbone

« LES DOSSIERS DE L'ALLAITEMENT » DEVIENNENT MENSUELS ET NUMÉRIQUES

« Les Dossiers de l'Allaitement » sont une revue mensuelle, destinée aux professionnels de santé qui s'intéressent à l'allaitement, et qui souhaitent s'informer afin de soutenir efficacement les mères allaitantes rencontrées dans leur pratique professionnelle.

Chaque mois, vous pouvez y lire des articles variés alliant les aspects pratiques et théoriques de la lactation et de l'allaitement.

Abonnement
30€/an

Abonnement
Membre LLLF
20€/an

Inscription en ligne
www.lllfrance.org/professionnels/les-dossiers-de-l-allaitement

Contact & Informations
abonnements.da@lllfrance.org

Création/magazine/rédaction, Jean-François - 06 02 45 25 34 - lall-co.fr / Crédits Photos : Shutterstock.com

Cahier de l'allaitement n° 1 "En maternité"

Après avoir repris les notions de base en anatomie, physiologie et déroulement de la tétée, ce cahier rassemble des articles sur les questions qui se posent en maternité : problèmes de succion, bébé qui ne veut pas téter ou qui dort tout le temps, crevasses, engorgement, mamelons rétractés, ictère, hypoglycémie.

Les cahiers de l'Allaitement sont disponibles sur le site : <http://www.lllfrance.org/boutique/professionnels-de-sante/cahier-de-lallaitement-n-1-detail>

RÉFÉRENCES

- Bannister LH, Berry MM, Collins P, Dyson M, Dussek JE. Gray's anatomy, 38th ed. New York: Churchill Livingstone, 1995 : 417-24.
- Cooper AP. Anatomy of the breast. London: Longman, Orme, Green, Browne and Longmans, 1840.
- Cox DB, Kent JC, Casey TM, Owens RA, Hartmann PE. Breast growth and the urinary excretion of lactose during human pregnancy and early lactation: endocrine relationships. Exp Physiol 1999; 84: 421-34.
- Cruz-Korchin N, Korchin L, Gonzalez-Keelan C, Climent C, Morales I. Macromastia. How much of it is fat? Plas Reconstr Surg 2002; 109: 64-8.
- Cunningham L. The anatomy of the arteries and veins of the breast. J Surg Oncol 1977; 9: 71-85.
- Geddes DT. Inside the lactating breast: the latest anatomy research. J Midwifery Womens Health 2007; 52 (6): 556-63.
- Hale TW, Hartmann PE. Hale & Hartmann's Textbook of Human Lactation. Hale Publishing, 2007.
- Hartmann PE. The breast and breast-feeding. In Scientific foundations of obstetrics and gynaecology, 4th ed. Oxford: Butterworth Heinemann, 1991.
- Hovey RC, Trott JF, Vonderhaar BK. Establishing a frame-work for the functional mammary gland: from endocrinology to morphology. J Mammary Gland Biol Neoplasia 2002; 7: 7-37.
- Jamal N, Ng KH, McLean D, Looi LM, Moosa F. Mammographic breast glandularity in malaysian women: data derived from radiography. Am J Roentgenol 2004; 182: 713-7.
- Kelly PA, Bachelot A, Kedzia C, Hennighausen L, Ormandy CJ, Kopchick JJ, et al. The role of prolactin and growth hormone in mammary development. Mol Cell Endocrinol 2002; 197: 127-31.
- Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. St Louis, MO: Mosby Inc, 2006.
- Longacre TA, Bartwo SA. A correlative morphologic study of human breast and endometrium in the menstrual cycle. Am J Surg Pathol 1986; 10: 382-93.
- Love SM, Barsky SH. Anatomy of the nipple and breast ducts revisited. Cancer 2004; 101: 1947-57.
- Moffatt DF, Going JJ. Three dimensional anatomy of complete duct systems in the human breast: pathological and developmental implications. J Clin Pathol 1996; 49: 48-52.
- Offendal OT. The mammary gland and its origin during synapsid evolution. J Mammary Gland Biol Neoplasia 2002; 7: 225-52.
- Ohtake T, Kimijima I, Fukushima T, Yasuda M, Sekikawa K, Takenoshita S, et al. Computer assisted complete three-dimensional reconstruction of the mammary ductal/lobular systems. Implications of ductal anastomoses for breast conserving surgery. Cancer 2001; 91: 2263-72.
- Oka T, Yoshimura M, Lavandero S, Wada K, Ohba Y. Control of growth and differentiation of the mammary gland by growth factors. J Dairy Sci 1991; 71: 2788-800.
- Pisacane A, Continisio P; Italian Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and perceived changes in the appearance of the breasts: a retrospective study. Acta Paediatr 2004; 93 (10): 1346-8.
- Rinker B, Veneracion M, Walsh CP. The effect of breastfeeding on breast aesthetics. Aesthet Surg J 2008; 28 (5): 534-7.
- Rose SR, Municchi K, Barnes KM, Kamp GA, Uriarte MM, Ross JL, et al. Spontaneous growth hormone secretion increases during puberty in normal girls and boys. J Clin Endocrinol Metab 1991; 73: 428-35.
- Russo J, Russo IH. Development of the human mammary gland. In The mammary gland: development, regulation and function. New York: Plenum Press, 1987.
- Schlenz I, Kuzbari R, Gruber H, Holle J. The sensitivity of the nipple-areola complex: an anatomic study. Plast Reconstr Surg 2000; 105: 905-9.
- Sternlicht MD, Kouros-Mer H, Lu P, Werb Z. Hormonal and local control of mammary branching morphogenesis. Differentiation 2006; 74: 365-81.
- Taneri F, Kurukahvecioglu O, Akyurek N, Tekin EH, Ilhan MN, Cifter C, et al. Microanatomy of milk ducts in the nipple. Eur Surg Res 2006; 38: 545-9.
- Tobon H, Salazar H. Ultrastructure of the human mammary gland. II. Postpartum lactogenesis. J Clin Endocrinol Metab 1975; 40: 834-44.
- Vorbach C, Capecchi MR, Penninger JM. Evolution of the mammary gland from the innate immune system? Bioessays 2006; 28: 606-16.
- Vorherr H. The breast: morphology, physiology and lactation. London: Academic Press, 1974.



Problèmes vaginaux ?

Gynofit supprime – les démangeaisons, les brûlures et les pertes malodorantes !

Gel vaginal à l'acide lactique Gynofit

Doux et efficace. Sans conservateur.
Dans un applicateur hygiénique à usage unique.

Enfin quelque chose qui aide vraiment !

Disponible en pharmacie et droguerie sans ordonnance médicale

www.gynofit.ch



NOUVEAU

Chirurgie mammaire et allaitement

L'auteur passera en revue les différentes techniques de chirurgie mammaire afin de déterminer quelles sont les interventions dont les critères permettront d'espérer la possibilité d'un allaitement ultérieur.

Les consultantes en lactation sont amenées à rencontrer des femmes antérieurement opérées de la poitrine et doivent savoir guider les patientes pour un éventuel allaitement ultérieur. Elles chercheront à savoir si l'allaitement est contre-indiqué, déconseillé ou possible et dans ce cas quelles sont les précautions à prendre.

Pour tenter d'éclaircir cette démarche nous ferons un bref rappel du fonctionnement de la lactation ainsi que des différents types de chirurgie mammaire.

Les différentes interventions pratiquées sur les seins peuvent être des chirurgies :

- de réduction mammaire ;
- d'augmentation mammaire ;
- de ptôse mammaire ;
- du mamelon lié à une invagination ;
- liées aux biopsies, tumorectomies.

Pour que la lactation fonctionne au niveau du sein il faut que plusieurs facteurs soient réunis :

- Le tissu glandulaire mammaire notamment au niveau des acini soit en quantité suffisante ;
- La présence d'hormones permettant la sécrétion du lactose et donc du lait par les lactocytes surtout prolactine, insuline et un peu le cortisol ;
- La présence d'hormones permettant l'éjection du lait sécrété dans les acini soit l'ocytocine ;
- L'absence de substances freinant des hormones de la lactation (absence de progestérone ou hyperandrogénie dans le post-partum immédiat) ;
- Des canaux galactophores en état de fonctionner ;
- Une innervation de la glande et de la PAM suffisante surtout au niveau du 4^e nerf intercostal et ses branches en bon état de fonctionnement.

Nous allons donc passer en revue les différents types d'intervention possibles au niveau des seins en détaillant les principales techniques utilisées par les chirurgiens.

■ **LA CHIRURGIE DE RÉDUCTION MAMMAIRE** peut être pratiquée pour des raisons physiques notamment dorsalgies ou mycoses sous-mammaires, la difficulté pour la pratique du sport ou se vêtir engendrant gêne psychologique et esthétique. Les techniques utilisées sont très nombreuses et variées en fonction des pays, des habitudes du chirurgien et de la morphologie et de l'âge de la patiente. Nous évoquerons en premier les techniques d'amputation avec greffe libre des aréoles qui sont utilisées le moins possible et sont réservées aux gigantomasties avec ptôse cutanée majeure. La glande mammaire est donc amputée selon un dessin préétabli. La plaque aréolo-mamelonnaire est alors totalement détachée du sein. Elle est ensuite repositionnée sur une zone cutanée préalablement désépidermée ; les galactophores sont alors totalement sectionnés et la glande largement amputée.

Toutes les autres techniques impliquent de conserver un lambeau cutanéoglandulaire porte-mamelon. La chirurgie nécessite en premier une désépidermisation péri-aréolaire plus ou moins large permettant de réduire et remonter l'aréole. Puis l'exérèse glandulaire est réalisée selon un tracé préétabli par le chirurgien aux dépens de la partie inférieure, postéro-inférieure, supérieure etc. de la glande. Une hémostase soigneuse est réalisée et la fermeture est réalisée sur un drain de Redon. La fermeture est effectuée en général par surjets intradermiques, les agrafes étant réservées aux patientes à derme trop fin ne permettant pas la réalisation d'un surjet. Le drainage est laissé en place pour 48 heures. Un pansement au jelonet est laissé en place pour 8 jours et relayé par un pansement permettant la douche pour une semaine. Le soutien-gorge de sport sera porté jour et nuit pendant 2 mois afin de permettre une cicatrisation optimale. La rançon cicatricielle sera en général en T inversé, plus rarement verticale ou en L. Des massages appuyés sont ensuite préconisés pour améliorer la qualité de l'évolution cicatricielle pendant environ 2 mois.

La conséquence d'une réduction mammaire avec greffe d'aréole rendra très aléatoire la possibilité d'un allaitement avec un risque d'engorgement en cas de canal non repermeabilisé. Toutefois, de rares cas ont été décrits où certaines femmes ont tout de même réussi à allaiter s'expliquant par le fait de l'existence d'une certaine régénération tissulaire avec le temps. Cette régénération peut se constater par la ré-innervation de l'aréole, la sensibilité de l'aréole étant un préalable indispensable à un éventuel allaitement ultérieur.

Ce texte a été présenté aux 40^{es} Assises Nationales de Sages-Femmes de Deauville, Mai 2012. Avec leur aimable autorisation.

Dans toutes les techniques à pédicule dermo-glandulaire, l'aréole reste en connexion avec une partie de la glande sous-jacente. L'allaitement sera possible si la vascularisation et le 4^e nerf intercostal et ses branches sont en bon état fonctionnel permettant le réflexe neuro-endocrinien. Moins la résection glandulaire sera importante et plus l'intervention est ancienne, plus les chances de pouvoir allaiter seront bonnes. Un facteur prédictif important est la bonne sensibilité et érectilité mamelonnaire.

■ LA CHIRURGIE D'AUGMENTATION MAMMAIRE

Actuellement, les plasties d'augmentation impliquent toujours l'utilisation d'implants mammaires. Ces derniers sont de tailles et de formes différentes, rondes ou anatomiques. La plupart des implants mis en place sont en gel de silicone cohésif réautorisés depuis 2001. Ils ont une souplesse au toucher très supérieure au sérum physiologique. Les implants peuvent être mis en place pour des raisons esthétiques (avoir de plus gros seins, asymétrie mammaire importante, hypoplasie) ou en cas de reconstruction mammaire.

Dans les indications esthétiques, les voies d'abord sont essentiellement sous-mammaires, axillaires ou péri-aréolaires, parfois trans-aréolaires. En fonction de la morphologie thoracique et mammaire, les implants seront positionnés en pré ou rétropectoral.

Dans l'incision sous-mammaire, la cicatrice a l'avantage d'être dissimulée par le sillon sous-mammaire, de permettre un abord qui facilitera la dissection interne permettant d'éviter le méplat entre les deux seins donnant ainsi une forme plus naturelle à la poitrine. Cette technique permet en général l'allaitement à condition que le 4^e nerf intercostal ne soit pas lésé et donc que l'aréole soit bien sensible.

Dans l'incision axillaire, il y a en général peu de répercussions sur le tissu glandulaire et en général l'allaitement est donc possible.

Les plus problématiques sont les voies sous-aréolaires ou transaréolaires qui sectionnent la glande et rendent plus difficiles les possibilités d'allaitement.

En cas de mise en place de l'implant pré-pectoral, la patiente doit être prévenue qu'en cas d'engorgement elle doit être très vigilante pour éviter un abcès du sein qui pourrait se propager à la prothèse. Elle doit bien sûr cesser l'allaitement et prendre une antibiothérapie adaptée.

■ LA CHIRURGIE DE PTÔSE MAMMAIRE

C'est la chirurgie des seins qui tombent. Elle utilise les techniques de réduction mammaire mais un simple remodelage de la glande est effectué au lieu d'une exérèse. En cas de volume insuffisant, on peut adjoindre la mise en place d'implants. C'est en général une chirurgie qui est réalisée chez les femmes ayant fini les grossesses. Dans le cas contraire, l'association de la chirurgie à un défaut glandulaire important rend l'espoir d'allaitement plutôt faible. Bien sûr cette chirurgie ne sera proposée avant la fin des grossesses qu'en cas de détresse psychologique très importante ne permettant pas d'attendre.

■ LA CHIRURGIE DU MAMELON LIÉE À UNE INVAGINATION

En général, ces interventions consistent à sectionner les canaux galactophores afin de permettre la désinvagination du mamelon. On procède, sous simple anesthésie locale, à une incision à la base du mamelon et à une section circonférentielle des galactophores. Un pansement gras fixé à la base du mamelon restant en place huit jours permettra la cicatrisation de l'aréole en bonne position. Les galactophores sont bien entendu sectionnés mais comme nous avons pu constater des cas de régénération tissulaire avec le temps, si l'intervention est ancienne et les mamelons bien sensibles, un allaitement peut être tenté. En l'absence d'intervention, celui-ci aurait été bien entendu impossible.

>

EPI-NO
OBJECTIF PÉRINÉE INTACT
EPI-NO Delphine Plus
pour la préparation à l'accouchement et la récupération

E.M.F. Electronique Médicale de France
Distributeur exclusif France
58, rue Grande • 77130 LA GRANDE PAROISSE

code commande : **OBSTETRIQUE 1316**

Tél./Fax : 00 33 (0)1 60 96 24 13 E.mail : emf.epino@wanadoo.fr www.epi-no.fr

N° agrément SS : 77 260 273 6



■ LA CHIRURGIE DE TUMORECTOMIE OU DE DRAINAGE D'ABCÈS

En cas d'atteinte unilatérale l'allaitement complet est en général possible qu'avec un seul sein.

Résultats de l'allaitement en cas de chirurgie mammaire

En cas de réduction mammaire ayant conservé un pédicule supérieur avec pédicule dermo- glandulaire, on considère qu'environ entre 20 à 40 % des femmes pourront allaiter leur bébé, et environ 70 % des femmes auront une lactation ; les compléments sont donc souvent d'un bon apport.

Pour les techniques avec greffe des aréoles, certaines patientes ont pu tout de même allaiter.

Dans une étude réalisée au CHU de Caen pour son mémoire, par M^{lle} Dargenne, les résultats observés ont confirmé ces données.

En cas d'augmentation mammaire, si la cicatrice est située dans le sillon sous-mammaire, en principe l'allaitement ne devrait pas poser de problème comme pour la voie d'abord axillaire.

Pour les abords sous-aréolaires ou trans-aréolaires, l'examen clinique peut permettre d'apprécier la re-sensibilisation de l'aréole et l'érectilité du mamelon.

Aspects pratiques lors de la consultation chirurgicale

Lorsqu'une chirurgie de réduction est envisagée chez la jeune fille, l'indication doit être portée pour des raisons médicales avec dorsalgies majeures, gêne intense pour la pratique du sport ou retentissement psychologique important. Une indication limite ou une demande de confort ne devra pas retenir l'attention du chirurgien à cet âge. La demande d'intervention en début de période génitale ne sera pas non plus idéale.

Il faut donc le plus possible conseiller, en dehors de problèmes médicaux évidents, de différer une intervention en la réalisant après qu'il n'y ait plus de désir de grossesse. Cela permet ainsi de mener sa grossesse sans se soucier des répercussions éventuelles sur la poitrine, d'un allaitement. Pour celles qui ont été opérées jeunes, la régénération tissulaire peut être effective lorsqu'elles arrivent en période de vie génitale.

Bien évidemment, lorsque l'indication d'une chirurgie mammaire est portée, il faut penser à l'éventuelle future maman, et si une intervention a eu lieu, il ne faut pas systématiquement se dire qu'un allaitement ultérieur sera impossible. Il faut savoir le tenter et aider pour se donner un maximum de chances de réussites car le bénéfice pour l'enfant n'est plus à prouver. •

Conduite à tenir

POUR ACCOMPAGNER UNE FEMME AYANT SUBI UNE INTERVENTION CHIRURGICALE VERS UN ALLAITEMENT

- Il convient de ne pas décourager systématiquement de l'allaitement une femme ayant été opérée de la poitrine. L'interrogatoire devra permettre de connaître la nature de l'intervention et l'ancienneté de l'intervention, si le chirurgien a donné des informations à ce sujet, l'existence d'éventuels allaitements au cours de grossesses antérieures.
- L'examen clinique des seins permettra de visualiser l'emplacement des cicatrices, l'existence d'une sensibilité aréolaire et d'une érectilité du mamelon uni- ou bi-latérale.
- La patiente pourra demander un compte rendu opératoire au chirurgien afin de déterminer la technique utilisée.

Tous ces éléments permettent de déterminer si le potentiel d'allaitement est élevé ou faible et permettront d'orienter la patiente vers son choix. Il est important d'accompagner les patientes ayant des antécédents chirurgicaux qui peuvent avoir tendance à capituler plus facilement.

Avant la naissance, il n'y a aucun moyen sûr de savoir si l'allaitement se passera bien et si la femme aura suffisamment de lait. Il faudra donc, au cours du premier mois, qu'une conseillère puisse guider la femme pour lui donner des astuces permettant d'optimiser la production de lait et de résoudre d'éventuelles difficultés pratiques. Le peau à peau, l'absence de compléments en biberons sont des moyens intéressants pour favoriser la production de lait. S'il existe un engorgement localisé du fait de la section de canaux galactophores. Si un seul côté est fonctionnel, il est possible de ne sevrer qu'un seul côté par exemple. Il faudra aussi surveiller la prise de poids chez le nouveau-né afin de vérifier que la prise de poids est correcte et que l'allaitement est bien efficace. Il est possible d'avoir recours à des compléments si cela est nécessaire.

En dehors de l'aspect nutritionnel et immunologique ; l'allaitement est un moment de rapport privilégié entre la mère et l'enfant. C'est pourquoi, si une femme n'a pas ou pas assez de lait, on peut lui proposer de profiter d'autres aspects du comportement d'allaitement. On peut donc faire le choix, on peut organiser un allaitement où le bébé reçoit autre chose que le lait de sa mère. Pour cela, il existe des dispositifs comme le DAL, qui permettent de délivrer du lait au bébé pendant qu'il est au sein.

