

LES **DO**

#470 JUIN 2017

LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE



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

44^e année ISSN 0767-8293



DOSSIER
Le Toucher Vaginal

REPORTAGE

Parent'eizh : La clinique de la Sagesse à Rennes porte bien son nom !

PUBLICATION

La ménopause : il faut en parler

FICHE TECHNIQUE

L'atrésie de l'œsophage

MANAGEMENT

Approche innovante de prévention des grossesses à l'adolescence à l'île de La Réunion



Les tire-laits personnels Medela :

Les alliés des Mamans pour prolonger la durée de l'allaitement

Avec la gamme de tire-laits à l'achat Medela, concilier allaitement et reprise d'activités devient un jeu d'enfant ! Que ce soit pour stimuler la production de lait, reprendre une activité professionnelle ou impliquer le Papa dans l'allaitement maternel, ces produits répondent à tous les besoins des Mamans.



Harmony™

Tire-lait manuel



Swing™

Tire-laits électriques



Swing Maxi™



Freestyle®

Ces tire-laits intègrent la **technologie 2-Phase Expression®**, qui imite le rythme naturel de succion du bébé, pour permettre aux mères d'exprimer davantage de lait en moins de temps.



Grâce au **double pompage**, les Mamans peuvent exprimer jusqu'à 18 % de lait en plus, par rapport à l'utilisation d'un tire-lait simple¹.



Mai 2017

1. Prime DK, Garbin CP, Hartmann PE and Kent JC. A comparison of simultaneous and sequential breast expression in women. Présentation effectuée lors de la 15e conférence internationale de l'International Society for Research in Human Milk and Lactation. Lima, Pérou ; Oct. 8-11, 2010 (soumis pour publication)

Ces produits sont des dispositifs médicaux de classe IIa, CE0123 Lire attentivement la notice et demandez conseil à un professionnel de santé.
Régime de remboursement : Achat d'un tire-lait personnel simple pompage 1155064 ou double pompage 1183534.

Medela France
14 rue de la Butte Cordière
91150 Etampes
info@medela.fr
www.medela.fr

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

Michel ULSAS

elpea@eska.fr - Tél.: 01 42 86 55 74

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Joséphine CATUSSE, Sage-femme

Sophie COINDRE, Médecin

Marie-Anick LEBRETON, Sage-femme Coordinatrice, CHU-Sud-Réunion

Maï LE DÛ, Sage-femme, Docteure en Sociologie

Jérôme JANICKI, Docteur en Histoire des Sciences (Lens - 62)

Pr Patrice LOPES, Gynécologue-obstétricien, CHU de Nantes

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

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF

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 : Juin 2017

ABONNEMENTS DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

Tél. 01 42 86 55 65 - Fax : 01 42 60 45 35

www.eska.fr - adv@eska.fr

SOMMAIRE

470 - JUIN 2017

02 TRIBUNE

Au revoir Monsieur Leboyer.

Et surtout, merci...

MAÏ LE DÛ

05 REPORTAGE

Parent'eizh : la clinique de la Sagesse à Rennes porte bien son nom !

BENOÎT LE GOEDEC



08 PUBLICATIONS

La ménopause : il faut en parler

PATRICE LOPES

28 KIOSQUE

33 JURIDIQUE

33 ACTUALITÉS

34 FICHE TECHNIQUE

L'atrésie de l'œsophage

JOSÉPHINE CATUSSE

36 MANAGEMENT

Approche innovante de prévention des grossesses à l'adolescence à l'Île de La Réunion

MARIE-ANICK LEBRETON

41 HISTOIRE

Du miel dans les biberons

JÉRÔME JANICKI

45 AGENDA

45 FORMATIONS

20 DOSSIER

LE TOUCHER VAGINAL

21 Historique du Toucher Vaginal
SOPHIE COINDRE

23 Le Toucher Vaginal technique
BENOÎT LE GOEDEC

24 Controverses autour du Toucher Vaginal (TV)
SOPHIE COINDRE

26 L'Art du Toucher Vaginal
BENOÎT LE GOEDEC



LES ANNONCEURS

C2 Medela

19 Matilia

45 Association Nationale Natation & Maternité

46 Institut Naissance & Formation

C3 Agendia

21 Médi Plus

45 Université de Tours

46 CIRDH Frans Veldman

C4 Grandir Nature

35 PLIM

46 ANSFL

47 Médioformation

13 DTF Médical

45 N'féraïdo

48 Université de Rennes

Photo de couverture ©zeta - Fotolia.com

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

Au revoir Monsieur Leboyer. Et surtout, merci...

Frederick Leboyer nous a quittés jeudi 25 mai, dans la plus grande discrétion.

Ce grand Monsieur au parcours si secret, qui avait choisi de se retirer du monde public depuis bien longtemps, mérite un grand hommage. Il est en effet de ceux qui ont marqué l'histoire de la naissance, de l'entrée dans la vie, notre Histoire.

Si Frederick Leboyer est connu et reconnu dans une grande partie du monde, il est loin d'être prophète en son pays. J'en ai pris conscience aujourd'hui, lorsque, tout émue par l'annonce de son décès, ma peine fut accueillie au sein de ma communauté professionnelle par des « *et qui est ce Monsieur?* »

Qui est ce Monsieur...

Est-il besoin de commentaires?