Cet article a été rédigé à partir du Mémoire d'Agnès Marrie, présenté lors du congrès *Gynécologie et Obstétrique* de 2014. Le texte figurant en italiques est extrait de ce mémoire.

Les deux seins : sein érotique, sein nourricier

Le sein ne fonctionne pas comme un outil.
Ni pour le plaisir ni pour l'allaitement.

De son absence à sa présence, accepté ou repoussé en fonction de ce que la nature attribue, il est objet de séduction, de désir et de plaisir mais semble redevenir fonctionnel lorsqu'il sert à nourrir l'enfant.

Le corps de femme, le corps de mère est sujet politique. Les différentes prises de positions sociales l'ont démontré en orientant d'une époque à l'autre vers le sein ou le biberon pour cacher le corps de mère, pour répondre au pouvoir médical et politique ou pour réorienter vers la naturalité.

Selon le Larousse, la sexualité regroupe : – « l'ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe, que l'on peut observer dans le monde vivant. » – « l'ensemble des diverses modalités de la satisfaction sexuelle ⁽¹⁾. »

Dans « Trois essais sur la théorie sexuelle », Freud décrit le concept de « sexualité infantile » qui serait à la base du développement affectif et psychique de l'enfant ⁽²⁾. « Le principe pulsionnel qui vise dans l'enfance à l'excitation de zones érogènes très nombreuses (tout le corps peut en devenir le siège), ne diffère pas de celui qui, plus tard, sera lié à la vie sexuelle génitale de l'adulte [...] ⁽³⁾. »

Françoise Dolto reprend ce concept de satisfaction sexuelle : « Au sens freudien du mot, sexuel ne signifie pas génital, et le qualificatif de génital ne s'adresse qu'à certaines manifestations de la sexualité, les plus tardives et les plus achevées du développement de l'individu. Mais l'hédonisme de l'enfant (c'est-à-dire « la recherche du plaisir ») s'éveille extrêmement tôt ⁽³⁾. »

La sexualité est décrite par Freud comme une pulsion instinctuelle qui apparaît en trois stades chez l'enfant :

– **Le stade oral** : le nourrisson trouve son plaisir dans le suçotement. Il tète le sein de sa mère ou de la nourrice, ou met dans sa bouche les objets qui l'intéressent ou le rassurent, ou encore son propre pouce. « L'enfant aime, à l'égal de lui-même, ce qu'on lui met à la bouche (le sein, la tétine), et par extension, (car il n'a pas acquis la notion des limites de son propre corps), la nourrice ou la mère toujours liée nécessairement au plaisir de la tétée, et à qui il est ainsi identifié ⁽³⁾. » Freud dit aussi : « le plaisir de la succion indépendamment des nécessités alimentaires est un plaisir auto-érotique. » ⁽³⁾ Ainsi, le bébé suçotant le sein de sa mère vit sa première expérience de plaisir sexuel,

ce qui sera à la base de toutes les autres expériences sexuelles et amoureuses de l'enfant quel que soit son sexe.

Hélène de Gunzburg souligne dans son livre *Naître Mère*, que « le sein est d'abord halluciné par l'enfant. Il devient imaginaire. Il devient représentation. L'enfant le veut et le rejette, il se l'approprie et s'en détourne ».

Mais la pensée se met en mouvement et il voudra modifier le réel non pas par hallucination mais par action.

– **Le stade anal** : il apparaît dans la deuxième année de l'enfance. Le nourrisson trouve son plaisir dans le fait de déféquer, ou bien en retenant ses selles jusqu'au moment de les émettre ce qui lui apporte une sensation de plaisir encore plus intense ⁽²⁾. Le plaisir, à ce stade réside aussi dans le fait d'offrir ses selles « en cadeau » à la mère lorsqu'elle estime que c'est le moment opportun pour les émettre, ou bien de réussir à se retenir et rester propre. » Par la conquête de la discipline sphinctérienne, l'enfant découvre ainsi la notion de son pouvoir, de sa propriété privée : ses selles qu'il donne ou non. Pouvoir auto-érotique sur son transit, pouvoir affectif sur sa mère, qu'il peut récompenser ou non ⁽³⁾. »

– **Le stade phallique** : Freud décrit une première phase de « masturbation primaire », apparaissant au même moment que le stade oral chez le nourrisson, et qui se manifeste par l'éveil des zones érogènes, phallique chez le garçon, et clitoridienne chez la fille. Puis, à partir de l'acquisition de la maîtrise du sphincter anal par l'enfant, la masturbation infantile secondaire apparaît. « À une certaine époque de l'enfance, après le temps de l'allaitement, habituellement, avant la quatrième année, la pulsion sexuelle de cette zone génitale a coutume de se réveiller et de subsister à nouveau quelque temps jusqu'à ce qu'elle subisse une nouvelle répression ou de se maintenir sans interruption ⁽²⁾. » Ces trois stades sont suivis de la période de latence qui se situe entre 7 et 13 ans, puis par la puberté et le stade génital qui apparaît vers 17-18 ans ⁽³⁾.



Le principe pulsionnel qui vise dans l'enfance à l'excitation de zones érogènes très nombreuses ne diffère pas de celui qui, plus tard, sera lié à la vie sexuelle génitale de l'adulte.

S. FREUD
77

L'Organisation Mondiale de la Santé définit en 2002 le terme de "sexualité" : « La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, spirituels. »

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés ⁽⁴⁾. »

Nous retrouvons le terme de "santé sexuelle" dans l'œuvre de Dolto : « La santé sexuelle ne se mesure pas à l'activité érotique physiologique de l'individu, celle-ci n'est qu'un des aspects de sa vie sexuelle. L'autre, c'est son comportement affectif vis-à-vis de l'objet d'aimance qui se traduit en l'absence de celui-ci par des fantasmes où il intervient. ⁽³⁾ » Ainsi, nous retrouvons la notion psychique de désir et de fantasmes liée à l'activité sexuelle, accompagnée du sentiment d'amour et d'affection concernant l'objet d'attraction, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux.

Selon Freud, le principe de plaisir et celui de la réalité gouvernent la libido humaine.

Hélène Parat dans son livre "Sein de femme, sein de mère" a repris le terme d'« orgie de la tétée » en l'attribuant à la mère. Selon elle, la mère, lors de l'allaitement, retrouve les modalités pulsionnelles de sa sexualité infantile. H. Parat cite largement Freud dans son ouvrage et s'appuie sur les "Trois essais sur la théorie sexuelle" pour décrire ses variations sur le sein allaitant. Le sein va être abordé successivement comme oral, anal, phallique, allant vers un "impossible sein génital".

L'"impossible sein génital" : par le biais de cette notion, Hélène Parat reprend la notion de dualité sein de femme/sein de mère qu'elle met souvent en avant, mais elle s'interroge aussi sur la dureté de cette opposition et sur son origine psychique. « Doit-on voir dans l'opposition du sein érotique et du sein maternel une "essence" de

la femme, ou ne peut-on penser que cette opposition présente tous les aspects d'une théorie sexuelle infantile ? ⁽²⁶⁾ »

Sein érotique et sein nourricier peuvent-ils cohabiter ? Ceci est l'interrogation principale des travaux d'Hélène Parat : « Naissance de l'amour, permanence du désir..., sein nourricier, objet érotique, ou sein érotique, objet nourricier... comment penser ces oppositions, quels en sont les enjeux, un sein peut-il être à la fois nourricier et érotique ? »

– **Le "sein oral"** : la notion de passivité/activité liée à l'allaitement est exprimée dans l'oralité ⁽²⁴⁾. En effet, la mère n'est pas passive lors de la tétée mais accompagne l'activité orale de son bébé.

– **Le "sein anal ou urétral"** : « l'allaitement au sein pose d'emblée la question du trop ou du pas assez, du bon et du mauvais, et de l'absence de maîtrise d'une production corporelle invisible et est d'emblée situé sur un registre anal ou urétral. ⁽²⁴⁾ »

– **Le "sein phallique"** : l'accouchement est souvent décrit comme une castration ou un vécu d'une castration, par la perte de ce "pénis en elle" que représentait l'enfant. L'allaitement permettrait de diminuer cette blessure et de compenser la perte réelle, en permettant de « retrouver au-dehors quelque chose qui existait au dedans ⁽²⁵⁾. » La montée laiteuse devient alors un équivalent phallique ⁽²⁴⁾.

Marie Thirion s'intéresse également à cette question dans son article "Maternité, sexualité, allaitement". Elle aborde les représentations autour du sein maternel et du sein féminin en s'intéressant au retentissement de celles-ci sur la sexualité des couples. D'une part, Marie Thirion décrit les modifications hormonales chez la femme, liées à la sécrétion d'ocytocine et de prolactine, qui plongent la mère allaitante dans un état de détente et d'apaisement, ce qui pourrait également profiter à son compagnon dans la mesure où il se positionne lui aussi comme source d'apaisement. De plus, l'augmentation de volume de la poitrine permet de donner une image érotique de la femme allaitante, et représente un attrait sexuel pour le conjoint. Aussi, l'écoulement de lait lors de l'orgasme est vécu par certains hommes de manière excitante et représente « cette preuve tangible de la jouissance de leur partenaire ⁽²¹⁾. » Aussi, pour certaines femmes, l'allaitement provoque le désir sexuel, et elles ressentent l'envie de rapports sexuels après chaque tétée.

D'autre part, l'allaitement peut impacter la sexualité des couples par le biais de la duité, du un avec l'enfant à la naissance, qui pourrait laisser peu de place pour le père. L'attention est portée essentiellement sur l'enfant et si le père ne manifeste pas sa présence, dans le maternage à son enfant d'une part, et dans son masculin d'autre part, la relation conjugale peut en être altérée.

Aussi, certaines femmes, ne supportent pas davantage de sollicitations physiques en plus de celles créées par les multiples tétées quotidiennes, et vont chercher des stratégies d'évitement. De plus, certaines femmes vont déjouer cette dualité érotique/maternelle du sein en divisant leur corps : les seins pour l'enfant, le sexe pour le père, ou encore tirer leur lait et donner le biberon par le père ⁽²¹⁾.

■ SEXUALITÉ ET ALLAITEMENT MATERNEL DANS LA LITTÉRATURE

Dans la méta-analyse de K. Von Sydow, l'allaitement semble perturber les relations du couple. En effet, il apparaît que les femmes allaitant pendant une longue période reprennent leur sexualité plus



La santé sexuelle ne se mesure pas à l'activité érotique physiologique de l'individu, celle-ci n'est qu'un des aspects de sa vie sexuelle.

F. DOLTO



LL

Certaines ont arrêté l'allaitement parce que cette stimulation sexuelle les effrayait. Aussi, il semble que le sexe du nouveau-né ait une influence sur l'allaitement, et sur la relation de couple.

77

tard, ont moins d'intérêt pour les relations sexuelles, ont moins de plaisir, et ont davantage de dyspareunies. L'arrêt de l'allaitement aurait un effet positif sur l'activité sexuelle mais pas sur la réponse sexuelle ou l'orgasme pour certaines femmes. Cependant, d'autres femmes rapportent avoir des orgasmes plus intenses après l'arrêt de l'allaitement. Dans cette méta-analyse, il a aussi été décrit que l'allaitement pouvait être accompagné de sentiments érotiques vécus par la mère. En effet, un tiers à la moitié des mères ressentent l'allaitement comme une expérience érotique, et un quart se sentent coupables de cette excitation sexuelle. Certaines ont arrêté l'allaitement parce que cette stimulation sexuelle les effrayait. Aussi, il semble que le sexe du nouveau-né ait une influence sur l'allaitement, et sur la relation de couple. En effet, les garçons seraient allaités plus longtemps que les filles, et les conjoints percevraient moins de tendresse de la part de leur partenaire après la naissance d'un garçon que d'une fille ⁽¹³⁾.

En 2000, Avery et al ont fait une étude dans le but de décrire les différents aspects liés à la sexualité chez les primipares qui allaitaient, et de savoir quels étaient les facteurs en interaction avec la durée d'allaitement. 576 femmes ont été interrogées au téléphone plusieurs fois jusqu'au sevrage. À un mois du post-partum, il leur a été demandé de dire selon une échelle de 1 à 7 si l'allaitement était un problème par rapport aux relations sexuelles. 74,6 % des femmes ont répondu que ce n'était pas un problème. La moitié des femmes interrogées ont rapporté que l'allaitement ne changeait pas leur intérêt pour le sexe alors que l'autre moitié notait une diminution de leur intérêt. Concernant la difficulté à vivre une double fonction, génitale et nourricière des seins, un tiers des femmes répondaient que c'était difficile à vivre, un tiers que c'était facile à vivre, 19 et un tiers était neutre. La perception des relations sexuelles avec leur partenaire n'est pas affectée significativement par le fait d'allaiter parmi ces femmes. Une excitation sexuelle pendant la tétée n'a jamais été ressentie pour 59,4 % des femmes. Concernant l'image corporelle, un tiers des femmes appréciait le changement de volume et de sensibilité des seins, un tiers n'appréciait pas, et un tiers était neutre. 45,2 % des femmes reportaient une excitation sexuelle pendant les rapports, équivalente à celle avant la grossesse, tandis que 41,4 % reportaient être moins excitées et 13,4 % plus excitées. Concernant les conjoints, 53,8 % des femmes pensent que leur conjoint apprécie les changements corporels liés à l'allaitement ⁽²⁷⁾.

Dans l'étude d'Hipp et al., la reprise d'un comportement sexuel et les facteurs influençant le désir sexuel en post-partum sont étudiés. Il apparaît que l'allaitement maternel n'a pas d'effet sur le

temps de reprise d'un comportement sexuel après l'accouchement. Il est demandé aux patientes de citer les facteurs influençant de manière négative leur désir sexuel en post-partum. Seulement 5 % des femmes ont cité l'allaitement maternel comme premier facteur influençant leur désir sexuel, et 4 % des femmes l'ont cité dans les trois premiers. Ainsi l'allaitement apparaît en dixième position sur quinze comme influençant de manière négative le désir sexuel des femmes ⁽¹⁵⁾.

Les différentes études concernant ce rapport entre le sein nourricier et le sein érotique, au travers l'analyse de l'impact de l'allaitement maternel sur la sexualité du post-partum ont donc des résultats très variables.

Chaque femme et chaque couple ont une histoire singulière, un rapport à leur corps et à leur sexualité qui leur est propre.

Comme toute histoire humaine, passée au crible de l'analyse et de l'interprétation, les ressentis et les comportements ne peuvent donner de résultats scientifiques car non réitérables et communs à tous.

Accompagnons chaque femme, chaque homme dans ce temps de la genèse de la parenté pour que la conjugalité construite jusqu'alors puisse ne pas en être atteinte négativement mais que cela soit plutôt l'occasion d'une maturation nouvelle dans la connaissance de soi et de l'autre. •

BIBLIOGRAPHIE

1. Définitions : sexualité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 18 déc 2013]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sexualite/C3%A9/72486>
2. Freud S. *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Éditions Flammarion; 2011. 138 p.
3. Dolto F. *Psychanalyse et pédiatrie : les grandes notions de la psychanalyse : seize observations d'enfants*. Paris : Éditions du Seuil; 1971.
4. INPES - Information sexuelle [Internet]. [cité 27 oct 2013]. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp
5. Encyclopédie Larousse en ligne - désir sexuel [Internet]. [cité 9 nov 2013]. Disponible sur : http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/desir_sexuel/186026
6. Encyclopédie Larousse en ligne - plaisir [Internet]. [cité 9 nov 2013]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/plaisir/186029>
7. Assemblée nationale - 1967 : La légalisation de la pilule [Internet]. [cité 16 nov 2013]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/index.asp
8. Interruption volontaire de grossesse (IVG) [Internet]. [cité 16 nov 2013]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/interruption/sommaire.asp>
9. Maladies sexuellement transmissibles : Symptômes, Traitement, Définition, Prévention - Vulgaris Médical [Internet]. [cité 16 nov 2013]. Disponible sur : <http://www.vulgarismedical.com/encyclopedie-medicale/maladies-sexuellement-transmissibles>
10. Définitions : post-partum - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 18 déc 2013]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/post%2Dpartum/62940>

11. Nguyen, Carbonne. *Sexualité pendant la grossesse*. La lettre du gynécologue. (368- 369): 19.
12. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. *Sexuality during pregnancy and the year postpartum*. J Fam Pract. oct 1998; 47 (4): 305-308.
13. Von Sydow K. *Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies*. J Psychosom Res. juill 1999; 47 (1): 27-49.
14. Nadjafizadeh M. *Sexualité durant la grossesse et le post-partum*. Vocation Sage-Femme. 3 déc 2010; 9 (86-87): 21-25.
15. Hipp LE, Kane Low L, van Anders SM. *Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors*. J Sex Med. sept 2012; 9 (9): 2330-2341. 56.
16. Didier H. *La sexualité du post-partum, quel rôle pour les sages-femmes?* Vocation Sage-Femme 30 mars 2012; 11 (95): 41-43.
17. Rapport-Version_Finale-GT-PNNS-Allaitement-Juin 2010 - Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf [Internet]. [cité 14 déc 2013]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf
18. OMS. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant [Internet]. [cité 14 déc 2013]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/fr/index.html>
19. Grossesse et accueil de l'enfant - Fiche action: L'allaitement maternel - 1310-3n.pdf [Internet]. [cité 14 déc 2013]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3n.pdf>
20. Initiative Hôpital Ami des Bébé - IHAB France - soutien à l'allaitement maternel [Internet]. [cité 14 déc 2013]. Disponible sur: <http://amis-des-bebes.fr/>
21. Thirion M. *Maternité, sexualité, allaitement*.pdf (Objet application/pdf) [Internet]. [cité 6 janv 2013]. Disponible sur: http://www.santeallaitementmaternel.com/s_informer/trouver_article/articles/document_s/Thirion3.pdf
22. Winnicott DW, Kalmanovitch J. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. [Paris]: Payot; 1958.
23. Winnicott DW, Stronc -Robert, Annette. *L'enfant et le monde extérieur le développement des relations*. [Paris]: [d. Payot]; 1972.
24. Prat R. "L'érotisme maternelle. Psychanalyse de l'allaitement" d'Hélène Parat. Rev Fr Psychanal. 1^{er} mars 2002; Vol. 66 (1): 277-282.
25. Parat H. *L'érotisme maternelle: psychanalyse de l'allaitement*. Paris: Dunod; 1999.
26. Parat H. *Sein de femme, sein de mère*. Paris: PUF; 2006.
27. Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. *The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women*. J Midwifery Womens Health. mai 2000; 45 (3): 227-237.
28. Code de la santé publique - Article L4151-1. Code de la santé publique.
29. Fabre-Clergue C, Duverger-Charpentier H. *Sexualité du post-partum*. Rev. Sage-Femme. déc. 2008; 7 (6): 301-304.
30. Alglave M. *L'information sur la sexualité au cours du suivi obstétrical*. 2012.
31. Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. *Breastfeeding and sexuality immediately postpartum*. Can Fam Physician. 10 oct 2005; 51 (10): 1367.
32. Mayenga J-M. *Sexualité du post-partum*. La lettre du gynécologue. (368-369): 25. 57 33. Barrett G, Pendry E, Peacoc J, Victor C, Tha ar R, Manyonda I. *Women's sexual health after childbirth*. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 200.

Le sein dans

LE SEIN DANS L'ART ⁽⁰⁾...

Prière de toucher, prière de le toucher... Le sein, prière de toucher... J'aurais pu commencer par "*le sein: prière de nommer*", et en entendre quelque chose du côté du nom des seins. Et Dieu sait s'ils sont nombreux. J'ai préféré commencer cette histoire... du sein, des seins, par le toucher... et par le voir. Où il sera aussi question de nommer ⁽¹⁾.