*Ce front tragique, cette bouche hurlante,
ces yeux fermés, sourcils noués,
ces mains tragiques, implorantes, tendues,
désespérées,*

*ces pieds qui repoussent furieusement,
ces jambes qui, repliées, tentent de protéger
le tendre ventre,*

*cette chair qui n'est que spasmes,
que soubresauts...*

*Il ne sait pas parler, l'enfant
qui vient au monde?*

*C'est de tout son être qu'il proteste,
qu'il hurle:*

*« Non! ne me touchez pas! laissez-moi!
laissez-moi! »*

*et, en même temps, implore:
« Aidez-moi! aidez-moi! »*

A-t-on jamais lancé appel plus déchirant?

*Or cet appel
que lance l'enfant en arrivant
depuis la nuit des temps,
qui l'entend?*

Personne.

N'est-ce pas un grand mystère? ¹

Frederick Leboyer : le plaidoyer médiatique pour une naissance sans violence ²

Frédéric Leboyer est né à Paris en 1918. C'est un médecin, chirurgien, gynécologue obstétricien qui exerce après la Seconde Guerre mondiale dans une clinique parisienne huppée. Le projet économique de l'établissement l'oblige à travailler beaucoup, organisant une gestion très « efficace » des accouchements.

Puis c'est le burn-out... Il fait un malaise et le collègue cardiologue de sa clinique ne lui donne comme alternative que de cesser ce rythme infernal ou mourir... Leboyer quitte tout, part en Inde où il s'initie au yoga, à la musique, au chant et revient profondément transformé par sa rencontre avec le gourou hindou Svâmi Prajnâpad, personnage fascinant qui s'est par ailleurs intéressé aux écrits de Freud en 1920 à Bénéarès.

À son retour, fortement marqué de la spiritualité enseignée par son Maître qui a bouleversé sa façon d'être au monde, il travaille de nuit – afin de jouir de toute autonomie – dans deux petites cliniques parisiennes dans lesquelles il réalise 1 000 accouchements en remettant en cause tout ce qui faisait la doctrine médicale de l'époque qu'il avait auparavant embrassée: pénombre, silence, accueil du bébé.

Considérant l'enfant – et non plus la femme – comme étant l'acteur principal de la naissance, il oriente toute sa pratique vers le respect de ce petit humain qu'il considère désormais comme une victime sensible et consciente de la maltraitance des accoucheurs et de la société dans son ensemble:

« Si notre naissance avait été changée, c'est-à-dire si nous avions été reçus, rencontrés comme il faut, non pas comme des objets mais des êtres, tout le déroulement de notre vie en serait changé. Ce n'est pas la femme qui accouche, c'est l'enfant qui naît [...]. C'est la sécrétion hormonale chez le fœtus qui provoque la naissance [...] la femme ne peut que contribuer. C'est une aventure qui se joue à deux » ³.

Riche de ces observations de naissances « différentes », il publie en 1974 *Pour une naissance sans violence* ¹. Son livre rencontre un succès public remarquable, grâce – aussi – aux photos de visages de nouveau-nés qui illustrent son propos. Pour la première fois, les pratiques ancestrales de manipulations du nouveau-né sont critiquées et remises en cause; selon Leboyer, il est nécessaire d'accueillir le bébé, de le mettre en contact avec la peau de sa mère immédiatement à la naissance, de ne pas couper le cordon ombilical trop vite et de limiter les soins à un bain qu'il donne lui-même à l'enfant... Il faut cultiver le bien, c'est-à-dire, dit-il, l'Amour:

« Quand j'ai publié « Pour une naissance sans violence » le public a parlé de « la méthode Leboyer » comme d'une recette, d'un truc. Mais ce n'est pas une recette. La recette rassure dans le temps, mais elle vous prive de la création. Or, il faut tout inventer. Ce livre ne parlait pas d'accouchement: il contait l'aventure de la naissance. Leboyer, ce n'est pas une méthode, ce n'est pas l'eau chaude, le bain, les massages, etc. C'est l'amour! C'est ce qui fait que tout d'un coup on aime et on sait qu'on est aimé de retour. Voilà ce que je voudrais faire comprendre. » ³

Les médecins institutionnels – Alexandre Minkowski en tête – se déchaînent contre Leboyer, allant jusqu'à l'accuser publiquement de provoquer la mort de femmes et d'enfants par sa négligence et sa négation de l'utilité impérieuse de prendre médicalement et techniquement en charge les tout nouveau-nés.

Mais la graine est semée et de nombreux couples et sages-femmes se saisissent de cette « méthode Leboyer » qui ne marquera pas seulement une époque et un milieu social. Frederick Leboyer, par la douceur de ses mains et la force de sa foi en l'Homme, a ouvert la voie à la conscience que le bébé est un être sensible et digne de respect dès sa naissance.

Son empreinte est sur nos peaux, qu'on le sache ou non, nous qui sommes né-e-s un jour à la profession de sage-femme. Et où qu'il soit, qu'il reçoive l'expression de notre gratitude.

Et si nous prenions l'engagement de suivre ses traces vers le respect des vies que nous accueillons chaque jour? La route est longue, encore, mais qu'elle pourrait être belle, si on voulait...*

1. Leboyer, Frédéric. Pour une naissance sans violence. Paris: Seuil, 1974, 159 p.

2. Texte partiellement issu de la thèse de doctorat en sociologie de Maï Le Dû: *Toucher pour soigner. Le toucheur traditionnel, le médecin et l'ostéopathe, un nouveau-né entre de bonnes mains*. Paris 8-CSU, 2017.