"*Prière de toucher*". Œuvre de Marcel Duchamp, 1947. Sein en caoutchouc mousse sur fond de velours noir, collé sur la couverture du catalogue de l'exposition internationale du surréalisme à la galerie Maeght. Ouvrir un catalogue en touchant un sein, accéder à d'autres images par ce sein. Ouvrir un catalogue comme on commence à lire une histoire, comme on commence une histoire... comme on commence une vie...

Entre tactile, érotisme et quatrième dimension. C'est ce que je vous propose... L'aspect charnel du sein, aspect auquel l'enfant, et pas que lui, est évidemment sensible ⁽²⁾.

Le sein de la femme c'est là que se rencontrent la faim et l'amour (Freud).

Le sein comme le premier objet érotique pour les deux sexes.

LE SEIN OFFERT, LE SEIN MARTYR...

FRANCISCO DE ZURBARAN "*SAINTE AGATHE*", XVII^e SIÈCLE ⁽³⁾

Sainte Agathe, patronne des mères qui allaitent et des nourrices. Sainte Agathe, jeune vierge dont les « *mamelles furent tordues, puis coupées* » parce qu'elle s'était refusée au gouverneur de Sicile ⁽⁴⁾. Bravant la torture, elle dit à ce gouverneur: « *Méchant, cruel et pervers tyran, n'es-tu pas confus d'avoir fait couper à une femme ce que toi-même as sucé de ta mère?* »

Quatre jours plus tard, elle repassa devant son bourreau qui redoubla de colère en voyant les seins de la jeune fille de nouveau en place, grâce à la visite de Saint Pierre. Il la fit rouler nue sur des charbons ardents, provoquant ainsi sa mort alors que se déclenchait un terrible tremblement de terre en Sicile. L'Etna se mit à vomir feu et lave.

Sainte Agathe, patronne des nourrices... et des brûlés... Ce tableau de Zurbaran montre Sainte Agathe portant ses seins sur un plateau ⁽⁵⁾, comme si elle servait des gâteaux ou des grenades.



Francisco de Zurbaran
"Sainte Agathe", XVII^e siècle.

Ce texte a été présenté aux 40^{es} Assises Nationales de Sages-Femmes de Deauville, Mai 2012. Avec leur aimable autorisation.

l'art: prière de toucher

Jacques Lacan dira à ce sujet « *elle ne nous présente rien d'autre que ce qui fait à l'occasion l'objet de notre désir* ».

LE SEIN COMME OBJET CESSIBLE

Le sein de la mère, le sein de l'enfant, le sein de la femme. Cessible par qui, cessible pour qui ?

D'autres images ⁽⁶⁾, d'autres peintures deviennent des évidences. Elles nous amènent totalement dans le propos de ce jour. Je le pense... À vous de voir... et de toucher ? Choix d'œuvres, choix d'images, choix de textes, illustrations, regards.

Toucher ce sein ⁽⁷⁾, toucher ces seins, les regarder, les voir, aller y voir, les laisser nous regarder, nous prendre au piège de certains tableaux, ces pièges à regards selon Lacan.

Choix subjectif et assumé à partir de références, d'images, de mots, d'écrits, de sources iconographiques, littéraires... et de sources laiteuses. Ces images comme autant de miroirs.

À qui appartiennent les seins ? Le sein n'a-t-il pas toujours eu pour fonction de contenter l'homme et le bébé. Et la femme ? Ne l'oublions pas. Femme et mère sont-elles disjointes ? La femme ne donnerait pas à la fois son sein à l'homme et à l'enfant ?

Freud dans « *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci* » : « *L'amour de la mère pour le nourrisson qu'elle allaite et qu'elle soigne... possède la nature d'une relation amoureuse pleinement satisfaisante, qui comble non seulement tous les désirs psychiques mais aussi tous les besoins corporels* ». Winnicott évoque, lui, « *l'orgie de la tétée* » abondant là l'orgie pour l'enfant, mais qu'en est-il de la mère ?

Les seins comme les premiers airbags ⁽⁸⁾. Les mamelles des films de Russ Meyer ou de Fellini ⁽⁹⁾ ont les proportions des seins vus par l'œil du nourrisson.

La poitrine féminine comme une sorte d'oreiller nourricier et consolateur.

LE DÉBUT – OU UN DÉBUT – DE L'HISTOIRE ⁽¹⁰⁾

Cette histoire commence, nous dit-on, par la chute de la pomme et les seins ronds d'Ève, un lien présenté et rendu visible dans nombre d'œuvres d'art.

Comment étaient les seins d'Ève ⁽¹¹⁾, les deux premiers seins de l'histoire des hommes ? Qu'en a pensé Adam ? Sur quoi Dieu s'est-il « appuyé » pour créer cette première poitrine ? Adam et Ève sont morts sans avoir parlé.

Le seul témoin ⁽¹²⁾ oculaire est le diable, déguisé en serpent... il n'a jamais communiqué sur ce sujet.

Le serpent et le sein ⁽¹³⁾, ou les seins : on les retrouve

dans cette image de prêtresse aux serpents, qui date de 1600 av. J.-C..

Ces statues crétoises, avec leurs seins proéminents et leurs serpents, pourraient aussi vouloir dire : « *Gardez-vous d'offenser cette prêtresse ! Elle dispense aussi facilement le poison que le lait* ».

Nous renvoyant à la bivalence lactée : ambrosie et poison. Ce lait, poison pour la femme s'il trouve obstacle à son excrétion et pourtant élixir de vie...

LA VIERGE ET LES SEINS ⁽¹⁴⁾

Les seins des vierges... Pendant longtemps le sein nourricier de Marie est resté caché. On ne montrait qu'exceptionnellement ⁽¹⁵⁾ une fente très limitée dans son vêtement, laissant dépasser une petite proéminence mal définie.

Les *Madonna del latte* ⁽¹⁶⁾ du XIV^e siècle montrent souvent la Vierge exposant un petit sein rond, l'autre sein caché sous son vêtement. L'enfant Jésus tète le sein découvert. Pourtant le sein apparaît attaché de manière irréaliste au corps de la vierge, presque comme une moitié de fruit qui serait arrivé là par accident. Cette représentation ⁽¹⁷⁾ était très nouvelle à la fin du Moyen Âge.

Jusque-là, la vierge était représentée de manière beaucoup moins humaine, sorte d'impératrice byzantine rayonnant de sa splendeur dorée. L'enfant entre ses mains ⁽¹⁸⁾ était souvent un homme miniature posé, tout raide, devant elle. Il la regardait parfois, mais jamais auparavant il n'avait tété avec une telle ardeur.

À partir du XV^e siècle ⁽¹⁹⁾ son corsage s'entrouvre, tandis que l'enfant Jésus se dévêt.

Mais c'est durant la Renaissance qu'il s'ouvre réellement et que les seins de la vierge deviennent le symbole de la régénération du monde par le Christianisme.

Le sein est alors extirpé du corsage ⁽²⁰⁾, caressé, pressé par l'enfant, par la vierge. Enfant qui le tète, l'agrippe, le pelote, ou bien rassasié et endormi, y repose la tête comme sur un oreiller moelleux.

Cependant on ne connaît pas de peinture où Marie montre ses deux seins.

L'allusion à la sexualité serait trop forte, pouvant faire basculer ainsi le principe nourricier sacré dans une connotation profane et même érotique. La frontière est toute proche...

Et pour certains érudits ⁽²¹⁾ les seins des vierges de ces tableaux concorderaient avec des styles architecturaux ⁽²²⁾ : « *Ils vont du dôme byzantin jusqu'à l'ogive gothique, en passant par la courbe romane* » Jean de Bonnefon, XIX^e siècle.

LA LOUVE ⁽²³⁾

Nourris du lait d'un prédateur, les fondateurs de Rome avaient à l'évidence ingéré les qualités martiales de la louve, ce qui leur servit quand ils devinrent rois.

Et aujourd'hui encore, le symbole de Rome est une louve allaitant les deux nourrissons grâce à ses multiples tétons.

Mais cette histoire serait peut-être toute autre. Il y a longtemps, on appelait "louves" les prostituées et les femmes de mauvaise vie (cf. *lupanar*, *repaire de louves*). Ainsi, Romulus et Remus auraient effectivement été nourris au sein d'une louve, mais il s'agirait d'Acca Laurentia, femme de Faustulus, gardien des troupeaux du roi Numitor, qui avait reçu le surnom de "louve" en raison de ses débauches.

LA VOIE LACTÉE ⁽²⁴⁾

Il fut un temps où les mortels pouvaient devenir immortels s'ils tétai les seins de la reine des déesses, Héra. Quand Zeus voulut que son fils Hercule – dont la mère était la mortelle Alcène – soit immortel, il le déposa au sein de son épouse endormie. Hercule téta avec une telle vigueur qu'il la réveilla ⁽²⁵⁾. Héra se rendant compte que ce n'était pas son propre enfant, lui retira son sein avec une telle force que du lait jaillit dans les cieux, créant la voie lactée. Hercule devint donc un dieu immortel.

LA GRÈCE ⁽²⁶⁾

Hippocrate. Je cite : « Dès l'enfance, les mères brûlaient la mamelle droite de leur fille au moyen d'un fer rouge, fabriqué tout exprès à cet usage afin que toute la vigueur reflût dans l'épaule et le bras droit ».

Elles se perpétuaient par un commerce passager avec les hommes des pays voisins et renvoyaient à leur père les enfants mâles pour ne garder que les filles. Des mères qui brûlent un sein de leurs filles...

Dépeintes en art ⁽²⁷⁾ en train de combattre leurs ennemis grecs traditionnels, les amazones (car c'est d'elles dont il s'agit) avaient souvent un sein nu et l'autre caché sous leur vêtement drapé. Aucun artiste n'a eu l'audace esthétique de les présenter avec un seul sein.

Le sein manquant ⁽²⁸⁾ crée une asymétrie qui peut être terrifiante : un sein est conservé pour nourrir la future petite fille, l'autre est ôté pour faciliter un acte de violence contre les hommes.

À la fois femme nourricière et homme agressif. Le sein manquant... Cachez ce sein que je ne saurais voir. Cachez ce sein absent que je ne pourrais que voir...

Pour Lacan, sous le voile se peint l'absence.

L'écrivain Deena Metzger ⁽²⁹⁾, dans le portrait réalisé par Hella Hammid et intitulé « la Guerrière » 1980, ouvre ses bras au soleil, exposant sans fard sa poitrine asymétrique avec un sein intact et un tatouage sur la cicatrice de l'autre. Geste porteur de vie. Les amazones ont maintenant un site internet et s'exposent.



Portrait d'Agnès Sorel d'après Jean Fouquet, XV^e siècle, Château Royal de Loches



Portrait présumé de Gabrielle d'Estrees et de sa sœur la duchesse de Villars, peintre inconnu de l'École de Fontainebleau, autour de 1594

DU SACRÉ À L'ÉROTIQUE

Ce portrait de la maîtresse de Charles VII ⁽³⁰⁾, Agnès Sorel, peint par Jean Fouquet, sous les traits d'une Madone, marque une transition entre la poitrine sacrée du Moyen Âge et la poitrine érotique de la Renaissance. C'est le moment où un sein dévoilé se transforme en "signal érotique de l'art". Privé de son lien sacré, le sein devint le terrain de jeu incontesté du désir masculin.

Voici ce qu'écrit Voltaire de ce tableau, deux siècles et demi plus tard : « Sous un cou blanc qui fait honte à l'albâtre, sont deux tétons séparés, faits au tour, allant, venant, arrondis par l'amour, leur boutonnet a la couleur des roses ».

Il y a deux sortes de poitrine dans la société de la Renaissance : celle, compacte, des classes "supérieures", destinée au plaisir des hommes, et celle pleine, allaitante, des femmes de classes "inférieures" qui nourrissaient leurs enfants et ceux de leurs employeurs riches.

Un portrait de Gabrielle d'Estrees ⁽³¹⁾, favorite d'Henry IV (1572-1610) représente de manière frappante cette hiérarchie. Elle montre ici ses seins "non utilisés". En arrière-plan, une nourrice offre un gros sein à un bébé dans ses langes, un des trois enfants qu'elle a eu de sa liaison avec le roi.

Gabrielle d'Estrees mourut en couches. Quelques mois plus tard, le roi eut une nouvelle maîtresse, Henriette d'Enragues. Ce qui amena une nouvelle lecture du tableau de l'École de Fontainebleau ⁽³²⁾. La maîtresse s'appropriant alors le sein du désir de celle qui l'a précédée, comme s'il s'agissait d'une cocarde érotique. Et la bague que tient Gabrielle dans sa main gauche ira au doigt d'une autre.

LE SEIN EST AUSSI POLITIQUE

Le sein ou les mamelles de la Nation ⁽³³⁾. L'allaitement serait-il la nourriture du politique ? De l'allaitement par les nourrices à l'allaitement par les mères, et quelles autres mères ⁽³⁴⁾ ? Au nom de la Nature, il s'agissait de prouver que ce qui était naturel pour le corps humain était fondamentalement bon pour le corps politique. En France, ceci devait avoir des conséquences tout à fait "révolutionnaires".

Jean-Jacques Rousseau ⁽³⁵⁾ (1712-1778), dans son traité sur l'éducation, *Émile*, expliquait que l'allaitement attacherait davantage les mères à leurs bébés et à leur famille, construisant les bases d'une régénération sociale : « *Qu'une fois les femmes redeviennent mères (i.e. mères allaitantes), bientôt les hommes redeviendront pères et maris* ».

Marie-Antoinette ⁽³⁶⁾, pour exprimer son estime des mères qui allaitaient, commanda à la manufacture de Sèvres deux bols en porcelaine en forme de seins parfaits. La légende ⁽³⁷⁾ veut que ces bols aient été modelés sur sa propre poitrine. Jatte-téton ou bol-sein...

Dans le discours révolutionnaire, le lait pur des mères aimantes était implicitement comparé au lait douteux des aristocrates de l'Ancien régime.

Un choix patriotique ⁽³⁸⁾ était ainsi offert aux femmes, et les images de la Révolution se peuplèrent de femmes aux seins nus, qui devinrent des symboles de la République.

République ⁽³⁹⁾ souvent représentée comme une femme « *ouvrant son sein à tous ses citoyens* ». La poitrine devint une icône nationale renvoyant à une conception de la République en mère d'abondance, aux seins gonflés accessibles à tous.

Des seins qui, pendant la Renaissance, avaient été séparés en deux groupes, l'un pour nourrir, l'autre pour la gratification sexuelle, étaient désormais réunis en poitrine à buts multiples.

Ainsi, on fit appel au sein maternel avec des accents érotiques pour servir les intérêts nationaux.

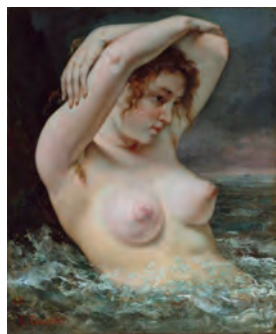
Et regardez dans nos mairies ⁽⁴⁰⁾, derrière nos maires, certaines de nos Mariannes.

LES SEINS NE MANQUENT PAS CHEZ LUI

Qu'ils soient de la belle irlandaise ou d'autres ⁽⁴¹⁾.

L'homme de *l'Origine du Monde*, l'homme de *la Vague* et de *l'écume*, l'homme de la *Femme à la vague*.

L'écume que jette Gustave Courbet ⁽⁴²⁾ contre le corps de la femme, de *La femme à la vague*, juste sous le sein, tout près de sa signature rouge... Cette écume fait tache, fait des taches blanches... et Daniel Arasse de poursuivre « *taches blanches que l'on ne peut s'empêcher de rapprocher de celle que le jeune homme dans son émoi avait laissée sur le marbre de la Vénus de Cnide* ».



La Femme à la vague, Gustave Courbet, 1868, Huile sur toile, Metropolitan Museum, NY

Dans ce tableau peint en 1868 (65 x 54 cm), d'un format relativement réduit pour Courbet, la toile agrandit cependant dix fois ce qui n'est qu'un détail dans un tableau peint la même année ⁽⁴³⁾, *La femme nue* (46 x 55 cm), 1868.

En découpant le buste dans la mer, Courbet concentre l'impact du tableau, faisant du buste le lieu pulsionnel de l'ensemble. Cette femme à la vague est "monumentale", telle une réaliste allégorie, une Naissance de Vénus, jaillissant de la mer où Courbet a plongé son nom.

Pour Hippocrate, le lait de femme et la semence de l'homme étaient tous deux considérés comme la « *sève de l'Univers* ».

En Espagne, l'assimilation du lait au sperme est telle qu'un même mot désigne la succion du sein et celle du sexe masculin : *mamar*, téter, et le sperme est familièrement nommé *leche*, le lait.

Ces tableaux nous amènent aussi à Manet ⁽⁴⁵⁾ : *Le déjeuner sur l'herbe*, *l'Olympia*. Sur ces deux tableaux, une femme nue regarde le spectateur avec une assurance inhabituelle, ses seins aussi mutins que son visage. Car ce n'est pas que ce regard... ce sont aussi et surtout ces seins dévoilés, offerts à nos yeux...

Olympia devenue emblème d'un atelier d'artistes à Nancy, l'atelier des sœurs Macarons... associant ainsi les macarons et les seins comme autant de surfaces bombées, douces et lisses, laissant voir un contenu que l'on devine onctueux... et on a raison, on y a déjà goûté!

Zola ⁽⁴⁶⁾ considérait *l'Olympia* comme le chef-d'œuvre de Manet, au nom de la peinture contre l'image, évoquant l'expérience physique d'une matière manipulée. Celui qui regarde *l'Olympia* au plus près, voit surgir le corps physique de la peinture et la trace de l'action physique d'un peintre sur cette toile, dans cette matière colorée.

Et que dire d'Ingres ⁽⁴⁷⁾ et du *Bain turc*... de ces corps, de ces regards, de ces seins, de ce format ? Tableau devenu circulaire parce qu'il choquait l'Impératrice Eugénie, ne laissant apparaître que la seule tête, cachée par la main, d'un corps nu désormais disparu.



Olympia, Édouard Manet, 1865, huile sur toile 130,5 x 191 cm, Musée d'Orsay, Paris



Le Bain turc, Jean Auguste Dominique Ingres, 1862, Huile sur bois, 108 cm, Musée du Louvre, Paris

LE XX^e SIÈCLE

Dans *Ma nourrice et moi* (1937) ⁽⁴⁸⁾ Frida Kahlo (1907-1954) se montre bébé, avec un visage d'adulte, tétant le sein d'une nourrice indienne, cachée derrière un masque précolombien, de peau sombre, massive. Des gouttes de lait, comme des perles coulent de ses tétons. Le sein gauche, dans la bouche du bébé, montre ce qu'on imagine sous la peau ; mais ici c'est un réseau de canaux et de veines qui n'ont rien d'anatomique. Ici, nous sommes loin des toiles religieuses de *Maria lactans*. La rupture est nette.

Cette nourrice et ce bébé ne se regardent pas pour créer une intimité entre eux. Ils ne se regardent pas du tout. Ils ont les yeux perdus au loin... Le regard de l'enfant quand il tète, quel(s) miroir(s) cherche-t-il, quel(s) miroir(s) trouve-t-il ? Il peut en trouver de beaux, il peut en trouver de tragiques. Ces miroirs nous construisent, nous façonnent, nous constituent...

Le corps humain domine le monde de Louise Bourgeois ⁽⁴⁹⁾, (1911-2010), dont les *Liquides Précieux* ⁽⁵⁰⁾ ont été exposés au Centre Pompidou de Metz.

La mère et son image... la mère et sa toile. Pour Louise Bourgeois, l'image de la mère, c'est l'araignée ⁽⁵¹⁾. Je la cite : « L'araignée, pourquoi l'araignée ? Parce que ma meilleure amie était ma mère, et qu'elle était aussi intelligente, patiente, propre et utile, raisonnable et indispensable qu'une araignée. Elle pouvait se défendre elle-même. C'est un hommage à ma mère... elle a tissé à la façon des araignées (elle dirigeait un atelier de restauration aux Gobelins)... les araignées sont utiles, elles nous protègent. »

La fixation durable de Louise Bourgeois sur les seins a trouvé son expression dans des œuvres variées : *La Renarde* ⁽⁵²⁾. Statue de marbre noir, 1985 : une présentation de la "déesse mère" avec quatre seins puissants donnant une nourriture illimitée et un amour inconditionnel.

Même mutilée, sans tête et sans bras, sa gorge tranchée par le "méchant enfant", la mère ⁽⁵²⁾ est « assez puissante pour pardonner » ⁽⁵³⁾. « Étude d'après nature » est une créature énigmatique, à mi-chemin entre l'humain et l'animal, avec trois paires de seins penchés sur des pieds crochus.

Mamelles (1991) ⁽⁵⁴⁾ : c'est une frise de seins roses en caoutchouc qui glissent les uns dans les autres comme un flot de chair ondulante. Ces seins, détachés de tout ce qui pourrait ressembler à un corps de femme, sont exposés comme des objets jetés pêle-mêle dans une boîte – navets ou œufs, achetables et interchangeables.

Louise Bourgeois dira de cette œuvre : « Cela représente un homme qui vit des femmes qu'il courtise, allant de l'une à l'autre. Il se nourrit d'elles sans rien donner en retour et n'aime que d'une manière consummatrice et égoïste ».

Cindy Sherman ⁽⁵⁵⁾ dans sa série "Portraits historiques" 1988-1990, pastiche de grands maîtres. Elle met en lumière l'utilisation traditionnelle des seins en ajoutant de faux plastrons. Ces objets visiblement factices produisent un effet grotesque. Ils se heurtent à la vraie peau du corps de l'auteur et aux costumes qu'elle porte pour imiter le tableau original.

Aucune tentative pour dissimuler les accessoires ⁽⁵⁶⁾ : les parties du corps factices retirent toute illusion voulant que le corps ait une histoire invariable, "naturelle".

Dans *Le ballet des seins* (1980) ⁽⁵⁷⁾, Annie Sprinkle imite les mouvements d'une danseuse classique et déboulonne la vision traditionnelle des seins comme "orbes d'ivoire". Gantée de noir pour établir le contraste avec la peau blanche et ses tétons peints en rouge ⁽⁵⁸⁾, elle tire et tord ses seins au son du *Beau Danube bleu*.

Première conclusion

Les seins ⁽⁵⁹⁾... Les bébés voient de la nourriture (et pas que...), les hommes pensent au sexe, les médecins à la maladie, les hommes d'affaires spéculent, les autorités religieuses transforment les seins en symboles spirituels et les politiciens se les approprient dans un but nationaliste.

Et les sages-femmes ? Et les psychanalystes ? Voici, entre autres, ce qu'en a dit le premier :

En 1916 ⁽⁶⁰⁾ : « Sucrer le sein maternel devient le point de départ le plus important de la vie du nourrisson, puisqu'à la fois il satisfait ainsi à la faim et au plaisir sexuel ».

Significations multiples, significations innombrables qui expliquent la place privilégiée des seins dans l'imaginaire humain...

La signification des seins varie en fonction du lieu et du temps...

Surtout, ne pas oublier que ce qui nous est parvenu était généralement réfracté par une lentille adaptée à l'œil de l'homme ⁽⁶¹⁾.

Et les femmes, qu'en disent-elles ? Les femmes considéraient-elles, elles aussi, leurs seins comme des symboles de manne religieuse ou politique ? Acceptaient-elles l'idée que leurs seins appartenaient à la bouche des bébés et aux mains des hommes ?

Où était la femme, dans tout cela ? Que pensait-elle ? Qu'éprouvait-elle ? Où est-elle ? Que pense-t-elle ? Qu'éprouve-t-elle ?

Le sein, objet cessible, objet partiel, objet petit a... Mais d'abord sein de femme ⁽⁶²⁾...

Question que peut se poser la femme, la mère au sujet de son enfant : « mais que me veut-il au-delà de m'allaiter, et, après tout, pourquoi veut-il m'allaiter ? »

Une mère suffisamment bonne ne serait-elle pas celle qui peut être, qui sait être suffisamment érotique ?

Sein nourricier et sein érotique ⁽⁶³⁾ : le sein est aussi érotique avant que d'être nourricier, voire même « narcissiquement érotique et érotiquement nourricier ».

Ainsi, *La femme au perroquet* de Courbet : une femme, une mère qui puisse laisser à désirer. Qui soit une mère maternante et une femme amoureuse, dont le corps nourricier soit aussi un corps désirable.

Avant de conclure, je vous propose quelques images sans paroles : C. Sherman ⁽⁶²⁾, Orlan ⁽⁸¹⁾, Cranach ⁽⁸²⁾.

Dakin

Cooper® stabilisé

**“ Pour l’antisepsie des
muqueuses génitales
lors de l’accouchement,
nous faisons confiance à
Dakin Cooper® stabilisé
et vous ? ”**



L'évidence antiseptique

Solution d'hypochlorite de sodium à 0,5%

Antisepsie de la peau, des muqueuses* et des plaies

* Sauf l'œil

Place du Dakin Cooper® stabilisé dans la stratégie thérapeutique.

« Sur peau lésée, cette spécialité a une place limitée dans la stratégie thérapeutique qui repose sur les soins quotidiens à l'eau et au savon ordinaire.

Sur peau saine, les antiseptiques en solution alcoolique, povidone iodé alcoolique ou chlorhexidine alcoolique, doivent être privilégiés par rapport aux solutions aqueuses ou faiblement alcooliques, excepté chez l'enfant de moins de 30 mois où DAKIN peut être utilisé en première intention.

DAKIN a une place importante dans la prise en charge des accidents d'exposition au sang. »

HAS - Commission de la Transparence - Avis du 19 février 2014

Pour un accès aux mentions légales obligatoires, connectez-vous sur <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Visa n° 16/07/64176064/PM/001

Deuxième conclusion

D'abord sein de femme, disais-je. Et si l'homme devenait sein ⁽⁸³⁾? C'est ce qui arrive à un homme, dans le roman « *Le sein* » de Philippe Roth (1971). L'homme devenu "sein", devenu un sein. L'homme est le sein.

Il se dit « *revenu à l'aurore de sa vie... au temps où tout est soi-même et où l'on est soi-même tout, où le concave est convexe, et où le convexe est concave* ».

Entre l'infirmière, qui effectue ses soins de toilette, et sa maîtresse, qui le visite régulièrement, "le sein vivant" se console avec l'érotisme exacerbé de tout son être. Tout ce qu'il demande c'est « *qu'on le serre, qu'on le suce, qu'on le lèche* ».... Hallucination? Identification au sein? Désirs refoulés?

Je renvoie à ce qu'en écrivait Freud en 1938: « *Avoir et être chez l'enfant. L'enfant aime bien exprimer la relation d'objet par l'identification/je suis l'objet. Modèle: le sein. Le sein est un morceau de moi, je suis le sein. Plus tard seulement: je l'ai, c'est-à-dire, je ne le suis pas* » in *Abrégé de psychanalyse*.

Et une autre image ⁽⁸⁴⁾, une représentation de la psychanalyse. La couverture du *Dictionnaire critique de la psychanalyse*, de Charles Rycroft (1972), par André François. Sans commentaire?

Il convient ici et maintenant de s'arrêter, de refermer ce catalogue momentanément, de laisser les images à la pensée.

Le destin prescrit à l'allaitement maternel est le sevrage ⁽⁸⁵⁾, sevrage qui peut être douloureux, sevrage qui est nécessaire. Citons Freud: « *Si longtemps que l'enfant ait tété le sein de la mère, il restera toujours convaincu après le sevrage, d'avoir tété trop peu ou un temps trop court* ».

Ceci nous renvoie au "trop", au "manque" et "au manque du manque", au "ça ne manque pas". Cela nous renvoie donc tous... à nous ⁽⁸⁶⁾. •

BIBLIOGRAPHIE

- Parat Hélène, *Sein de femme, sein de mère*, PUF Paris, 2006.
- Roth Philippe, *Le sein*, Gallimard Paris, 1984.
- Yalom Marilyn, *Le sein, une histoire*, Galaad Éditions, Paris, 2010.
- Monestier Martin, *Les seins*, Le cherche midi éditeur, Paris, 2001.
- Arasse Daniel, *Le détail*, Flammarion, Paris, 1992.
- Pochon Caroline et Rotschild Allan, *Le culte des seins*, Democratic Books, Paris, 2010.
- Firmin-Didot Catherine, *L'œuvre dévoilée*, Palette, 2009.
- Marcel Duchamp dans les col-
- lections de Centre Georges Pompidou, Éditions du Centre Pompidou, Paris, 2001.
- *Féminin masculin*, le sexe de l'art, Catalogue d'exposition Gallimard/Electa et Éditions du Centre Pompidou, Paris, 1995.
- Lacan Jacques, *Séminaire*, Livre X L'angoisse, Seuil, Paris, 2004.
- Freud Sigmund, *Trois essais sur la théorie sexuelle*, 1905/ *Abrégé de psychanalyse* 1908/ *Un souvenir d'enfance* de Leonard de Vinci 1910 in *Œuvres Complètes*, PUF, Paris.
- D. Winnicott, *L'enfant et le monde extérieur*, Payot, Paris, 1947.

ICONOGRAPHIE

0. Léonard de Vinci, *La Vierge, l'Enfant Jésus et Ste Anne*, 1508 -1510.
1. Marcel Duchamp, *Prière de toucher*, 1947.
2. Gustave Courbet, *La femme au perroquet*, 1866.
3. F. de Zurbaran: *Sainte Agathe*, 1598-1664.
4. Sebastiano del Piombo, *Martyr de Ste Agathe*, 1520.
5. F. de Zurbaran, *Sainte Agathe*, 1630-1633.
6. Louise Bourgeois, *Paysage*, 1472-1553.
7. Lucas Cranach l'ancien, *Vénus et Cupidon*, vers 1530.
8. Russ Meyer, 1922-2004.
9. Fellini, Anita Ekberg Fellini, *La dolce vita*, 1960.
10. Gauguin, *Adam et Ève*, 1848-1903.
11. Van Eyck, *Ève*, 1400.
12. Rubens, *Adam et Ève*, 1577-1640.
13. Déesse chryselephantine aux serpents, Crète, vers 1500-1600 avant J.-C.
14. Georges de la Tour, *Nouveau-né*, 1593-1652.
15. Raphaël, *Madone aux œillets*, 1483-1520.
16. Zurbaran, *La vierge et l'enfant*, 1658.
17. Léonard de Vinci, *La vierge allaitant*, 1452-1519.
18. Bartolomeo Suardi Bramantino, *La vierge et l'enfant*, 1465-1530.
19. El Greco, *La sainte famille* (la vierge au bon lait), 1541-1614.
20. Gnetileschi, *Le repos de la fuite en Égypte*, 1563-1639.
21. J. Gossaert (Flamand), *La vierge et l'enfant*, 1478-1538.
22. Maître de Flemalle, Robert Campin (Flamand), *Vierge à l'écran d'osier*, 1430.
23. Fellini, affiche *Fellini Roma*, 1972.
24. Le Tintoret, *La voie lactée*, 1518-1594.
25. 26. Rubens, *Création, La voie lactée/La bataille des Amazones*, 1618.
27. 28. Amazones, *Amazonomachia/ Mosaïque IV^e Turquie*.
29. Deena Metzger, *La Guerrière/Hella Hammid*, 1980.
30. Jean Fouquet, *Madonne à l'enfant ou La vierge de Melun*, seconde moitié XV^e.
31. École de Fontainebleau, *Gabrielle d'Estree au bain*, début XVII^e.
32. École de Fontainebleau, *Gabrielle d'Estree et une de ses sœurs*, fin XVI^e.
33. 34. Louise Bourgeois, *Fragile Goddess 2002/Temple Tatum* 2000.
35. Augustin Claude Le Grand, *JJR ou l'homme de la nation*. Gravure vers 1785.
36. 37. Manufacture de Sèvres, *Bols Marie-Antoinette*, XVIII^e.
38. Robert Gober, *Sans titre*, 2007.
39. Eugène Delacroix, *La liberté guidant le peuple*, 1798-1863 (1831).
40. Alain Aslan, *Marianne - Brigitte Bardot* 1969.
- 41 42 43 44. Gustave Courbet, *Les dormeuses 1866/La femme à la vague 1868/Femme nue 1868/La femme à la vague 1868*.
45. 46. Manet, *Le déjeuner sur l'herbe*, 1862/L'Olympia 1863.
47. Ingres, *Le bain turc* (1862) 1780-1867.
48. Frida Kahlo, *Ma nourrice et moi*, 1937.
49. 50. Louise Bourgeois, *Precious Liquids*, 1992.
- 51 52 53 54. Louise Bourgeois, *Maman 1999/La renarde 1985/Étude d'après nature*.
- 1984/Mamelles, 1991.
55. 56. Cindy Sherman, *Portraits historiques: sans titre*, 1988-1990.
57. 58. Annie Sprinkle, *Le ballet des seins*, 1990.
59. Man Ray, *Natasha*, 1931.
60. Calder, *Joséphine*, 1928-1962.
61. Magritte, *La tentative de l'impossible*, 1928.
62. Yves Klein, *Blue venus*, 1962.
63. Gustave Courbet, *La femme au perroquet*, 1866.
64. Cindy Sherman, *Sans titre*, 1992.
65. Louise Bourgeois, *Fillette*, 1968.
66. Piero della Francesca, *La Madona del Parto*, 1416-1492.
67. 68. 69. Ron Mueck, *Femme enceinte*, 2002.
70. Robert Gober, *Sans titre*, 1991.
71. René Magritte, *L'évidence éternelle*, 1930.
72. Rubens, *Charité romaine*, 1612.
73. Hans Bellmer, *Poupée*, 1902-1975.
74. 75. Ron Mueck, *Mère et enfant*, 2001-2003.
76. Vénus de Willendorf: vers 30 000 av. J.-C.
77. Yves Klein, *Anthropométrie*, 1960.
78. Félicien Rops, *Pornokrates*, 1833-1898.
79. Praxitèle 400-326 av. J.-C. (attribué à) Aphrodite Braschi.
80. Yves Klein, *Anthropométrie*, 1960.
81. Orlan, "le drapé-le baroque" sein unique-monstration phallique, 1983.
82. Lucas Cranach, *Allégorie de la Justice*, 1537.
83. Magritte, *Le viol*, 1848.
84. André François, couverture du *Dictionnaire Critique de la Psychanalyse/ Charles Rycroft*.
85. 86. Marcel Duchamp, *Prière de toucher*, 1947.

LA RÉTENTION URINAIRE DU POST-PARTUM

PHYSIOLOGIE DE LA MICTION

- Les mictions doivent avoir lieu **6 à 8 fois par jour (soit = toutes les 4 heures)**.
- **Capacité vésicale normale chez l'adulte ≈ 350 ml d'urines.**
- La paroi vésicale comporte des récepteurs aptes à détecter la distension vésicale progressive, qui sont stimulés lorsque le contenu vésical dépasse 300 ml. Au niveau sensitif, **le premier besoin apparaît vers 150 ml**, et le besoin normal se situe autour de 300 ml.

DÉFINITIONS

■ RUPP complète

- Impossibilité d'uriner spontanément dans les **6 heures** suivant le dernier sondage urinaire après un AVB (réalisé en général à H2 en post-partum).
- Impossibilité d'uriner spontanément dans les **6 heures** suivant l'ablation de la sonde urinaire à demeure après une césarienne.

■ RUPP partielle

Miction possible mais incomplète, dans les 6 heures suivant le dernier sondage urinaire après un AVB, ou dans les 6 heures suivant l'ablation de la sonde urinaire (césarienne). Elle est diagnostiquée par la mesure du résidu post-mictionnel, réalisée par sondage urinaire ou par échographie vésicale (BladderScan), avec un RPM ≥ 150 ml.

■ RUPP persistante

Rétention urinaire nécessitant des sondages urinaires pendant plus de 72 heures.

ÉTIOLOGIES

Il s'agit le plus souvent d'une addition de phénomènes physiologiques et neurologiques propres au post-partum.

■ Augmentation de la capacité vésicale, due à une hypotonie des voies urinaires pendant la grossesse

(sous l'action de la progestérone), qui disparaît au bout de 6 semaines en post-partum. Ainsi, la plupart des femmes présentent un résidu post-mictionnel en post-partum, de façon physiologique.

■ Défaut de contraction vésicale :

temporaire, elle est fréquente en cas d'analgésie péridurale ou de rachianesthésie.

■ Neuropathie périnéale d'étiement :

altération de la commande neurologique temporaire, en raison de la compression et de l'étiement des plexus nerveux au niveau du plancher pelvien, réalisés par la présentation fœtale au moment de l'accouchement.

■ Obstacle sous vésical :

œdèmes, hématomes périnéaux, sténose de l'urètre.

■ Douleur :

notamment en cas de déchirure importante ou d'épisiotomie, elle peut être à l'origine d'un réflexe de spasme urétral.

⚠ ATTENTION : une surdistension vésicale (due à un retard de prise en charge) peut être à l'origine d'un **dysfonctionnement des tensio-récepteurs du Détrusor**, plus communément appelé "claquage vésical" : le Détrusor ne détecte plus le seuil d'urgence mictionnelle et n'a plus la force contractile suffisante pour déclencher correctement une miction.

FACTEURS DE RISQUE

- Primiparité.
- Césarienne.
- Analgésie péridurale.
- Durée du travail prolongée (> 700 min).
- Remplissage vasculaire > 1 500 ml.
- Extraction instrumentale (Forceps).
- Nouveau-né macrosome.
- Déchirure périnéale/épisiotomie.
- **Retard de prise en charge d'un globe vésical important***.
- **Le volume d'urines retrouvé au sondage urinaire réalisé au moment du diagnostic en suites de couches est corrélé à la durée de la persistance de la rétention urinaire (récupération plus tardive en cas de volume > 750 ml, en raison de la sidération neurologique des tensio-récepteurs au niveau du Détrusor, vue précédemment).**

* **ATTENTION :** au-delà d'un volume de 500 ml, la vessie est exposée à un risque de lésions du Détrusor.

Monitoring • Echographe • Rééducation • Champs électromagnétiques pulsés

F2/F3 VCT
Monito gémellaire VCT



DUS 60
Echographe avec doppler



YSY CEMP
Champs électromagnétiques pulsés



YSY EST EVOLUTION 2 SF
Biofeedback et Stimulation



Nouveau logiciel

YSY MEDICAL

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

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

www.ysy-medical.fr

DIAGNOSTIC (SIGNES ÉVOCATEURS)

- **Miction impossible 6 heures après la dernière miction/le dernier SU.**
- **Globe vésical palpable et douleur sus-pubienne** (à ne pas confondre avec le globe utérin!).
- **Reprise de la miction spontanée mais en faible quantité** compte tenu des apports hydriques de la patiente depuis son retour en suites de couches.
- **Sensation de miction incomplète décrite par la patiente.**
- **Fuites urinaires pouvant évoquer des fuites par regorgement.**

En cas de doute, en l'absence de globe vésical franc, l'échographe vésical (BladderScan) a l'avantage de pouvoir quantifier les urines présentes avant de réaliser si besoin un sondage urinaire. Son utilisation permettrait d'éviter 47 à 80 % des sondages urinaires, selon les services hospitaliers concernés.