3. Interview de Frédéric Leboyer dans le film de Franck Cuvelier, *La naissance, une révolution!* Film documentaire produit et distribué par la Compagnie des Phares et Balises, France, 2012.

IV^e Congrès "JE SUIS LA SAGE-FEMME" 2017

LA SAGE-FEMME ET LE CORPS

Vendredi 10 & Samedi 11 novembre 2017

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

PSYCHANALYSE ET SEXUALITÉ

Le corps hystérique de la fin du XIX^e, le corps glacé du déni de grossesse contemporain. Comment la sage-femme reconnaît le désir, le refuse ou l'exalte.

HISTOIRE

La naissance d'un corps professionnel, les sages-femmes. Le corps à corps avec le pouvoir médical, soumission et transgression.

PHILOSOPHIE

La naissance du corps féminin dans la modernité, le corps de la femme devient objet médical. Corps vulnérable, corps réparé, transformé, augmenté : réflexion sur la greffe utérine.

L'Association
« Je suis la sage-femme »
s'associe à la revue

« Les dossiers de l'obstétrique »

afin de s'interroger sur le rapport de la sage-femme et du corps, le sien, celui de la femme, de la mère, du fœtus, du nouveau né, le corps physique, imaginaire, politique, le corps psychique et le corps vulnérable.

Nous questionnons les sciences humaines les mythes et les religions ainsi que l'art pour approfondir notre recherche des identités de la sage-femme et de ses troubles ou de ses souffrances, de ses pouvoirs aussi. Avec toujours ce questionnement sur notre identité : la sage-femme a-t-elle un corps ? Nous vous proposons de réfléchir sur les sujets ci-contre :

LE RELIGIEUX

Corps sacré, corps profane, la représentation de la Vierge dans la peinture de la Renaissance.

SOCIOLOGIE

La sage-femme instrument et acteur de la biopolitique : réflexion autour du contrôle des corps féminins en prison. La représentation biopolitique du corps féminin dans les médias contemporains, Femen et Niqab.

ART ET MODE

Réflexion sur la représentation comparée du corps féminin pour le créateur en Haute couture et pour la sage-femme.

Voici quelques thèmes du prochain colloque... et aussi
LA MAÏEUTIQUE - LE GENRE - L'ANTHROPOLOGIE ...

PRÉSIDENTS DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

HÉLÈNE DE GUNZBOURG et BENOÎT LE GOEDEC

Des journées du centre de Formation des Editions ESKA de la revue DO, organisées avec le concours de l'association «Je suis la sage-femme»

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS

Contacts : Serge KEBABTCHIEFF – Adeline MARECHAL, 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



LA SAGE-FEMME ET LE CORPS

AUDITORIUM DE L'INSTITUT DU CERVEAU ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE –
HÔPITAL DE LA PITIÉ SALPÊTRIÈRE
47 BOULEVARD DE L'HÔPITAL - 75013 PARIS

Nous interrogeons le rapport de la sage-femme et du corps, le sien, celui de la femme, de la mère, du fœtus, du nouveau né, le corps physique, imaginaire, politique, le corps psychique et le corps vulnérable. Nous questionnons les sciences humaines les mythes et les religions ainsi que l'art pour approfondir notre recherche des identités de la sage-femme et de ses troubles ou de ses souffrances, de ses pouvoirs aussi. Avec toujours ce questionnement sur notre identité: la sage-femme a-t-elle un corps ?

PRÉ-PROGRAMME

LA SAGE-FEMME ET LE CORPS

VENDREDI 10 NOVEMBRE

MATIN

Corps, philosophie, société et religion

- Le corps des femmes comme monnaie d'échange fondement des sociétés.
- Naissance du corps féminin dans la modernité.
- Le corps de la femme objet de la technique, sondé, réparé, transformé augmenté.
- Corps sacré, corps profane, la vulnérabilité et la pudeur

APRÈS-MIDI

Corps, arts, politique et psychanalyse

- Numéros de cirque/danse.
- Le corps en scène: enjeu de lutte et de pouvoir pour le comédien, pour la sage-femme.
- Contrôle des corps en prison; la double peine pour les mères.
- Le corps hystérique de Charcot et Freud, le corps glacé du déni de grossesse contemporain.
- Les organes médiateurs de la naissance.

SAMEDI 11 NOVEMBRE

MATIN

Corps, genre et sexe

- Le corps des femmes dans l'espace public.
- Accueillir un enfant nécessite-t-il de lui assigner un genre ?
- L'identité trans-genre ?
- La sage-femme a-t-elle un corps ?
- La naissance d'un corps professionnel, les sages-femmes.

APRÈS-MIDI

ATELIERS/ÉCHANGES

INTERVENANTS Noëlle CHATELET (écrivain, philosophe), Mathieu LE MENTEC (infirmier, sociologue, président du GISS), Dominique FOLSCHIED (philosophe), Jacques GELIS (historien), Nathalie SAGE-PRANCHERE (historienne), Jean-Christophe DUTREY (professeur de théâtre, metteur en scène), Coline CARDI (sociologue), Hélène de GUNZBOURG (sage-femme, philosophe), Benoît LE GOEDEC (sage-femme, philosophe, coach), Céline PUILLE (sage-femme, sociologue), etc.

Comité d'organisation Hélène de Gunzbourg, Benoît Le Goëdec, Elisabeth Meunier, Maï Le Dü, Céline Puill.

BULLETIN D'INSCRIPTION
LA SAGE-FEMME ET LE CORPS

10 ET 11 NOVEMBRE 2017

Institut du Cerveau et de la Moelle épinière
Hôpital de la Pitié Salpêtrière - 47 bd de l'Hôpital - 75013 Paris

À remplir et à retourner impérativement à: CFEE - Congrès - 12, rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris - Tél.: 01 42 86 55 79 - Fax: 01 42 60 45 35 - Email: inscription et renseignements: congres@eska.fr

Coordonnées (en majuscules)

Nom Prénom

Adresse

Code postal [] [] [] [] [] [] Ville

Pays Spécialité

Tél.: Fax:

E-mail (impératif).....

Transports

Pour obtenir la réduction Congrès sur le réseau France:

SNCF oui non AIR FRANCE oui non

Frais d'inscription

(hors déjeuners)

Prix	Avant le 30/09/17	Après le 30/09/17
<input type="checkbox"/> Sage-femme	150 €	180 €
<input type="checkbox"/> Etudiant-e	50 €	50 €
<input type="checkbox"/> Médecin	230 €	250 €
<input type="checkbox"/> Entreprises	280 €	300 €
<input type="checkbox"/> Abonnés aux DO 2017	100 €	100 €
<input type="checkbox"/> Déjeuner du 10/11/17	30 €	30 €
<input type="checkbox"/> Déjeuner du 11/11/17	30 €	30 €

Total

Paiement

Je joins la somme de: €

- Chèque à l'ordre de CFEE.
 Virement: BNP Paribas - Paris Champs Élysées (00804) à l'ordre de CFEE - Compte n° 30004 00804 0010139858 36
 Code IBAN: FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836
 Carte de crédit
 visa mastercard
 Carte N°
 Date d'expiration [] [] [] []

Date et signature



Journée du Centre de Formation des Editions ESKA
Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS

Contacts : Serge KEBABTCHIEFF – 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

Parent'eizh

La clinique de la Sagesse à Rennes porte bien son nom!

785 000 bébés sont nés en France en 2016. La très grande majorité pousse leur premier cri dans un service de gynécologie obstétrique (appelé maternité par les usagers, comme autrefois), que cela soit du service public hospitalier ou du secteur privé.

On estime que 2 000 à 3 000 naissances ont lieu à domicile chaque année. Les difficultés d'assurance des sages-femmes ont réduit l'offre dans certaines régions mais n'ont pas fait diminuer la demande des femmes.

Par ailleurs, le Collectif InterAssociatif autour de la Naissance publie en 2011 une enquête réalisée auprès de 5 000 femmes. 57 % souhaitaient se mobiliser pendant le travail, être plus autonome quant à la gestion de leur douleur et éviter les gestes médicaux non raisonnés et invasifs. Or 37 % d'entre elles n'ont pas vu leurs demandes satisfaites.



Des expériences sont menées pour proposer des lieux de naissance alternatifs et répondant à ces demandes et qui se situeraient entre les deux choix jusqu'alors proposés.

■ **Les Maisons de naissance** voient petit à petit le jour : ce n'est plus l'hôpital mais cela n'oblige pas non plus un accouchement à domicile. C'est une réponse nouvelle aux futurs parents en quête d'une naissance plus naturelle et respectée. Des expérimentations sont en cours depuis plusieurs années, avant même l'autorisation des tutelles. Elle est officielle et démarrée pour neuf maisons de naissance qui se sont portées candidates sur le territoire.

■ En parallèle, des établissements travaillent sur des **pôles physiologiques**.

À Rennes, la Clinique de la Sagesse (Groupe mutualiste Hospi Grand Ouest) ouvre ce mois-ci son propre service d'accompagnement, sur le modèle des Maisons de naissance, baptisé Parent'eizh.

CE PROJET
INNOVANT
PROPOSE UN
ACCOMPAGNEMENT
GLOBAL ET
PERSONNALISÉ
DU DÉBUT DE
LA GROSSESSE
AU RETOUR À LA
MAISON

La clinique La Sagesse fait partie du groupe mutualiste Hospi Grand Ouest, opérateur hospitalier de l'économie sociale et solidaire, présent sur les régions Bretagne et Pays de la Loire. Le secteur hospitalier mutualiste constitue une alternative à l'offre publique et à l'offre privée lucrative. Hospi Grand Ouest contribue à améliorer la performance des cliniques mutualistes et à diffuser l'innovation au service des adhérents mutualistes et plus largement des assurés sociaux.

Ce projet innovant propose un d'accompagnement global et personnalisé du début de la grossesse au retour à la maison avec aujourd'hui la mise en place d'une nouvelle filière de naissance physiologique.

Ce projet s'inscrit dans le cadre de la rénovation de l'espace naissance. Un investissement total de 1,2 million d'euros, dont 500 000 euros pour Parent'eizh, a été réalisé. « *Financé en fond propre par la clinique à hauteur de 450 000 euros, dans un esprit « maison de naissance », cette nouvelle filière Parent'eizh est la traduction concrète d'un projet inno-*

« vant d'accompagnement du début de la grossesse au retour à la maison, totalement intégré à l'établissement et garantissant la sécurité des soins et la prise en charge financière », se réjouit Gwenaël Godin, directeur de la Clinique Mutualiste.