COMPLICATIONS

- **Infections urinaires.** Elles peuvent provenir d'une contamination exogène lors des sondages urinaires répétés ou prolongés mais aussi et surtout de la stase bactérienne lorsque les vidanges vésicales sont trop espacées les unes des autres. Ainsi, la fréquence des sondages est plus importante que leur stérilité, d'ailleurs les patientes ne réalisent pas l'autosondage de manière stérile.
- **Vessie "claquée" et hématurie a vacuo.** Perte partielle ou totale des capacités contractiles du Détrusor. En cas de vidange vésicale trop rapide, les vaisseaux capillaires de la muqueuse vésicale subissent un retour veineux important, à l'origine d'une hématurie macroscopique. Il est donc conseillé de clamber la sonde environ 5 minutes tous les 500 ml.
- **Fuites urinaires par regorgement.**
- **Insuffisance rénale aiguë et syndrome de levée d'obstacle (SLO).** La pression intra-vésicale augmente, entraînant un reflux vésico-urétéral, se manifestant par une hydronéphrose et une souffrance rénale (le rein n'est plus capable de réguler la dilution et la concentration des urines). La polyurie osmotique qui en découle peut être sévère et causer une déshydratation importante. Dans le cadre d'une RAU de découverte tardive (face à un globe particulièrement important > 1 l par exemple), la levée d'obstacle devrait donc s'accompagner d'une surveillance clinique et biologique plus ou moins rapprochée selon l'avis médical (évolution de la diurèse horaire, état hémodynamique, hydratation de la patiente, bilan biologique : urée, créatinémie, ionogramme sanguin). Le traitement par réhydratation intraveineuse

permettra de compenser les pertes hydroélectrolytiques.

■ Répercussions psychologiques.

Angoisse, peur de la douleur au moment des sondages, culpabilité liée au retard du retour à domicile lorsque la patiente ne parvient pas à réaliser les autosondages, dégradation de l'image de leur propre corps.

ÉVOLUTION À LONG TERME

La majorité des patientes (au moins 75 %) récupèrent une miction normale en moins de 72 heures. Un épisode de surdistension vésicale peut retarder la résolution de l'épisode de rétention urinaire, cependant il est extrêmement rare que la rétention urinaire dure plus de trois mois.

Après résolution, la RUPP complète ne semble pas associée à une prévalence augmentée de symptômes urinaires à long terme.

Un facteur lié à l'accouchement et au post-partum (lésions nerveuses temporaires, sidération neurologique des tensio-récepteurs du Détrusor) semble le plus souvent en cause en cas de rétention urinaire persistante. Chaque patiente peut présenter un temps de régénération nerveuse plus ou moins long (de 72 heures à plusieurs semaines, voire plusieurs mois), selon la gravité de l'étirement des nerfs lors de l'accouchement ou de l'atteinte du Détrusor lors de la rétention aiguë d'urines. Dans ce contexte, il est fortement probable que la patiente récupère une fonction vésicale normale dans les 3 à 6 mois suivant l'accouchement.

L'échographie rénale et vésicale permettra de rechercher un éventuel retentissement rénal (reflux d'urines avec dilatation pyélocaliciale) et la présence d'un résidu post-mictionnel (RPM). Concernant la prise en charge, la patiente apprendra à réaliser des autosondages si cela n'a pas été fait pendant son hospitalisation.

Elle devra tenir un calendrier mictionnel, indiquant le ressenti des besoins, le volume des mictions spontanées et le volume des RPM (mesuré immédiatement après les mictions par sondage urinaire aller-retour). Lors de la récupération progressive de la fonction vésicale, les mictions spontanées auront tendance à augmenter, et les RPM à diminuer en parallèle, jusqu'à arriver à un seuil de RPM acceptable pour arrêter les sondages (risque écarté de rétention urinaire importante).

Il sera important de "démédicaliser le geste du sondage" afin d'améliorer l'observance au traitement : les patientes n'ont pas besoin de réaliser les sondages de manière stérile, un simple lavage des mains et une petite toilette (par simple lingette, eau et mouchoir)

suffisent avant de réaliser le sondage.

Au bout de 6 mois de rétention urinaire, un bilan urodynamique associé à une urétrocystoscopie permettra d'orienter le diagnostic et la prise en charge ultérieure. Outre d'éventuels antécédents urologiques, l'urologue recherchera des causes neurologiques, qui constituent une cause plus rare de rétention urinaire persistante : sclérose en plaques, maladie de Parkinson, compression médullaire suite à l'anesthésie péridurale (hématomes visibles sur une IRM médullaire).

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

- **Il est recommandé de vérifier la reprise mictionnelle dans les 4 à 6 heures suivant le dernier sondage urinaire après l'accouchement.** En cas de césarienne, privilégier le retrait de la sonde urinaire à demeure avant H12.
- L'hétérosondage (sondage urinaire aller-retour ou intermittent), et l'apprentissage des **autosondages** sont maintenant considérés comme la méthode de référence à privilégier, les sondes à demeure favorisant le développement d'une infection urinaire.
- Il n'est pas recommandé de mesurer systématiquement le résidu post-mictionnel sur toutes les accouchées. **Le médecin doit être averti en cas de rétention urinaire supérieure à 6 heures.**
- Une rééducation périnéale n'est pas recommandée chez les patientes ayant eu une rétention urinaire du post-partum. Elle n'est recommandée qu'en cas de symptômes urinaires persistants à trois mois de l'accouchement. •

RÉFÉRENCES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

- Deffieux X, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Nizard J, Coulm B, Thubert T. [Postpartum pelvic floor muscle training and abdominal rehabilitation: Guidelines]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2015; 44 (10): 1141-1146.

Les situations conflictuelles avec les patientes

TYPOLOGIE - GESTION - PRÉVENTION

INTRODUCTION

En obstétrique, comme dans toute activité médicale, les situations conflictuelles avec les patientes constituent une préoccupation constante des responsables des services et des sages-femmes.

Toujours désagréables pour le(s) professionnel(s) de santé concerné(s), ces situations peuvent en outre générer un climat délétère dans le service où elles apparaissent.

Il est donc utile de savoir les reconnaître pour y faire face de la façon la plus adaptée possible et, mieux encore, pour s'efforcer de les prévenir.

À cette fin nous envisagerons successivement la typologie des situations conflictuelles qui peuvent survenir entre patientes et sages-femmes, la conduite à tenir lorsque le conflit survient et, enfin, les bonnes pratiques visant à en limiter l'incidence.

LA TYPOLOGIE DES SITUATIONS CONFLICTUELLES ENTRE PATIENTES ET SAGES-FEMMES

■ LES MOTIFS D'APPARITION DE SITUATIONS CONFLICTUELLES ENTRE PATIENTES ET SAGES-FEMMES PEUVENT ÊTRE VARIÉS

Nous citerons principalement :

- La peur qui peut engendrer un **déficit de confiance** chez la patiente.
- L'impression qu'une information est volontairement cachée, ce qui peut entraîner de la **défiance** vis-à-vis de la sage-femme.
- La perception d'un préjudice comme conséquence d'un acte médical, ce qui peut conduire la patiente à formuler une **revendication**.

Plus généralement, le ressenti d'un **déficit d'empathie** et/ou d'un **déficit d'information** est le motif le plus fréquemment rencontré à l'origine d'une altération de la qualité des relations soigné-soignant et donc potentiellement générateur de l'apparition d'un conflit.

Le déficit d'information pourra porter sur la démarche diagnostique (par exemple l'absence d'information sur les objectifs et/ou les résultats des examens réalisés) ou sur la démarche thérapeutique (par exemple l'absence d'information sur les effets secondaires possibles du traitement administré).

Nous rappellerons à ce sujet que l'article L.1111-2 du code de la Santé publique (CSP) précise que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile », et cette obligation d'information n'est pas limitée dans le temps puisque le même article



« toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ».

Code de la Santé publique



indique que « lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. ».

L'obligation d'information sur ces différents points s'impose donc aux sages-femmes comme à tous les soignants.

■ LES MODALITÉS DE L'EXPRESSION DES SITUATIONS CONFLICTUELLES

Lorsqu'elles sont constituées, les situations conflictuelles peuvent se manifester de différentes façons.

Elles peuvent ainsi prendre la forme :

- D'une **agression** verbale, voire physique. Encore peu nombreuses si on les rapporte au nombre de patients pris en charge dans les établissements, ces réactions agressives sont cependant en fréquence croissante tout particulièrement dans les structures d'urgence. Anxiété, impatience et tempérament revendicateur en sont les principaux moteurs. L'apparition récente d'exigences à caractère confessionnel a également contribué à accroître ce type de manifestations dans les établissements de soins.
- D'une **demande de communication du dossier médical**. En effet, si elle constitue un droit absolu de la patiente, cette demande est le plus souvent motivée par le désir d'étayer une réclamation à venir relative aux soins reçus.
- D'une **réclamation** formulée lors d'une visite auprès de la direction de l'établissement ou du chef de service ou par appel téléphonique, courriel ou courrier adressé à la sage-femme concernée, à la direction de l'établissement, à l'Agence régionale de santé, avec, parfois, copie à un élu, au ministre en charge de la santé,

voire au président de la République... C'est la forme la plus commune d'expression d'une réclamation ou d'une plainte liée aux soins.

- D'une **demande indemnitaire amiable** formulée d'emblée auprès de l'établissement ou de la Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) des victimes d'accidents médicaux et d'infections nosocomiales. Cette démarche traduit plus le désir chez la patiente d'obtenir réparation du préjudice qu'elle estime avoir subi que de son souhait de voir puni(s) le(s) professionnel(s) incriminé(s).
- D'une **plainte judiciaire au civil**, formulée auprès du tribunal administratif pour les établissements de soins publics ou du tribunal de grande instance pour les établissements du secteur privé. Ce choix procède, de la part de la patiente, de la même attente de réparation pécuniaire du préjudice ressenti que les demandes indemnitaires amiables
- D'une **plainte judiciaire au pénal**, initiée par un dépôt de plainte auprès de la police, de la gendarmerie ou du procureur, pouvant donner lieu, si la plainte est considérée comme recevable, à une instruction puis, en l'absence de non-lieu, à un procès au tribunal correctionnel avec appel possible en Cour d'appel puis en Conseil d'État. Contrairement aux deux précédentes, cette modalité d'expression de la plainte relève avant tout du désir de sanction contre le(s) professionnel(s) concerné(s).
- D'une **plainte** auprès de la juridiction disciplinaire de première instance de l'Ordre des Sages-femmes avec, le cas échéant, possibilité d'appel à la juridiction disciplinaire nationale. Cette dernière modalité d'expression d'une plainte relève de la même attente de punition que la plainte au pénal.

À noter que les plaintes judiciaires, au civil comme au pénal, relèvent d'une procédure plus contraignante pour la plaignante que les autres modes de réclamations et, surtout, qu'elles entraînent pour elle des charges financières avec l'obligation de faire face à des frais d'avocat auxquels peut s'ajouter, si elle est déboutée de sa plainte par le jugement rendu, une condamnation au règlement des frais de justice.



Les plaintes judiciaires au civil comme au pénal... entraînent des charges financières avec l'obligation de faire face à des frais d'avocat...



À l'opposé toutes les autres modalités de réclamation mentionnées ci-dessus ne sont assorties d'aucuns frais, à la seule exception des frais de reproduction des éléments du dossier médical demandés par la patiente pour appuyer sa réclamation mais qu'elle aurait eu à déboursier de la même façon si elle avait eu recours à la voie judiciaire.

Avantage supplémentaire de la voie du recours amiable : si le préjudice subi justifie une indemnisation, celle-ci est généralement plus élevée et obtenue plus rapidement que par la voie judiciaire.

Ces avantages expliquent **l'évolution générale des plaintes pour fautes médicales** en milieu hospitalier observée en France au cours des dernières années.

Ainsi, la Société hospitalière d'assurances mutuelles (Sham) qui assure la plupart des établissements hospitaliers publics français, a indiqué que dans plus de 90 % des cas, les plaintes prennent la forme d'une demande de règlement amiable et que c'est seulement dans moins de 10 % des cas qu'il y a ouverture d'un contentieux judiciaire ⁽⁴⁾.

De ce point de vue, il est généralement reconnu que la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite loi Kouchner, du nom du ministre de la Santé qui l'a fait adopter) a grandement favorisé cette évolution en créant les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) des victimes d'accidents médicaux et d'infections nosocomiales et en assurant dans les établissements de soins la promotion de la médiation que nous développerons plus loin.

C'est ainsi que les CCI reçoivent environ 4 000 demandes indemnitaires par an dont les trois quarts font l'objet d'une expertise pour évaluer leur recevabilité

avec, au final, la décision d'engager une procédure d'indemnisation pour un quart d'entre elles.

■ LES PRINCIPAUX MOTIFS DES RÉCLAMATIONS RELATIVES AUX SOINS MÉDICAUX

Les motifs sont variés et ceux que nous présentons ci-dessous peuvent concerner toutes les spécialités, obstétrique incluse.

Ils peuvent être regroupés sous trois rubriques :

- Des réclamations relatives aux actes médicaux réalisés.
- Des réclamations relatives au fonctionnement des services dans lesquels les patientes ont été prises en charge.
- Et enfin, et c'est le cas le plus fréquent, des réclamations relatives à un déficit de communication entre soignante et soignée.

Les principaux motifs des **réclamations relatives aux actes médicaux** sont :

- Une méconnaissance ou un retard de **diagnostic** d'une pathologie initiale ou d'une complication.
- Une insuffisance de prise en charge de la **douleur**.
- Une Insuffisance de **suivi postopératoire**.
- Des **séquelles** douloureuses ou fonctionnelles d'un acte technique.

Les principaux motifs des **réclamations relatives au fonctionnement des services** sont :

- Une **insuffisance de coordination des soins entre services** lors du transfert de la patiente d'un service à l'autre.
- Une **insuffisance d'information sur la conduite à tenir après la sortie de l'établissement** (précautions à prendre, régime alimentaire à suivre, soins infirmiers nécessaires).

Les principaux motifs des **réclamations relatives à un déficit de communication** sont :

- Une insuffisance d'information préalable sur les **complications** possibles d'un acte technique et, quand une complication survient, une insuffisance d'information sur la façon dont elle a été prise en charge et sur ses conséquences.

- Une insuffisance d'information sur les objectifs et les résultats des **actes réa-lisés** à visée diagnostique ou thérapeutique.

Telles sont donc les principales caractéristiques des plaintes et réclamations constituant le développement des situations conflictuelles auxquelles les sages-femmes peuvent se trouver confrontées.

Voyons maintenant comment il convient de gérer une telle situation lorsqu'elle en est encore au stade de l'émergence.

LA GESTION DES SITUATIONS CONFLICTUELLES

Cette gestion relève d'une part de la sage-femme elle-même et d'autre part, s'il s'agit d'une sage-femme salariée, de l'établissement de soins qui l'emploie.

■ GESTION PAR LA SAGE-FEMME D'UNE SITUATION CONFLICTUELLE NON ENCORE FORMALISÉE

Lorsqu'une sage-femme perçoit qu'une situation conflictuelle est en train de se développer avec une de ses patientes, il est souhaitable qu'elle prenne rapidement plusieurs mesures pour enrayer cette évolution et faire en sorte que, si cela s'avère impossible, elle puisse être gérée le mieux possible par la suite.

Le premier objectif est de s'efforcer de retrouver la confiance de la patiente, ce qui passe avant tout par un **dialogue** réalisé dans les meilleures conditions possibles :

- au lit de la patiente ou dans un bureau, porte fermée, et non dans un couloir, entre deux portes ;
- en y consacrant tout le temps nécessaire, avec consigne donnée aux collaborateurs de ne pas déranger, téléphone coupé ;
- en se montrant empathique ;
- en s'efforçant de répondre de façon claire, franche et la plus exhaustive possible aux interrogations de la patiente.

Si le conflit naissant est lié à la survenue d'un **événement indésirable**, il faut se souvenir que l'article L.1142-4 du CSP précise que « toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est

décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage ». Cela doit donner lieu à un entretien particulier qui doit être fait dans les quinze jours qui suivent la découverte du dommage ou la réclamation de la patiente. Au cours de cet entretien, il convient de rester factuel : dire simplement ce qui s'est passé, comment il a été fait face à l'événement et quelles en sont les conséquences observées et potentielles, tout en s'abstenant de prononcer les mots "erreur", "faute", "responsabilité", "indemnisation" qui pourraient interférer négativement avec la mission d'assistance que la compagnie d'assurances en charge du dossier devra assurer à l'établissement ou à la sage-femme concernée.

Par ailleurs, dans ce cas, il est nécessaire de :

- Rassembler et conserver soigneusement tous les documents relatifs à l'événement susceptibles d'éclairer les circonstances de sa survenue, son déroulement, les modalités de sa prise en charge, ses conséquences...
- Prévenir du risque de contentieux la direction de l'établissement (secteur public) ou son assurance professionnelle (secteur libéral).
- Informer la patiente de sa possibilité d'accéder à son dossier médical en lui expliquant la marche à suivre.

Il peut être également utile de lui proposer une rencontre avec le chef de service et de suggérer à la direction de l'établissement de lui proposer un entretien de médiation.

■ GESTION DES RÉCLAMATIONS PAR L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS (hors situation où une demande d'indemnisation ou une plainte judiciaire est formulée d'emblée)

La procédure de gestion des réclamations et plaintes dans les établissements de soins fait l'objet d'une réglementation qui s'impose à tous les établissements, publics et privés.

Cette réglementation prévoit que :

- Toute réclamation, quelle qu'en soit la nature, doit obligatoirement faire l'objet sous huitaine d'un **accusé de réception** par la direction de l'établissement.

- Cette dernière soumet ensuite la réclamation aux responsables médicaux et, le cas échéant, paramédicaux du service concerné en leur demandant de lui fournir des **éléments de réponse**.
- Après réception de ces éléments la direction envoie une **lettre de réponse à la patiente** ; la réglementation prévoit que cette lettre doit être envoyée dans le délai d'un mois à partir de la réception de la réclamation.
- Enfin, lorsque la réclamation semble surtout relever d'un malentendu, d'une incompréhension, d'un déficit de communication, un **entretien de médiation** peut être proposé au plaignant.

En effet, depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, déjà citée, il doit y avoir dans tous les établissements de soins, publics et privés, français :

- Un médecin médiateur (et le cas échéant un médecin médiateur suppléant) pour effectuer des médiations relatives à des réclamations liées aux actes médicaux dont ceux réalisés par les sages-femmes.
- Un médiateur non-médecin (cadre de santé ou directeur, assorti lui aussi le cas échéant d'un suppléant), pour effectuer des médiations relatives à des réclamations liées aux soins infirmiers ou à d'autres aspects non médicaux de l'hospitalisation.

Ces médiateurs sont nommés par le directeur de l'établissement et le cadre de leur saisine est bien établi.

C'est ainsi qu'ils ne peuvent être saisis pour assurer un entretien de médiation que par le directeur de l'établissement ou par le patient lui-même, son responsable légal (si patient mineur ou incapable majeur) ou ses ayants droit en cas de décès.

Par ailleurs, le médecin médiateur ne peut pas être saisi pour :

- des réclamations faisant déjà l'objet d'une démarche contentieuse,
- des réclamations relatives à une prise en charge dans le service dans lequel il est ou a été en activité (dans ce cas la saisine peut être transférée au médecin médiateur suppléant),
- des réclamations non médicales.

Si la réclamation porte à la fois sur des aspects médicaux et non médicaux, il

est possible d'effectuer une **médiation** menée conjointement par le médecin médiateur et le médiateur non-médecin.

Les objectifs de la médiation médicale en établissement de soins sont doubles.