La clinique La Sagesse réalise plus de 3 300 naissances. Elle est la deuxième maternité de Bretagne après le CHU de Rennes.

La démarche de cet établissement n'est pas nouvelle mais est le fruit d'une grande maturation. En effet, dès 2004, une réflexion était initiée par le Dr Jean Vialard en vue de développer une filière complémentaire d'accompagnement physiologique des projets de naissance élaborés et présentés par les couples.

Cette expression des souhaits et de la parole des usagers avait non seulement été accueillie mais a abouti à ce regard sur les pratiques et l'élaboration d'un travail collaboratif.

Le projet a été mené par un travail collectif de parents et de sages-femmes de la Clinique et de l'association *Maisounaiton*. Validé une première fois en 2012, alors que la publication du cahier des charges pour l'expérimentation des maisons de naissance n'est intervenue qu'en 2014, le projet a été actualisé en 2016 et les premières consultations ont été ouvertes en novembre 2016, afin d'accueillir les premières naissances en mai 2017. Une centaine d'accouchements sont déjà prévus d'ici septembre prochain. À terme, l'objectif est de recevoir 300 naissances par an.

Cette nouvelle unité permet d'accoucher « naturellement » dans une chambre se rapprochant de son chez-soi, respectant l'intime et évitant toute intrusion dans le processus naturel de la naissance.

Le seul personnel médical présent : les sages-femmes

« Une équipe de huit sages-femmes sera dédiée à cette filière de soins, dans un lieu unique et intégré dans l'établissement, » indique le Docteur Sophie Fromentin, Chef de service. Les couples qui le désireront seront accompagnés durant toute la grossesse, l'accouchement et le retour à la maison, par trois sages-femmes connues d'eux. »

Cet accompagnement s'adressera à tous les couples dont la grossesse et l'accouchement resteront dans la physiologie. Les sages-femmes en seront les garantes bienveillantes. *« Cet accompagnement respectueux et personnalisé donne toute la place à la physiologie tout comme dans les Maisons de Naissances du Canada et de nombreux pays européens »,* insiste le Docteur Sophie Fromentin. **En cas de modifications des facteurs de risques en cours de travail ou de complication, la maternité et le bloc opératoire sont attendants.**

La filière Parent'eizh est totalement intégrée à l'offre de soins obstétricale actuelle : elle est accessible à tous sans reste à charge.



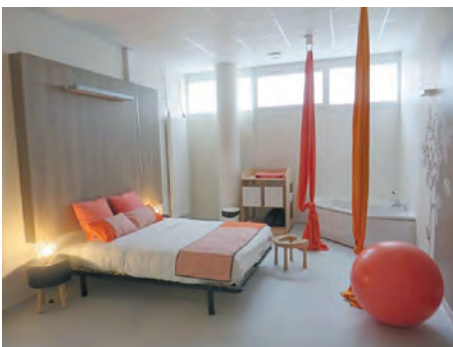
CHRISTIANE DAVID, SAGE-FEMME DE LA FILIÈRE PARENT'EIZH

Dans les deux chambres, le mobilier n'est pas fait avant tout pour les actes des soignants : pas de table d'accouchement. Les actes sont raisonnés et adaptés : pas de perfusion par exemple. Les femmes ne choisissent pas la péridurale pour l'accompagnement de leur douleur mais l'affectivité, la mobilisation de leurs ressources, à l'écoute de leurs sensations et de ce qui en émane, dans un accompagnement attentif, une écoute active et empathique des sages-femmes qui les connaissent depuis 9 mois. L'accompagnement singulier, personnalisé, l'absence de perte de repères et le lieu sécurisant permettent de respecter et de favoriser la physiologie en mettant sur un même plan la sécurité médicale, la sécurité affective et la sécurité environnementale.

C'est ainsi que, comme à la maison, les lieux de vie sont partagés : les familles et les sages-femmes disposent d'un petit salon équipé d'un canapé, d'une télévision et d'un espace cuisine. « **Couples et personnel partagent la même table** », prévoit Catherine Bourgault, sage-femme coordinatrice de Parent'eizh.

Il existe ensuite deux chambres, avec lit deux places, baignoire, décoration soignée et intimiste pour les accouchements et la naissance. Dans la pièce, le mobilier permet de proposer d'accoucher dans des positions alternatives : lianes de tissus accrochées au plafond, tabouret d'accouchement, gros ballon...

Pour cela, les grossesses sont uniquement des grossesses physiologiques avec un pronostic d'accouchement naturel. « **C'est une démarche volontaire, un choix fait par les futures mamans d'accoucher différemment** », souligne Catherine Bourgault.



UNE ÉCOUTE ACTIVE ET EMPATHIQUE DES SAGES- FEMMES QUI LES CONNAISSENT DEPUIS 9 MOIS

Les sages-femmes assistent les futures mamans, du début de la grossesse jusqu'à deux mois après la naissance. Elles assurent les réunions d'information sur le fonctionnement de l'espace physiologique, les limites, les conditions de transfert... les entretiens individuels, les consultations, les préparations à la parentalité et les visites postnatales au domicile.