- Il s'agit tout d'abord de dédramatiser des situations devenues conflictuelles et de s'efforcer de retrouver la confiance de la patiente par la voie du dialogue et de l'explication, ce qui n'exclut pas, le cas échéant, son orientation éventuelle vers une voie contentieuse ou juridique lorsque le médecin médiateur estime que cela peut être justifié.
- Il s'agit ensuite de formuler, chaque fois que possible, des recommandations visant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et de contribuer ainsi à la démarche qualité de l'établissement.

La réalisation d'une médiation médicale comporte plusieurs étapes :

- Examen des éléments médicaux de la réclamation.
- Proposition à la patiente ou, si celle-ci est décédée, à ses ayants droit, d'un entretien de médiation et demande d'autorisation d'accès à son dossier médical.
- Après acceptation, fixation d'un rendez-vous pour l'entretien.
- Examen du dossier médical de la patiente par le médecin médiateur.
- Rencontre du médecin médiateur avec la sage-femme concernée pour échanges sur les éléments médicaux de la réclamation.
- Entretien de médiation pour lequel la patiente ou son ayant droit a toute liberté de se faire accompagner par qui elle veut (proche, ami, avocat, membre d'une association de malades, représentant des usagers dans l'établissement...).
- Rédaction du rapport de médiation (incluant chaque fois que possible des propositions d'amélioration de la qualité des soins).
- Envoi du rapport à la direction de l'établissement, au chef de service, à la sage-femme concernée et à la patiente.
- Présentation synthétique du rapport à la réunion trimestrielle de la commission des relations avec les usagers et pour la

qualité de la prise en charge (CRUQPEC) de l'établissement.

- Inclusion des recommandations du médecin médiateur dans le rapport annuel sur le fonctionnement de sa commission des relations avec les usagers et pour la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) que chaque établissement de soins doit adresser chaque année à son Agence régionale de santé (ARS).

À noter que la loi du 26 janvier 2016, dite de « *modernisation de notre système de santé* », a renforcé le rôle des représentants des usagers dans les établissements de soins et qu'elle prévoit notamment que, désormais, toute proposition de médiation médicale doit être assortie de l'information de la plaignante de la possibilité pour elle de se faire accompagner d'un représentant des usagers.

Telles sont donc les procédures qui sont à la disposition des sages-femmes et de leurs établissements pour faire face et tenter de désamorcer une situation conflictuelle en train d'émerger ou de se développer.

Bien évidemment, l'idéal est néanmoins d'éviter, par une prévention efficace, l'apparition de ce type de situations.

LA PRÉVENTION DE L'INSTALLATION DE SITUATIONS CONFLICTUELLES PATIENTE-SAGE-FEMME : CE QU'IL FAUT FAIRE ET CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

■ PRINCIPES GÉNÉRAUX DE PRÉVENTION

Pour prévenir l'installation d'une situation conflictuelle, il faut tout d'abord avoir en tête les trois principes généraux suivants :

- Le droit à l'information médicale et au consentement aux soins est désormais inscrit réglementairement dans le mouvement général de reconnaissance des droits des patientes.
- Ce devoir d'information de la patiente s'étend à ses proches dans le respect des règles déontologiques.



la loi du 26 janvier 2016, dite de « *modernisation de notre système de santé* », a renforcé le rôle des représentants des usagers dans les établissements de soins...



- Ce n'est pas à la patiente de s'adapter à la sage-femme mais à la sage-femme de s'adapter à la patiente.

Pour répondre à cette dernière nécessité, nous reprendrons les personnalités types décrites par F. Lelord et C. André ⁽¹⁾, et très clairement mises en situation de relation médecin-malade par I. Moley-Massol ⁽²⁾.

Nous allons voir comment peut se présenter la confrontation d'une sage-femme avec ces personnalités types de patientes dans le contexte suivant, démarqué de celui proposé par I. Moley-Massol :

« Contrairement à ce qui était prévu, la sage-femme n'a pas reçu les résultats d'examens complémentaires réalisés dans le cadre du suivi de la grossesse ».

Face à cette situation, voyons comment réagissent chacune des personnalités types et ce qu'il convient de faire et de ne pas faire pour limiter le risque de développement d'une situation conflictuelle :

- **La personnalité hystérique**, qui pensera : « *Elle n'a pas pris la peine de chercher. Pourquoi ne s'intéresse-t-elle pas plus à moi ?* »

→ **À FAIRE** : montrer de l'intérêt tout en gardant la bonne distance, accepter la dramatisation du discours mais poser des limites.

→ **À NE PAS FAIRE** : surmédicaliser, tourner ses propos en dérision, tomber dans le piège de la séduction.

- **La personnalité obsessionnelle**, qui pensera : « *J'ai bien noté qu'elle devait les recevoir il y a 3 jours. Ce n'est pas sérieux. Je vais demander à l'infirmière* ».

→ **À FAIRE** : donner des explications précises, se montrer fiable.

→ **À NE PAS FAIRE** : se laisser envahir par son souci de détails, ses doutes et questionnements.

- **La personnalité narcissique**, qui pensera : « *C'est inadmissible. Pour qui se prend-elle ?* ».

→ **À FAIRE** : se comporter comme avec les autres patients sans traitement de faveur.

→ **À NE PAS FAIRE** : établir un rapport de force, se laisser manipuler.

- **La personnalité anxieuse**, qui pensera : « *Il doit y avoir un problème grave et elle ne veut pas me le dire* ».

→ **À FAIRE** : écouter, informer en allant à l'essentiel, cadrer l'entretien.

→ **À NE PAS FAIRE** : donner trop d'informations qu'elle ne pourrait pas gérer, lui faire partager vos propres questionnements.

- **La personnalité dépendante**, qui pensera : « *Cela me donnera l'occasion de la revoir. C'est plutôt bien finalement* ».

→ **À FAIRE** : rassurer, accompagner sans trop mater.

→ **À NE PAS FAIRE** : la critiquer, se laisser envahir.

- **La personnalité évitante**, qui pensera : « *Elle ne me croit pas capable d'affronter les résultats des analyses* ».

→ **À FAIRE** : apprivoiser la relation, assurer la patiente de son soutien.

→ **À NE PAS FAIRE** : ironiser, "secouer" la patiente.

- **La personnalité impatiente**, qui pensera : « *On me fait perdre mon temps* ».

→ **À FAIRE** : donner des explications précises, aller droit au but.

→ **À NE PAS FAIRE** : établir un rapport de force.

- **La personnalité paranoïaque**, qui pensera : « *Qu'est ce qu'elle me cache ? Elle me met à l'épreuve* ».

→ **À FAIRE** : éviter le rapport de force, éviter les malentendus, passer la main si la relation devient impossible ou hostile.

→ **À NE PAS FAIRE** : l'agresser, être familier, devenir soi-même paranoïaque...

- **La personnalité antisociale**, qui pensera : « *Si je n'ai pas mes résultats, je m'en vais* ».

→ **À FAIRE** : rester aussi neutre que possible, savoir refuser.

→ **À NE PAS FAIRE** : juger, montrer trop de complaisance.

Par ailleurs, quelle que soit la personnalité de la patiente, la prévention des conflits passe aussi par la nécessité, dans la communication avec elle, de :

- Se garder d'un a priori négatif sur la pertinence des informations données par elle-même ou son entourage.
- Se garder de formuler des conclusions hâtives insuffisamment étayées.
- Lui préciser clairement ce que l'on va faire et pourquoi on va le faire.

■ PRÉVENTION DU CONFLIT DANS LE CAS PARTICULIER DE LA SURVENUE D'UNE COMPLICATION

Face à une complication, il convient avant tout, pour essayer d'éviter le conflit, d'adopter un comportement professionnel rigoureux, ce qui consiste, comme nous l'avons indiqué plus haut en référence à la situation conflictuelle provoquée par la survenue d'un événement indésirable, à donner à la patiente et à son entourage une information claire sur la complication



Il ne faut pas adopter l'une des classiques mais néfastes attitudes de défense des soignants qui consistent à mentir, à fuir la patiente, à l'éviter, à retarder son information ou à lui donner l'information de façon négligente...



survenue et sur les mesures qui ont été prises pour y remédier ou en atténuer les conséquences.

A contrario, il ne faut pas, dans ce contexte, adopter l'une des classiques mais néfastes attitudes de défense des soignants qui consistent à mentir, à fuir la patiente, à l'éviter, à retarder son information ou à lui donner l'information de façon négligente (rapidement, entre deux portes...) voir à s'efforcer de la rassurer à tout prix en minimisant les conséquences de la complication.

Au total, pour prévenir l'installation d'une situation conflictuelle avec une patiente, il faut avant tout l'écouter, l'entendre, lui expliquer...

Enfin, pour faire face, dans les meilleures conditions possibles, à une situation conflictuelle émergente, il faut tout écrire dans le dossier médical. Plus la sage-femme aura noté d'informations sur les signes observés (sans oublier les signes négatifs), les mesures prises, les conseils donnés à la patiente, mieux elle sera armée pour faire face aux éventuels conflits ultérieurs.

POUR CONCLURE

Nous rappellerons que, si les patientes sont de mieux en mieux informées de leurs droits, il est indispensable que les sages-femmes les connaissent également parfaitement ⁽³⁾.

RÉFÉRENCES

1. Lelord F., André C., *Comment gérer les personnalités difficiles*, Odile Jacob, Paris, 2000
2. Moley-Massol I., *Relation médecin-malade, enjeux, pièges et opportunités, situations pratiques*, Le Praticien, Ed DaTeBe, Courbevoie, 2007
3. Ponchon F., *Les droits des patients à l'hôpital*, Collection Que sais-je ?, PUF, Paris, 2002
4. *Panorama du risque en établissements de santé, sociaux et médico-sociaux*, SHAM, Édition 2016

À l'approche des fêtes de fin d'année, nous vous proposons une sélection de quelques ouvrages destinés aux enfants.

Je m'appelle Léon

● Kit de Waal

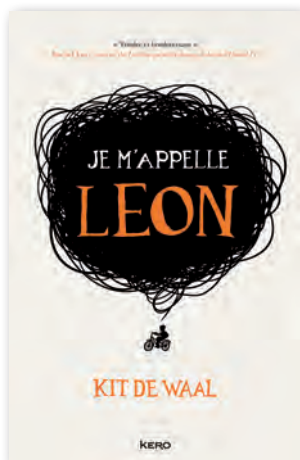
Traduit de l'anglais (Grande-Bretagne) par Isabelle Chapman.

Comment se constituer une toute nouvelle famille de bric et de broc ?

Léon, 9 ans, est un garçon courageux. Quand un jour sa mère n'arrive plus à se lever le matin, il s'occupe de son demi-frère Jake. Quand l'assistante sociale emmène les deux garçons chez Maureen au gros ventre et aux bras de boxeur, c'est lui qui sait de quoi le bébé a besoin. Mais quand on lui enlève son frère et qu'on lui dit que chez ses nouveaux parents il n'y a pas de place pour un grand garçon à la peau sombre, c'en est trop.

Heureusement Léon rencontre Tufty, qui est grand et fort, qui fait du vélo comme lui et qui, dans son jardin, lui apprend comment prendre soin d'une petite plante fragile. Mais Léon n'oublie pas sa promesse de retrouver Jake et de réunir les siens comme avant. Le jour où il entend une conversation qui ne lui était pas destinée, il décide de passer à l'action...

Émouvant, dramatique mais aussi jubilatoire, *Je m'appelle Léon* évoque de façon éloquente la force de l'amour, le lien indéchirable entre frères, et ce qui, en fin de compte, fait une famille.



Éditions Kero
Parution : 25 août 2016
ISBN13 : 978-2-366-58202-4

352 pages
Format : 145 x 225 - 19,90 €
<http://www.editionskero.com/>

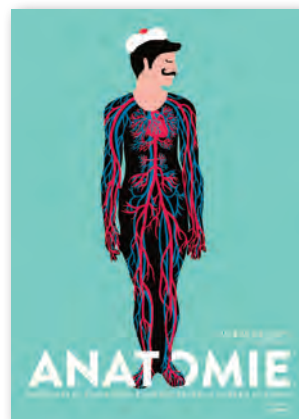
ANATOMIE

● Hélène Druvert

Un documentaire pour découvrir l'anatomie et le fonctionnement du corps humain à travers des illustrations et des découpes laser. Le corps comme vous ne l'avez jamais vu ! Un beau livre d'une beauté renversante, enrichi de découpes laser et de flaps pour découvrir le corps dans les moindres de ses méandres. Les textes, rédigés par un médecin – le père d'Hélène Druvert –, savent se faire précis mais accessibles, passionnants et techniques à la fois. Hélène Druvert, designer textile, avec son immense talent d'illustratrice et d'ingénieur papier, compose des doubles pages dans la plus grande tradition des planches anatomiques du XIX^e siècle. Le corps se trouve disséqué et magnifié pour en comprendre tout le mystérieux fonctionnement.

Sommaire : les muscles, le système nerveux, le cerveau, le squelette, l'appareil respiratoire et les poumons, le système circulatoire, le cœur, l'appareil digestif, l'appareil urinaire, les organes des cinq sens (les yeux, le nez, la bouche, l'oreille, la main), le système reproducteur masculin, pour finir en beauté sur l'appareil reproducteur féminin et la grossesse.

Anatomie, ou comment ausculter cette incroyable machine qu'est le corps humain !



Éditions De La Martinière Jeunesse
Parution : 20 octobre 2016
ISBN13 : 978-2-732-47893-7

9-12 ans
Format : 25 x 36 cm - 22 €
<http://www.lamartinierejeunesse.fr/>



Graines de Charlie

● Gép (scénario) et Édith Chambon (dessins et couleurs)

Un mercredi ordinaire commence pour Sonia et ses amis, tous collégiens. Mais nous sommes le 7 janvier 2015 et ce midi-là à la cantine, tout le monde a les yeux rivés sur son portable : Charlie Hebdo, un hebdomadaire, a été victime d'un attentat. Dans les jours qui suivent, chacun réagit à l'événement à sa manière et avec ses convictions...

Paru un an après le terrible attentat du 7 janvier 2015 au sein de la rédaction de Charlie Hebdo, *Graines de Charlie* s'inscrit dans l'esprit d'une collection plus large : *Graines d'ados*. Des livres à la frontière du roman et de la Bande Dessinée, dont les contenus et thématiques abordés s'inscriraient dans la continuité d'une autre collection bien célèbre pour enfants : *Max et Lili*. Ici les héros sont plus vieux : ce sont des collégiens. Après avoir interrogé la place du portable, le rôle des réseaux sociaux ou encore l'importance de l'argent de poche... ce huitième *Graines d'ados* revient donc sur l'attentat marquant du 7 janvier 2015 contre *Charlie Hebdo*.

L'auteur Gép et l'illustratrice Édith Chambon mettent en scène, en quelques pages, les réactions, les questionnements mais aussi les réponses qui traversent les jeunes face à cet événement. Que ça soit Sonia, Salomé, Cassiopée ou Zohra, héros de *Graines de Charlie*, chacun vit la situation différemment parce qu'ils n'ont pas tous la même histoire, la même religion, la même perception de l'attentat. Il y a ceux qui se sentent Charlie, ceux qui ne le sont pas, ceux qui veulent faire la minute de silence et ceux pour qui ça ne représente rien...

Une Bande Dessinée/roman qui met en avant toutes ces interrogations et explique aussi les choix des uns et des autres sans jamais les condamner. La disparité des points de vue est habilement mise en scène, que ce soit du côté des ados mais aussi des adultes. On y voit ainsi une grand-mère chagrinée par la perte d'esprit comme Cabu et Wolinski tandis que les parents de Zohra, musulmans, craignent d'être une fois de plus stigmatisés...

Accompagné par les illustrations désormais familières d'Édith Chambon pour la collection, toujours empreintes de sensibilité, *Graines de Charlie* dépeint très bien l'ambiance des jours qui ont suivi l'attentat. La conclusion, pleine d'optimisme, donne toute confiance en la jeunesse.

Éditions Mouck
Parution : 2016
ISBN : 978-2-917442-43-2
40 pages - 9,50 €
<http://www.editionsmouck.fr/>

MAI 2016

Création de SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Santé publique France, la nouvelle agence nationale de santé publique, a été officiellement créée par l'ordonnance n° 2016-462 et le décret 2016-523, le 1^{er} mai 2016.

La nouvelle agence reprend les missions et les compétences des trois agences sanitaires (Inpes, InVS et Eprus).

SES MISSIONS :

- **ANTICIPER.** La veille et la surveillance de l'état de santé des populations, l'alerte sanitaire.
- **COMPRENDRE.** La connaissance des déterminants et des comportements, la conception des stratégies d'intervention, l'expérimentation.
- **AGIR.** La prévention, l'éducation et la promotion de la santé, la réponse aux menaces et crises sanitaires.

MISSIONS	Détecter les risques sanitaires et apporter les éléments de décision à la puissance publique	Améliorer la connaissance sur l'état de santé de la population, les comportements, les risques sanitaires et concevoir les stratégies d'intervention en prévention et promotion de la santé	Promouvoir la santé, agir sur les environnements, expérimenter et mettre en œuvre les programmes de prévention, répondre aux crises sanitaires
MÉTIERS	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotage et maintenance du système d'alerte • Veille et analyse des signaux • Investigation 	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance sanitaire: pathologies, milieux et habitudes de vie • Enquêtes/Recherche • Évaluation d'impact sur la santé • Conception de programmes et de projets • Évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication, marketing social, aide à distance • Animation réseau/déploiement/mobilisation • Transferts de connaissances et partenariats • Intervention en situation de crise
LIVRABLES	<ul style="list-style-type: none"> • Cellule de coordination • Bulletins quotidiens d'alerte et de veille • Rapports d'investigation et publications scientifiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats d'études, rapports d'expertise, open data • Référentiels d'intervention et publications scientifiques • Avis & recommandations • Programmes et stratégies d'intervention • Retours d'expérience 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositifs d'information et d'accompagnement des publics • Outils d'intervention et matériel de prévention • Coordination, implémentation, formation • Mobilisation des réserves et du stock stratégique

AVIS DU HAUT CONSEIL DE SANTÉ PUBLIQUE DU 7 OCTOBRE 2016

VIRUS ZIKA. Risque de transmission par le lait maternel

Des études récentes montrent la **présence du virus Zika dans les liquides biologiques** (le sang et le sperme), ce qui a conduit le Haut Conseil de santé publique à donner un avis sur la prévention de la transmission sexuelle du virus Zika (actualisé le 20 juin 2016). La présence du virus Zika également observée dans le lait maternel pose la question du risque de transmission de ce virus par le lait.

Le HCSP a pris en compte le fait qu'une infection par le virus Zika peut être associée à des troubles neurologiques quel que soit l'âge, cependant il n'a pas été décrit d'infections plus graves ou plus fréquentes chez les nouveau-nés. Aucune étude clinique n'apporte à ce jour d'éléments en faveur d'une transmission de la maladie de la mère à l'enfant par l'intermédiaire du lait maternel. Par ailleurs, les avantages

de l'allaitement maternel sont multiples.

Aussi, le HCSP ne recommande pas de dispositions particulières :

- **pour les femmes qui allaitent leur enfant**, en cas d'antécédent d'infection à virus Zika, d'infection présente ou en cas d'exposition au risque dans une zone d'endémie,
- **pour la préparation et les modalités de délivrance des laits distribués par les lactariums**, en métropole comme dans les zones d'endémie, compte tenu de l'absence de virus infectieux après pasteurisation du lait maternel. •

+ D'INFO
<http://www.hcsp.fr/>



AVIS DU HAUT CONSEIL DE SANTÉ PUBLIQUE DU 7 OCTOBRE 2016

GRIPPE SAISONNIÈRE. Utilisation des vaccins quadrivalents inactivés

Les données épidémiologiques et virologiques disponibles à ce jour en France n'apportent pas d'éléments nouveaux permettant de privilégier l'utilisation des vaccins quadrivalents inactivés par rapport aux vaccins trivalents, ni d'identifier une ou des populations chez qui ce vaccin pourrait être recommandé de façon préférentielle.