La seule condition est d'avoir été sélectionnée par le Dr Sophie Fromentin, chef du service, médecin obstétricien, qui valide les dossiers éligibles.

Cela soulève toujours un questionnement : en quoi les sages-femmes ne sauraient pas elles-mêmes faire la part des choses et ont toujours besoin du regard et de l'autorisation d'un tiers, d'une validation d'un spécialiste des risques ? Mais ce n'est pas grand-chose finalement face à ce que ce projet permet aux femmes. Et si cela rassure les médecins pour permettre à ce lieu d'exister, cela ne devient pas un problème mais une réelle collaboration et réassurance pour tous. Car le respect des uns et des autres et le rapport collaboratif est bon entre tous. Le projet est issu de ce travail et ce "vivre ensemble".

Une sage-femme est référente du projet personnalisé du couple. Un staff régulier et pluridisciplinaire caractérise également le projet.

« *Le parcours est marqué par des rencontres programmées du 2^e mois de grossesse au 2^e mois de post-partum, des réunions d'information et des entretiens individuels, des examens obligatoires, 12 consultations sage-femme, 7 séances de préparation à la parentalité, 2 à 4 visites à domicile postnatales dans les 5 jours, une consultation sage-femme postnatale à 8 semaines* », récapitulent Catherine Bourgault, cadre sage-femme et Christiane David, sage-femme.

Cet investissement s'inscrit dans une modernisation globale du service prénatal, pour un coût total.

Parallèlement à ce pôle physiologique, « *une trentaine de chambres du service maternité sont également en cours de rénovation* », ajoute Catherine Bourgault. Il y a une démarche globale de l'établissement.

L'obtention du label IHAB (Hôpital ami des bébés) le 5 décembre 2016 a constitué une nouvelle reconnaissance de cette dynamique. •

LA CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE, C'EST AUSSI :

Plus de 12 spécialités médico-chirurgicales regroupées autour de trois pôles :

- **Pôle mère-enfant** : Maternité et néonatalogie niveau 2A ; Diagnostic anténatal ; Centre d'assistance médicale à la procréation PMA créé en 1985 ; Filière de naissance physiologique.
- **Pôle chirurgie** : Chirurgie gynécologique, digestive et viscérale, ORL, orthopédique, plastique, reconstructrice et esthétique, bucco-dentaire ; Chirurgie carcinologique gynécologique, mammaire, digestive et ORL.
- **Pôle des spécialités médicales** : anesthésie-réanimation, algologie (Centre d'évaluation et de traitement de la douleur), pédiatrie, cardio-pédiatrie, gastro-entérologie, soins urgents non programmés (Groupement de coopération sanitaire)

Un plateau technique complet et performant

- **Bloc opératoire** : 14 salles (12 salles de chirurgie, 1 salle PMA, 1 salle de césarienne).
- **Bloc obstétrical** : 8 salles de naissance Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI) : 19 postes

CHIFFRES CLÉS

- Capacité totale d'exploitation : 220 lits et places
- Obstétrique : 59 lits/6 places en ambulatoire/9 lits de néonatalogie
- Plus de 550 professionnels (80 médecins dont 20 libéraux secteur 1) dont **15 gynécologues-obstétriciens, 6 pédiatres et 50 sages-femmes**
- Plus de **3 300 naissances** (2^e maternité régionale).

La ménopause : il faut en parler

Parler aux femmes de la ménopause, c'est non seulement comprendre leurs symptômes mais aussi aborder la prévention des inconvénients et des risques liés à l'insuffisance estrogénique. Cette période doit permettre de faire le point sur l'état de santé à 50 ans et envisager avec la femme la façon de vieillir sans handicap.

La sage-femme peut jouer un rôle important de conseil et de prise en charge préventive des conséquences de la ménopause en dédiant le traitement hormonal de la ménopause (THM).

LA MÉNOPAUSE

Elle se définit par la constatation d'une aménorrhée de 1 an survenant autour ou après la cinquantaine. Elle s'accompagne dans plus de 65 % des cas de symptômes climatériques. Elle survient quand la réserve ovarienne en follicules est épuisée : moins de 1 000 follicules alors qu'il en existait plus de 4 millions au cours de la vie foetale, et plus de 100 000 à la puberté. La ménopause est marquée par la chute du taux de l'estradiol. L'estradiol (sécrété par l'ovaire) est l'hormone de la féminité mais dont l'action est importante sur de nombreux tissus.

La transition ménopausique n'est pas brutale. La ménopause suit une période dite de pré-ménopause où peuvent déjà s'observer les signes climatériques, des troubles du cycle avec alternance aléatoire de périodes de fonction gonadique normale, de période d'insuffisance lutéale (insuffisance en sécrétion de progestérone liée à l'anovulation) et des périodes d'insuffisance estrogénique. Notons également qu'après la ménopause peuvent être observés des follicules réurgents (reprise de la fonction endocrine de l'ovaire) qui peuvent, chez la femme ménopausée non traitée, s'accompagner de la disparition temporaire des signes climatériques et chez la femme traitée par un Traitement Hormonal de la Ménopause (THM) des signes d'hyperestrogénie résultant de l'addition du THM et de la sécrétion endogène d'estradiol.