Le Haut Conseil de santé publique avait émis des recommandations le 23 mai 2014 afin de déterminer la place du vaccin grippal tétravalent inactivé FluarixTetra® dans la stratégie vaccinale vis-à-vis de la prévention de la grippe saisonnière. FluarixTetra® est un vaccin grippal inactivé à virion fragmenté contenant deux sous-types de virus grippal A (H1N1 et H3N2) et deux types de virus grippal B (lignées Victoria et Yamagata). Seuls les vaccins trivalents sont pris en charge par l'assurance maladie pour les personnes ciblées par les recommandations vaccinales.

Sollicité sur la pertinence de remplacer le vaccin trivalent inactivé par le quadrivalent, le HCSP a pris en compte les données épidémiologiques et virologiques disponibles à ce jour en France et l'absence de données d'efficacité clinique comparatives. Il conclut qu'**aucun élément nouveau ne permet de privilégier l'utilisation des vaccins quadrivalents par rapport aux vaccins trivalents inactivés**. Bien que le poids de la grippe B soit moindre que celui de la grippe A, le remplacement du vaccin trivalent par le vaccin quadrivalent paraît probable pour l'avenir en raison de l'évolution divergente des deux lignées de virus B.

En outre, le HCSP rappelle que **la priorité reste d'améliorer la couverture vaccinale des populations ciblées par les recommandations**. •

+ D'INFO
<http://www.hcsp.fr/>



COMMUNIQUÉS DE PRESSE DU 10 NOVEMBRE 2016

VACCINER LA FEMME ENCEINTE CONTRE LA GRIPPE : PROTÉGER LA MÈRE, PROTÉGER L'ENFANT À NAÎTRE

Comme chaque année à l'automne, la campagne française de vaccination antigrippale a débuté. La grippe a une réputation de maladie peu grave ; il s'agit en fait de la première cause de mortalité par maladie infectieuse en France. Sont plus particulièrement à risque de présenter une grippe grave les personnes de plus de 65 ans, celles qui ont une maladie chronique, les immunodéprimés, les nourrissons de moins de 2 ans (en particulier avant 6 mois), les sujets obèses et les femmes enceintes.

Le Groupe "Vaccination et Prévention" de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français et le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes souhaitent, comme l'an dernier, insister sur l'intérêt de la vaccination des femmes enceintes, qui offre le double avantage de prévenir les gripes graves à la fois chez la mère et chez l'enfant à naître au cours de ses premiers mois de vie.

■ La femme enceinte présente un sur-risque de grippe grave

De nombreuses études, dont certaines conduites en France, montrent que la grippe est plus souvent grave lorsqu'elle survient chez la femme enceinte. Les hospitalisations sont jusqu'à 7 fois plus fréquentes que dans une population du même âge, en particulier du fait de la survenue de complications respiratoires et/ou cardiaques. Ainsi, chaque année en France, 30 à 60 femmes enceintes sont hospitalisées en réanimation pour une grippe grave, la plupart sans maladie préexistante. La grippe expose également au risque de fausse couche et d'accouchement prématuré, en particulier lors des cas graves requérant l'hospitalisation.

■ Les nourrissons, surtout avant 6 mois, présentent un risque particulier pour la grippe

Les enfants de moins de 2 ans, en particulier avant 6 mois, sont plus fréquemment hospitalisés et ont plus de risque de devoir être pris en charge en réanimation en cas de grippe. Chaque année, plus d'une vingtaine de nourrissons de moins de 6 mois est ainsi pris en charge en réanimation en France. De plus, le vaccin antigrippal ne peut pas être administré avant l'âge de 6 mois.

■ Le vaccin antigrippal est efficace chez la femme enceinte

Les études disponibles montrent que la vaccination pendant la grossesse permet d'éviter environ 50 % des cas de grippe (ce taux variant d'une année sur l'autre, comme en population générale), et d'avantage encore en cas de pandémie grippale (comme en 2009). La vaccination permet aussi de diminuer la survenue des complications respiratoires.

■ La vaccination de la femme enceinte prévient la grippe chez l'enfant après sa naissance

Le vaccin administré chez la mère au cours de la grossesse permet la production d'anticorps qui vont la protéger contre le virus grippal ; ces anticorps vont passer le placenta, être transmis au fœtus et persister 3 à 6 mois après la naissance. De ce fait, les nourrissons dont la mère est vaccinée pendant la grossesse sont moins souvent atteints de grippe durant l'année suivant leur naissance (protection de 40 à 60 %). La vaccination de la femme enceinte a donc comme bénéfice supplémentaire la protection de l'enfant à naître pendant les mois durant lesquels il est le plus fragile.

■ Le vaccin antigrippal peut être administré sans risque chez la femme enceinte

Des études menées sur plusieurs centaines de milliers de femmes enceintes ont montré que le vaccin antigrippal peut être utilisé sans risque en cours de grossesse. Il n'est associé à aucun risque de maladie maternelle, ni retard de croissance in utero, ni fausse couche, ni malformation fœtale, ou maladie de l'enfant après sa naissance. Le risque chez la mère de polyradiculonévrite aiguë (syndrome de Guillain-Barré), qui représente 1 cas par million de personnes vaccinées contre la grippe, est tellement faible qu'il n'a pu être observé chez la femme enceinte (et sa fréquence est par ailleurs plus élevée après la grippe).

Pour toutes ces raisons, le Groupe Vaccination et Prévention de la SPILF, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français et le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes **insistent sur l'importance de la vaccination contre la grippe des femmes enceintes, quel que soit le terme de la grossesse, avant le début de l'épidémie grippale.**

Son effet s'ajoute à la vaccination antigrippale des personnels de santé, dont ceux qui sont au contact des femmes enceintes et des jeunes enfants.

COMMUNIQUÉ CONJOINT

Le Conseil National
de l'Ordre des
Sages-Femmes

La Société de Pathologie
Infectieuse de Langue
Française (Groupe "Vaccination
et Prévention")

Le Collège National
des Gynécologues et
Obstétriciens Français.

Évocations sur la maternité dans les provinces du Cap en Afrique du Sud

C'est vraiment le mois privilégié pour s'intéresser à la maternité en Afrique du Sud. En effet, tout au long du mois de décembre 2016, l'Afrique du Sud célèbre le centième anniversaire de la bien connue maternité *Mowbray* ou *Mowbray Maternity Hospital* (MMH). Construite il y a cent ans sur le site de *Wheatfields Nursing Home* dans la capitale de la province du Cap, la maternité accueillait les femmes de la *City of Greater Cape Town*¹. Les commémorations ont commencé en avril dernier, soit neuf mois avant la date anniversaire de l'inauguration de la maternité, pour marquer symboliquement la durée d'une grossesse².

C'est en étudiant l'histoire de cette mythique maternité que l'on découvre qu'elle accueillait sa première patiente le 23 décembre 1916. Puis, animée par la volonté d'offrir de meilleures conditions d'accueil, la maternité fut achetée en 1933 par M. et M^{me} J. Gilchrist, qui la rebaptisèrent du nom de *Mowbray Nursing Home*. Les deux filles du couple se joignirent aussitôt à leurs parents dans cette aventure.

Toutefois, en 1948, les filles du couple décidèrent de vendre la maternité au gouvernement de l'union sud-africaine pour la somme de 35 000 dollars et cette dernière devint le *Mowbray Maternity Hospital*. La première maternité fut détruite dans les années 1960 pour laisser place au bâtiment moderne que connaissent les habitants de Cape Town.

« C'est à vous mères, c'est à vous enfants de la terre, pépinière dorée que je dédie mon amour... »

Marie-Léontine Tsiminda³

Si de célèbres maternités rayonnent aujourd'hui à travers l'Afrique du Sud, comme la *MediClinic* de Constantiaberg⁴ (Cape Town), « la défaillance des soins de maternité en Afrique du Sud », comme le titrait *Human Rights Watch*, reste criante⁵. De plus, en avril 2015, RFI pointait le problème du nombre toujours plus élevé de grossesses parmi les adolescentes en



Afrique du Sud. Cette "mode" lancée au début des années 2000 était expliquée par le site *Times Live* comme un moyen pour les jeunes de 12 à 19 ans de "combler un vide"⁶.

Vu de France, la maternité en Afrique du Sud peut être vue comme un choc culturel. De plus, les études sur la maternité en Afrique sont rares comme l'écrivait Anne Hugon en 2005 : « La production sur l'histoire de la maternité en Afrique souffre d'un puissant paradoxe : on y distingue très peu d'études systématiques, alors même que tout le monde s'accorde à dire que la maternité est un passage obligé (et consenti) pour les Africaines. »⁷

ENTRE INNOVATIONS ET TRADITIONS

Les risques pour la mère et pour le bébé durant la grossesse sont nombreux en Afrique du Sud. Prenons trois exemples.

D'abord, si l'on prend en compte les réalités du quotidien et les conditions de vie, on s'aperçoit que des facteurs très divers mettent en danger le fœtus. La BBC rapportait le 30 août

1. www.pitrust.org.za/

2. www.news24.com et www.mowbraymaternity.files.wordpress.com

3. Marie-Léontine TSIBINDA est une poétesse congolaise née en 1958 dans le Kouilou.

4. www.mediclinic.co.za

5. L'actualité du 10 mars 2016 rapportait l'histoire d'une enfant qui avait été enlevée en 1998 dans une maternité du Cap et qui fut identifiée grâce à un test ADN.

6. Esther ETKIN, *Teens become moms to give life meaning*, 28 février 2011 – www.timeslive.co.za

7. Anne HUGON, *L'historiographie de la maternité en Afrique subsaharienne*. Maternités, 2005, 21, p. 212.

2016, que « des millions de bébés naissent avec de gros handicaps mentaux parce que leurs mères ont pris beaucoup d'alcool pendant la grossesse » avant d'ajouter qu'« en Afrique du Sud, c'est un véritable fléau et que la province du Cap occidental est la plus touchée du pays. »⁸

Ensuite, en Afrique du Sud, les femmes emploient encore couramment durant la grossesse des méthodes ancestrales pour se soigner. L'utilisation des plantes traditionnelles pour traiter les maux de la grossesse, plantes qui ont des indications thérapeutiques traditionnelles, est légion. Voici quelques exemples : les racines tubéreuses de la liane *Jateorhiza Palmata* (présente au Kwazulu-Natal – ville Durban) sont consommées contre les vomissements durant la grossesse, contre les nausées matinales, on prépare toujours des infusions de feuilles et d'écorce de *Phyllanthus Nummularifolius* (famille des Euphorbiacées) et les femmes se servent encore d'*Euphorbia Hirta* pour traiter les douleurs pendant la grossesse.⁹

Au nord de l'Afrique du Sud, les racines d'*Antizoma Angustifolia* (contient une grande quantité d'alkaloïdes) sont préparées en décoction pour « maintenir une mobilité chez le fœtus et faciliter l'accouchement ainsi que l'expulsion du placenta »¹⁰ et, pour déclencher la grossesse, une décoction de racines de *Bulbine Capitata*, une plante herbacée vivace, est prise par les femmes.

Enfin, en faisant le point sur les comportements traditionnels dans les régions du Cap en Afrique du Sud, la littérature apporte des informations importantes sur le refus des maris de laisser leur femme enceinte être prise en charge par une structure hospitalière. Considéré comme une pratique naguère inatteignable, les femmes ne devaient ni accoucher dans une maternité, ni dans un hôpital.

Par conséquent, comme le rappelaient en 2015 les démographes Yves Charbit et Maryse Gaimard : « La plupart des femmes, notamment en Asie et en Afrique, accouchent en l'absence de personnel qualifié (médecins, infirmières ou sages-femmes) »¹¹. De son côté, la Banque Africaine de Développement notait en septembre 2009 : « L'accès aux services de santé s'est considérablement amélioré mais demeure très inégal, particulièrement dans quelques zones rurales où jusqu'à 40 % des accouchements ont lieu à la maison sans l'assistance d'accoucheuses qualifiées. »

ACCUEILLIR EFFICACEMENT LES FEMMES ENCEINTES ?

Pays de contrastes, l'Afrique du Sud possède cependant des infrastructures hospitalières nationales qui se sont mises en place au fil du temps. Par exemple, la maternité du *Chris Hani Baragwanath Hospital* (centre hospitalier de Soweto – Province du Gauteng), répertorié comme le troisième plus grand hôpital du monde, accueille chaque année près de 60 000 femmes. La qualité et la sécurité des soins qui y sont dispensés sont cependant à améliorer. La journaliste française Sophie Bouillon décrit dans une fiction, mais avec des mots justes, la maternité de l'hôpital "Bara" : « Dans la salle d'attente, une dizaine de femmes étaient déjà sur le point d'accoucher. L'une d'entre elles a hurlé, crié et personne n'y a prêté attention. Elle a accouché de son bébé dans les toilettes. [...] Elle a eu de la chance d'être transférée à temps dans une de ces immenses salles du service de maternité, où soixante-dix lits sont juxtaposés et séparés par un simple rideau. [...] Natalya Diant est obstétricienne, mais elle

a quitté Baragwanath à la fin des années 90. Lorsqu'elle en parle, elle cache son visage entre ses mains : « D'un côté, on a un système privé qui gaspille les antibiotiques, les compresses, fait des radios pour un oui ou pour un non, et dans le secteur public, on manque d'antibiotiques, de compresses, de forceps, de draps, d'antidouleurs, de tout ! »¹²

SUR LES TRACES DU PASSÉ

La colonie du Cap connu au début du XIX^e siècle une grande évolution en matière de santé. Vers 1830, une école pour les sages-femmes y ouvrit par exemple ses portes comme l'écrit Laurence Creusat dans *Gestion traditionnelle de la maladie et politiques de santé en Afrique du Sud*.

Ailleurs dans le pays, les situations furent variables et sont connues grâce aux travaux des ethnologues. Prenons l'exemple de l'ethnie Thonga, une ethnie de pêcheurs installée historiquement au Maputaland. Cette population assaillie par les Zoulous, les Portugais et les Anglais au XIX^e siècle, qui connut entre 1913 et 1915, une famine importante, avait des mœurs autour de la grossesse et de l'accouchement qui sont bien connus grâce aux études du pasteur Henri-Alexandre Junod¹³ qui écrivit *Mœurs et coutumes des Bantous : la vie d'une tribu sud-africaine*.¹⁴

L'auteur indique par exemple : « Lors de sa première grossesse, dès que ses seins commencent à se gonfler et à noircir, la femme entre dans l'état appelé mounyama (obscurité) et doit suivre un traitement spécial. Le médecin fait de petites incisions près des seins et aux jambes, et il en fait jaillir un peu de sang. La femme enceinte boit également une tisane destinée à produire le même effet, c'est-à-dire "enlever le sang" »¹⁵. S'appuyant sur ses récits, nous connaissons les traditions particulières de cette ethnie¹⁶.

Les missionnaires dont les objectifs initiaux étaient d'œuvrer à l'implantation de l'Église et de sauver les âmes, portèrent une grande attention aux problèmes des femmes enceintes et des nouveau-nés. Ainsi, les Sœurs Bénédictines de Tutzing, qui aident les jeunes églises à se développer en Afrique aidèrent les femmes en couches en Afrique du Sud¹⁷.

Parmi les missionnaires qui jouèrent un rôle important, il y eut la sœur Reinolda May qui, devenue sage-femme dans un hôpital public de Pietermaritzburg, partit en juin 1938 dans un hôpital fondé par le *Benedictin Mission Hospital* à Nongoma dans la province de Kwazulu-Natal¹⁸. Elle vécut toute sa vie auprès des femmes enceintes sud-africaines.

8. www.bbc.com/afrique/region-37225946

9. Cette plante est aussi utilisée pour lutter contre les troubles de la lactation.

10. *Plantes médicinales*. Prota, G.H. Schmelzer, 2008, p. 115.

11. Yves CHARBIT et Maryse GAIMARD, *La bombe démographique en question*. Paris, PUF, janvier 2015, 252 p.

12. Sophie BOUILLON, *Une vie de pintade en Afrique du Sud*. Paris, Calmann-Lévy, octobre 2013, pp. 150-151.

13. *Ethnographie*. Études. Paris, V. Retaux, p. 705.

14. Henri Alexandre JUNOD, *Mœurs et coutumes des Bantous : la vie d'une tribu sud-africaine*. Paris, Payot, 1936, 515 p.

15. Henri Alexandre JUNOD, p. 180.

16. Parmi les superstitions et les croyances de ces derniers, nous savons que si durant la grossesse, il y a une infidélité et que l'un ou l'autre revient vers son conjoint, il y a un risque que l'enfant attrape une maladie de la fontanelle ou Thlogwana.

17. Cf. les recherches sur l'instruction Constansac sedula du 11 février 1936 qui autorise les religieuses de vœux publics à exercer la médecine et l'obstétrique.

18. www.kznhealth.gov.za

AU MOMENT DE L'APARTHEID : 1948-1994

L'Afrique du Sud est un État qui a connu une histoire mouvementée et qui reçut de multiples influences. D'abord, l'influence négative allemande y fut majeure de 1883 à 1920, ce fut aussi les heures les plus sombres de l'histoire coloniale allemande¹⁹. Puis, il y eut la période de l'apartheid instauré officiellement en 1948.

Pour paraphraser le titre d'un reportage de Gaumont Pathé, l'apartheid fut aussi un « *apartheid dans les maternités* »²⁰.

Durant cette période, la sorcellerie et la médecine traditionnelle y furent réprimées. En Afrique du Sud, cela se traduit par le vote du *Witchcraft Suppression Act* N° 3 de 1957. Il existe toutefois encore de nos jours les *Sangomas*, des femmes qui traitent les malades et les *Inyangas* des hommes qui traitent par la spiritualité les malades²¹.

Laurence Creusat indique enfin : « En 1957, cette politique (de l'apartheid) s'étend au domaine de la santé avec, entre autres, l'impossibilité pour des infirmières et des sages-femmes blanches d'être sous les ordres de "non-blanc" »²². De fait, en résistance aux soins dispensés par la médecine, le rôle des *Ababekisi* (*Ababelethsi*) ou sages-femmes traditionnelles en Afrique du Sud fut renforcé²³.

UNE CAMPAGNE TONITRUANTE : LES SEXTUPLÉS ROSENKOWITZ (1974)

Longtemps considérée comme un nid de pratiques traditionnelles en matière de conception, de grossesse et d'accouchement, la mémoire obstétricale de l'Afrique du Sud et plus particulièrement de Cape Town s'est invitée dans l'actualité de l'année 1974 avec la naissance des sextuplés Rosenkowitz. On s'attache ici à rappeler que dans les années 1960 et 1970, les travaux de Willie van Niekerk (1937-2009) ont permis de développer le service de gynécologie obstétrique à l'université de Stellenbosch dans la province du Cap-Occidental.

Ainsi, le 11 janvier 1974 naissaient à la maternité de Mowbray ceux que la presse surnommait les sextuplés Rosenkowitz. Lorsque les parents des enfants c'est-à-dire Susan et Colin Rosenkowitz²⁴, donnèrent le jour au Cap à ces trois garçons et à ces trois filles, il fut impossible pour qui vivaient dans les années 1970 dans la ville de ne pas entendre parler d'eux tant la débauche d'analyse et l'obsession du détail furent stimulés²⁵.

Sous les spots quasi-hollywoodiens, le monde découvrit David Peter (2,020 kg), Grant Vincent (1,880 kg), Élisabeth Rebecca (1,980 kg), Nicollete Anne (1,260 kg), Emma Louise (1,820 kg), Jason Solomon (2,080 kg).