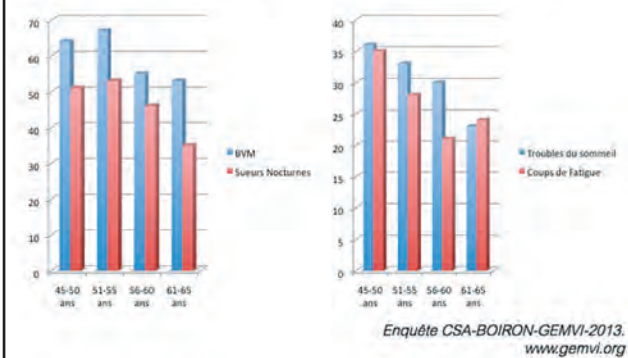
Le syndrome climatérique associe une tétrade classique :

- **Les bouffées vasomotrices (BVM) ou bouffées de chaleur (BdC).** Elles sont rapportées par plus de 65 % des femmes. C'est une sensation de chaud qui part de la partie basse du corps pour se terminer au niveau de la tête et souvent associée à une crise de rougeurs et à des sudations intenses. Ces BVM sont secondaires à un dysfonctionnement de la zone cérébrale qui contrôle la température du corps. Le centre de thermorégulation (équilibre entre norépinéphrine et sérotonine) est proche de l'hypothalamus et fait intervenir des neurones qui sécrètent le Kiss peptide, la neurokinine B et la Dynorphine. Ces Neurones (KND) régulent la sécrétion de GnRH et le centre de thermorégulation. À la

ménopause, la tolérance aux écarts de température est bien moins bonne : pour le froid avec des frissons plus faciles et pour le chaud avec des sudations plus fréquentes et plus intenses. Dans la grande étude américaine SWAN (*study of Women's health across the nation*, débutée en 1996) Avis N.E. (JAMA Int Med 2015), a souligné que 50 à 80 % des femmes en péri-ménopause se plaignent de BVM et elle retrouve une corrélation entre la précocité des BVM et leur prolongation, et une corrélation avec les risques vasculaires.

- **Les sueurs nocturnes.** C'est une même conséquence que les BVM mais elles sont remarquées par la femme qui se réveille la nuit en crise de sueurs et doit se changer.
- **Les douleurs articulaires.** Elles sont observées dans 54 % des cas et secondaires à l'hypoestrogénie. Elles sont souvent constatées chez les femmes traitées pour cancer du sein et prenant des anti-aromatases (l'aromatase permet la conversion périphérique des androgènes en estrogènes).
- **La sécheresse vaginale.** Elle est souvent constatée un peu plus tard (2 à 10 ans après les dernières règles). Cette sécheresse s'intègre plus actuellement dans le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM) qui associe aux troubles trophiques comme la sécheresse d'autres symptômes comme les brûlures vaginales, le prurit, des signes urinaires comme la pollakiurie nocturne et diurne, les impériosités mictionnelles et les infections urinaires à répétition et des difficultés sexuelles. Une dyspareunie est souvent signalée avec douleurs dues à la sécheresse puis survenue des troubles du désir et du plaisir.

Evolution des BVM, sueurs, troubles du sommeil et coups de fatigue en fonction de l'âge



1. Professeur des Universités à Nantes. Président du GEMVI (Groupe d'étude de la ménopause et du vieillissement hormonal). Voir toutes les références sur le site <http://www.gemvi.org>

D'autres signes peuvent résulter de l'effet dit « dominos », secondaires au réveil nocturne engendré par les BVM. Ce sont les troubles du sommeil, l'asthénie, la perte d'attention, la tendance dépressive, les pertes de mémoire, les troubles de l'humeur, le caractère irritable. Les variations pondérales ne sont pas tant la prise de poids qui est habituellement progressive que la redistribution des masses adipeuses en situation abdominale.

LES CONSÉQUENCES

■ **Les conséquences à court terme et à moyen terme** ont été décrites dans l'évaluation des symptômes. Rappelons que la tétrade clinique est inconstante : les BVM sont constatées pour environ 65 % des femmes vers 50-55 ans. Les troubles du climatère, conséquence de l'hypoestrogénie, sont très variables d'une femme à l'autre. Les BVM sont encore observées pour 53 % des femmes de 60 à 64 ans. La sécheresse vaginale s'aggrave avec le temps si une prise en charge rapide n'est pas envisagée.

■ À long terme

1 **L'ostéoporose post-ménopausique** est une maladie diffuse du squelette, caractérisée par une diminution de la résistance osseuse entraînant un risque accru de fractures. Les fractures du poignet sont généralement observées entre 50 et 60 ans, les fractures vertébrales entre 60 et 70 ans et les fractures du col du fémur après 80 ans. Le risque fracturaire doit être évalué en fonction de l'âge, des antécédents familiaux et personnels de fracture, de la prise de corticoïdes, des antécédents d'hypo-estrogénie. La possibilité de mesurer la densitométrie minérale osseuse (DMO) par DXA (absorptiométrie biphotonique à rayons X) améliore cette évaluation. L'ostéoporose atteint une femme ménopausée sur quatre.

2 Athérosclérose, coronaropathie

La ménopause est associée à une perte de l'avantage que la femme possède sur l'homme vis-à-vis de la pathologie coronarienne.