Ils naquirent au bout de la 34^e semaine de grossesse par césarienne et pesaient entre 1 kg 100 et 2 kg. À eux six, ils totalisaient 11 kg. L'histoire se souvient qu'ils furent les premiers sextuplés recensés et médiatisés à avoir survécu.

La version *people* de ces naissances ne tarda pas à paraître. Un quotidien déboursa 150 000 dollars pour obtenir l'exclusivité de l'histoire. Aujourd'hui encore, les sextuplés font régulièrement le bonheur de la presse : la chaîne de télévision ITV leur consacra récemment un documentaire.

L'APRÈS-APARTHEID

Après la fin de l'Apartheid, en 1994, les vestiges du passé résistèrent en dépit d'un soupçon de progrès dans les maternités des "beaux quartiers". Trois progrès apparaissent majeurs :

- Les soins médicaux pour les femmes enceintes sont devenus gratuits.

- En 1998, un progrès majeur fut opéré avec le vote des Lois sur la violence conjugale et l'interruption des grossesses (*Domestic Violence and The Termination of Pregnancy Acts*).
- Les domestiques ont vu leurs conditions de travail "améliorées" en cas de grossesse ou de naissance. Ainsi, « les salariés ont désormais droit à un congé maternité de 4 mois (non rémunéré!) »²⁶.

Enfin, aujourd'hui, les femmes et les hommes de Cape Town se retrouvent pris au piège par le sida qui ravage toute l'Afrique du Sud. Lestée par ce problème, c'est dans cette atmosphère que s'est tenue à Durban la 21^e conférence internationale sur le sida du 18 au 22 juillet dernier²⁷. Il fallait agir, c'est pourquoi, contre toute attente, désormais en Afrique du Sud, avant même que les jeunes deviennent sexuellement actifs, ils sont approchés par des campagnes qui les sensibilisent pour que chacun connaisse le risque de transmission du sida. Pour provoquer des chocs, les messages ont cette teneur : « *I am Mr. Condom – Get me, use me, I will defend you from HIV and AIDS* »²⁸.

CONCLUSION

L'histoire de l'obstétrique en Afrique du Sud semble être une accumulation de traumatismes, cependant, le pays fut dans son histoire, de temps en temps, pionnier en matière médicale ; ce fut le cas en décembre 1967 lorsqu'eut lieu la première transplantation du cœur au *Groote Schuur Hospital* à Captown.

L'historien se doit à présent de composer une histoire rassemblant les connaissances des rites traditionnelles, des superstitions et des croyances en Afrique du Sud liées à la conception, à la grossesse et à l'accouchement. Une telle somme permettrait de mieux appréhender les comportements des femmes enceintes sud-africaines²⁹.

De commémorations en commémorations... l'année 2017 verra le centenaire de la création de la maternité *St. Monica's Home* à Cape Town établie en 1917 par l'Église anglicane pour les femmes les plus pauvres³⁰.

19. Gerhard SEYFRIED, *Herero. Frankfurt am Main*, Eichborn, 2003, 603 p.

20. Sous la référence EXTSYN 217, Gaumont Pathé Archives propose de revoir un reportage intitulé "Afrique du Sud – Apartheid de la médecine" (mai 1987).

21. Philippe DENIS, "La montée de la religion traditionnelle africaine dans l'Afrique du Sud démocratique". Histoire et Missions Chrétiennes, 2007, 3, pp. 121-135.

22. Laurence CREUSAT, *Gestion traditionnelle de la maladie et politiques de santé en Afrique du Sud*. Presses Univ. Blaise Pascal, 2000, p. 98.

23. Adam ASHFORTH, *Witchcraft, Violence and Democracy in South Africa*. Chicago, University of Chicago Press, 2005, 396 p. et J.P. de V. van NIEKERK, "Traditional healers formalized?" South African Medical Journal, 2012, 102, 3.

24. Les parents Rosenkowitz arrivèrent au Cap en 1967.

25. Ils firent par exemple le jour de leur naissance la une du quotidien *The Cape Times*, le titre *Sextuplets born* barrait la première page du journal.

26. Claire BENIT, « Les domestiques, la ville et l'accès à l'emploi au cap et à Johannesburg : logiques de proximité et logiques de réseau. » Revue Tiers-Monde, 2003, 3, 179, pp. 539-565.

27. La conférence s'est déroulée à l'I.C.C. Durban Arena. L'Onusida y a mis en place une nouvelle stratégie pour la période 2016-2021 qui se résume ainsi : "Accélérer la riposte pour mettre fin au sida".

28. "VIH/SIDA – Prévenir ou traiter?" Science et santé, novembre-décembre 2016, 33, pp. 4-5 et Nour RICHARD-GUERROUDJ, "Afrique du Sud : sages-femmes au cœur de la prévention". Transversal, septembre-octobre 2011, 60, pp. 8-9.

29. Lire G. CARLES, "Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique". Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, avril 2014, 43, 4, pp. 272-280.

30. www.historicalpapers.wits.ac.za/?inventory/U/collection&c=AB2029/R/7331

AGENDA EN BREF

● 25 - 26 NOVEMBRE

PARIS

Journées Jean Cohen
(gynécologie-obstétrique et reproduction)

<http://www.eska.fr>

● 24 - 25 NOVEMBRE

LA BAULE - Centre des congrès Atlantia

20^{es} Journées Scientifiques du Réseau Sécurité Naissance des Pays de Loire

<http://www.reseau-naissance.fr>

● 2-3 DÉCEMBRE

LILLE

Séminaire Association française Sages-Femmes Acupuncteurs

"Bao Mai Bao Luo :
Cœur - Uterus - Rein"

<http://www.cerc-congres.com>
et afsa.gestasso.com

● 6-7 DÉCEMBRE

PARIS 13^e

Institut du Cerveau et de la Moelle Épineuse -
Hôpital Pitié-Salpêtrière
III^e Congrès "Je suis la Sage-Femme"

<http://www.eska.fr>

● 7-8-9 DÉCEMBRE

MONTPELLIER

40^{es} Journées Nationales du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

<http://www.cngof-congres.fr/>

● 9-10 DÉCEMBRE

PARIS 6^e

Centre Universitaire des Saints-Pères - 45, rue des Saints-Pères

XVI^e Colloque GYPSY

Thème: L'intranquillité, du déni à la réalité?

<http://www.gypsy-colloque.com>

CERC Congrès succède à JS Congrès, précédent organisateur du Colloque GYPSY.

● 19-20 JANVIER 2017

PARIS 14^e - MATERNITÉ PORT-ROYAL

Séminaire de formation continue (4 jours): "Retard de Croissance Intra Utérin: Prise en charge anténatale et suivi postnatal"

Informations par e-mail :
jocelyne.cayuela@cch.aphp.fr
ou 01 58 41 38 71

● 25-26-27 JANVIER 2017

PARIS 13^e - Institut du Cerveau et de la Moelle Épineuse - Hôpital Pitié Salpêtrière

1^{er} Congrès Maladies chroniques - Innovations et Qualité de Vie

Session 1: Diabète
Session 2: Cardio-vasculaires

<http://www.eska.fr>

● 30 - 31 JANVIER 2017

ISSY-LES-MOULINEAUX (92)

15^{es} Journées du Collège National des Sages-Femmes

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

● 23-24-25 MARS 2017

MARSEILLE (13)

22^{es} Journées de Médecine Fœtale

Thème: "Diagnostic en prise en charge pré et postnatale des pathologies fœtales"

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

● 17-18-19 MAI 2017

STRASBOURG (67)

45^{es} Assises Nationales des Sages-Femmes

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

● 6 JUIN 2017

ISSY-LES-MOULINEAUX (92)

Journées à thème du Collège National des Sages-Femmes

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

● 13-14 OCTOBRE 2017

ISSY-LES-MOULINEAUX (92)

Séminaire annuel de l'Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs

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



N'féraïdo
modelages
accompagnant
Physiologie



OGDPC habilité à délivrer des diplômes de l'OFPC

Volet obstétrique

Réponses manuelles aux maux de

Cycle I : La grossesse, l'accouchement et le post-partum

Cycle II : La mère et le bébé

Dates Paris	Dates Agen
Cycle I : 23 au 25 Janv 2017	Cycle I : 22 au 24 Mars 2017
Cycle II : 26 au 28 Janv 2017	Cycle II : 31 Mai 01 02 Juin 2017

Volet uro-gynécologique

Cycle I : Rééducation périnéale et modelage du petit bassin par voie externe

Dates Paris	Dates Agen
Cycle I : 1 au 3 février 2017	Cycle I : 15 au 17 mars 2017
15 au 17 mai 2017	

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



FORMATIONS EN YOGA PRÉNATAL

Avec Christine Colonna-Cesari

Auteur de: "Le yoga de la femme enceinte", aux éditions Médicis

Dates au choix:

- 18/19 mars 2017 à Aix en Provence
- 1^{er} / 2 avril 2017 à La Rochelle
- 6/7 mai 2017 à Paris

INSCRIPTIONS > Tél.: 01.48.93.29.96

www.christinecolonna-cesari-yogafemmeenceinte.com

Anne Macquet Sage-femme ostéopathe D.O

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



FORMATIONS ANSFL 2017

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

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

Tarifs, dates, adhésion sur : www.ansfl.org

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

- **Session I :** Prénatal - **Date :** www.ansfl.org
- **Session II :** Postnatal (Pré requis : suivi de la session I) - **Date :** 19-20 janvier 2017
- **Lieu :** Orléans

Eutonie : rééducation en post-natal
Intervenante / Martine Gies (SF)

- **Lieu :** St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
- **Session I :** Découverte
Date : 19-20 janvier 2017
- **Session II :** les pathologies urinaires (Pré requis : suivi de la session I)
Date : 1-2 juin 2017
- **Session III :** retrouver la mobilité et le dynamisme (Pré requis : suivi de la session II)
Dates : 15-16 décembre 2016
28-29 septembre 2017

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

- **Date :** 21-22 sept 2017 • **Lieu :** Paris

La sexologie dans l'accompagnement de nos patientes et de leurs conjoints
Intervenante / Nicole Andrieu (SF)

- **Date :** site www.ansfl.org

La consultation de contraception et de gynécologie de prévention
Intervenante / Annie Sirven (SF)

- **Lieu :** St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
- **Session I.** **Date :** www.ansfl.org
- **Session II** (Pré-requis : suivi de la session I)
Date : 14-15-16 mars 2017

Toutes nos formations peuvent être prises en charge par le FIF-PL

FORMATIONS PROPOSÉES SEULEMENT EN "GROUPE CONSTITUÉ"

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

Naissance physiologique et suites de couches immédiates
Intervenantes / Jacqueline Lavillonnière (SF) et Amélie Battaglia (SF)

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

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

FORMATIONS en périnatalité



pour les professionnels de santé et de la petite enfance

Bien être dans son corps pour bien être dans sa vie.

AGENDA 2016

Accompagnement à la parentalité par le Toucher Bienveillant®

- Paris : - 29 et 30 septembre - 24 et 25 novembre
- Lyon : 15 et 16 décembre
- Toulouse : 1^{er} et 2 décembre

Réflexologie plantaire pédiatrique

- Paris : - 15 et 16 septembre - 1^{er} et 2 décembre
- Toulouse : 27 et 28 octobre

Portage physiologique

- Paris : 15 et 16 décembre

Initiation au yoga

- Paris : 20 - 21 octobre

Transmission des acquis

- Paris : 8 et 9 décembre




Les petits maux au quotidien

- Paris : 2 septembre

Soins de développement

- Paris : 24 et 25 novembre

Prévention et soutien à l'oralité

- Paris : 6 et 7 octobre

Retrouvez toutes nos dates sur : www.massage-bebe.fr
formation@massage-bebe.fr
06 89 98 29 60





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 10, 11, 12 avril 2017
- **Stage postnatal :** le 13 avril 2017

► 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

INSTITUT DE GASQUET®

FORMATIONS SAGES-FEMMES 2016



Du côté de la prépa...



MODULE 2 - Préparation corporelle à la naissance

- Dates à venir en 2017

Intégralement pris en charge et indemnisé

Du côté du périnée...



MODULE 1 - Dossier périnéal

- 23, 24, 25 novembre 2016
- 14, 15, 16 décembre 2016
- Dates à venir en 2017

3 jours 550€
fif pl possible



MODULE 2 - Pessaire. Boules de geisha

- 26 novembre 2016
- Dates à venir en 2017

1 jour 180€
fif pl possible



MODULE 2 - Compétence périnéo abdominale

- Dates à venir en 2017

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



Pratiquer dès le lendemain du séminaire

Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh



OGDPC habilité à dispenser des programmes de DPC



Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

Calendrier 2016-2017

Formations CMP en 3 étapes:

- 1^{re} et 2^e étapes présentielles (dates indiquées ci-après)
- 3^e étape non présentielle

CMP niveau I

St Sébastien de Morsent (Évreux)
Hôpital La Musse

Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine

- du 13 au 16/03/17 & du 10 au 13/04/17

- du 15 au 18/05/17 & du 12 au 15/06/17

Nanterre (92) - Espace Chevreul
Formatrice: Anne-Françoise Sachet

- du 16 au 19/01/17 & du 20 au 23/02/17

- du 15 au 18/05/17 & du 19 au 22/06/17

Vergèze (30) La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques

- du 17 au 20/01/17 & du 14 au 17/02/17

- du 14 au 17/03/17 & du 11 au 14/04/17

CMP niveau II

St Sébastien de Morsent (Évreux)
Hôpital La Musse

Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine

- du 23 au 26/01/17 & du 20 au 23/02/17

Nanterre (92) - Espace Chevreul
Formatrice: Anne-Françoise Sachet

- du 20 au 23/03/17 & du 24 au 27/04/17

Vergèze (30) La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques

- du 9 au 12/05/17 & du 6 au 9/06/17

Travail Corporel autour de la CMP

Formatrice: Corinne Roques

Formation en 3 étapes:

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

Pré requis:

Formation CMP

- Région parisienne (lieu à définir) du 2 au 5/03/17
- 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



L'ACCOUCHEMENT ET SA PRÉPARATION

- Accompagner la grossesse et l'accouchement par le toucher relationnel
- Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace
- Préparation à la naissance et à la parentalité
- Qi gong, outil pratiques pour la sage-femme
- Shiatsu et maternité
- Réfection des déchirures périnéales et épisiotomies
- Yoga en périnatalité



SUIVI GYNÉCOLOGIQUE, CONTRACEPTION, SEXOLOGIE


- Consultation gynécologique et contraception des adolescents **NOUVEAU**
- La consultation de choix de contraception
- Suivi gynécologique et contraception
- Suivi gynécologique et contraception, analyse de pratiques et cas cliniques
- Suivi gynécologique et contraception, approfondissement
- Sexologie à l'usage de la sage-femme
- Endocrinologie en suivi gynécologique
- IVG médicamenteuse **NOUVEAU**
- Ménopause et périménopause
- Thérapeutiques non pharmacologiques de la ménopause et périménopause



BOÎTE À OUTILS NON PHARMACOLOGIQUES

- Aromatologie
- Fleurs de Bach à l'usage de la sage-femme **NOUVEAU**
- Homéopathie appliquée à la périnatalité
- Médecine traditionnelle chinoise et acupression
- Phytothérapie, usage et précautions en périnatalité
- Santé environnementale
- Thérapeutiques non pharmacologiques de la ménopause et périménopause
- Thérapeutiques non pharmacologiques de la grossesse et du postpartum

Médic Formation change de numéro de téléphone :

 01 40 92 72 33

PRISE EN CHARGE POSSIBLE

→ OGDPC → FIF-PL → Crédit d'impôts → DIF

Retrouvez toutes nos formations, lieux & dates sur www.medicformation.fr

Medic Formation à vos côtés

47

FORMATEURS

65

FORMATIONS
EN 2016

7

ANS À VOS CÔTÉS



FORMATIONS EN INTRA

Toutes nos formations sont éligibles ou pouvant être adaptées sur demande. En France métropolitaine et DOM TOM.

**NOUS CONTACTER
POUR UN DEVIS**

LA MÉDECINE AUX ÉDITIONS ESKA

LES REVUES MÉDICALES



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



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



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



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



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



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	77,00 €	42,00 €
D.O.M.	82,00 €	52,00 €
EUROPE OCCIDENTALE	90,00 €	54,00 €
T.O.M./ÉTRANGER	92,00 €	57,00 €

* Joindre attestation.

Abonnement collectif de service 153,00 €

En cas de règlement incomplet, l'abonnement sera réduit proportionnellement.

ABONNEMENT 2017

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



Combien de femmes enceintes savent
que la santé de leurs jambes est capitale ?

**Engageons-nous ensemble contre
la Maladie Thrombo-Embolique Veineuse
de la grossesse.**

Dans son rapport de mars 2016, l'InVS constate que la MTEV atteint près de 2 femmes enceintes sur 1000. Le risque augmente tout au long de la grossesse et se poursuit jusqu'à 12 semaines après l'accouchement. Elle constitue la 2^{ème} cause de mortalité maternelle directe après les hémorragies, et la seule qui n'ait pas régressé depuis 10 ans. Les récentes recommandations du CNGOF insistent sur l'importance de

prévenir la MTEV en péripartum chez les femmes ayant des facteurs de risque, notamment après césarienne. La HAS préconise la prévention systématique dès le début de la grossesse et plusieurs semaines après l'accouchement.

La compression médicale est le traitement préventif de référence recommandé. Pour réduire la MTEV, agissons auprès de nos patientes.

SIGVARIS

Neuf mois
mes jambes
et moi

www.9moismesjambesetmoi.com

LE SOIN PAR LE TEXTILE ACTIF

MTEV : Maladie Thrombo-Embolique Veineuse ; InVS : Institut de Veille Sanitaire ; CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français ; HAS : Haute Autorité de Santé. Les produits SIGVARIS Médical sont des dispositifs médicaux de classe de risque I (directive 93/42 CE), fabriqués par SIGVARIS. Ils sont destinés au traitement des maladies chroniques et aiguës. Pour le bon usage, il convient d'enfiler les bas dès le réveil et au lever, sur une peau propre et sèche. Indications : varices de plus de 3 mm (stade C2), après chirurgie ou sclérothérapie des varices de plus de 3 mm, pendant 4 à 6 semaines, grossesse et 6 semaines après l'accouchement (6 mois après une césarienne), en superposition pour atteindre des pressions supérieures. Contre-indications : artériopathie oblitérante, insuffisance cardiaque décompensée, dermatose suintante ou eczématisée, intolérance aux matières utilisées. Remboursement inscrit sur la base LPPR prévue par l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale. Ces dispositifs sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE. Lisez attentivement la notice d'utilisation. Septembre 2016. © Copyright by SIGVARIS, Saint-Just Saint-Rambert. SIGVARIS is a registered trademark of SIGVARIS, St Gallen/Switzerland, in many countries worldwide.



Grand Prix evian[®]

des Sages Femmes

*Les sages-femmes :
toujours au cœur des préoccupations
et des engagements d'evian*

*Dès 1948 evian proposait aux sages-femmes
une eau minérale naturelle dont la pureté,
issue des Alpes, ne nécessitait pas de la faire bouillir,
la rendant idéale pour la préparation des biberons
ainsi que pour l'hydratation des mères allaitant leur bébé.*

*Depuis 1992, evian est à l'écoute des sages-femmes
et œuvre au quotidien pour valoriser ce merveilleux métier,
et ceci dès la formation.*

*En 25 ans d'existence, le Grand Prix evian
des Écoles de Sages-Femmes a récompensé
et promu plus de 200 mémoires de fin d'études.*

L'EAU DES MAMANS ET DES BÉBÉS DEPUIS PLUS DE 50 ANS