L'incidence de ces pathologies chez la femme ménopausée est sous-tendue par un certain nombre de perturbations secondaires à la carence estrogénique, à la fois métaboliques

(évolution vers un profil lipidique athérogène, insulino-résistance...) et vasculo-pariétales (augmentation de la rigidité artérielle, dysfonctions endothéliales...).

3 Fonctions cognitives et maladie d'Alzheimer

La carence estrogénique contribuerait à une dégradation des fonctions cognitives à la ménopause (capacités de mémorisation, performances verbales, raisonnement abstrait) ainsi que dans la genèse de la maladie d'Alzheimer mais aucune étude n'a permis de faire du THM un traitement préventif.

LE TRAITEMENT

La ménopause doit être une période de la vie où une réflexion préventive doit être établie pour vieillir harmonieusement et optimiser la qualité de vie. L'espérance de vie des femmes est de 85 ans. La femme va vivre 35 ans en état de ménopause donc en état d'hypoestrogénie.

■ **Les règles hygiéno-diététiques** doivent être rappelées pour améliorer l'espérance de vie sans handicap :

- Activité physique régulière (30 à 45 minutes de marche rapide par jour),
- Arrêt du tabac,
- Hygiène alimentaire (limiter la prise de café, de sucre et d'alcool),
- Privilégier un régime équilibré et pauvre en graisse, avoir un apport suffisant en calcium et vitamine D.

■ Traitements symptomatiques non hormonaux

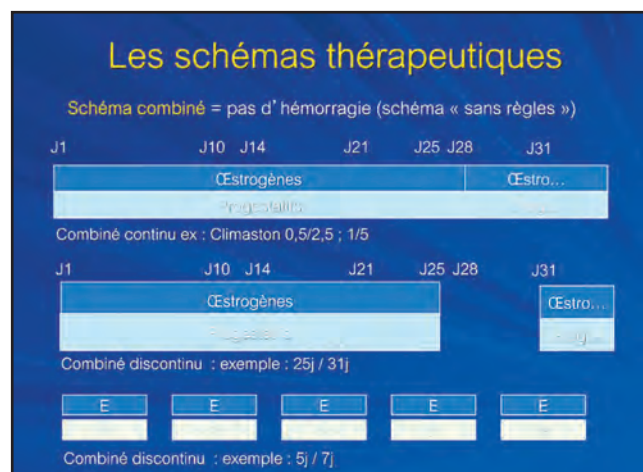
L'effet placebo est observé pour 50 % de l'amélioration des bouffées vaso-motrices. Les préparations à base d'herbes ou de plantes, l'homéopathie peuvent être prescrits. La vitamine E, l'Abufène®: (acide aminé) ont probablement un effet placebo. La clonidine, les anti-dépresseurs comme les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine peuvent également être prescrits, mais des effets secondaires avec altération des fonctions cognitives et addiction peuvent être observés.

Pour la sécheresse vaginale, les hydratants (Serélyls®, Replens®, Mucogyne®), et lubrifiants vaginaux (Monasens®, Sensilube®) peuvent être utiles pour améliorer le SGUM et la sexualité.

■ **Le traitement hormonal de la Ménopause (THM)** permet une prise en charge globale.

Compte tenu de l'apport d'estrogènes, le THM fait disparaître dans 95 % des cas le syndrome climatérique et améliore la trophicité vulvo-vaginale en traitant efficacement l'atrophie vulvo-vaginale. C'est un traitement clé des BVM et des dyspareunies d'intromission de la post-ménopause.

Un certain nombre d'études semble confirmer l'effet favorable des traitements par estrogènes chez la femme ménopausée sur le risque cardiovasculaire si ce traitement est donné précocement, dans la période dite de « fenêtre d'intervention thérapeutique » en prévention de l'athérosclérose, en privilégiant les hormones bio-identiques : l'association de l'estradiol à la progestérone naturelle ou à la rétro-progestérone doit être privilégiée et prescrite en première intention.



L'utilisation d'une voie non orale (percutanée ou transdermique) permet d'annuler le risque thrombo-embolique veineux associé à la prise orale des estrogènes.

L'étude WHI (*Women Health Initiative* 2002, première étude d'intervention à grande échelle) est très critiquée mais elle a montré que l'administration par voie orale d'estrogènes conjugués équinés et de médroxyprogestérone entraîne une augmentation significative du risque cardiovasculaire, des accidents vasculaires cérébraux et du risque thrombo-embolique veineux.

Cette étude a, de plus, montré l'absence d'amélioration de la qualité de vie mais il faut rappeler que la présence de BVM était un facteur d'exclusion de l'étude.

Cette étude a été réalisée chez des femmes majoritairement à distance de la ménopause (plus de dix ans), ce qui explique notamment la plus grande fréquence des accidents coronariens chez les femmes traitées par rapport à celles ayant reçu le placebo. Le progestatif (MPA) a des effets délétères et nous privilégions en France l progestérone ou la rétro-progestérone.

Le THM doit être proposé à toutes les femmes présentant un ou des symptômes climateriques dans le respect des recommandations de la HAS 2014. Le rapport bénéfices/risques doit toujours être évalué de façon individuelle avec respect des contre-indications comme le cancer du sein et de l'endomètre, les tumeurs endométriales de l'ovaire. Les maladies thromboemboliques sont une contre-indication à la voie orale. Il faut privilégier l'administration des Estrogènes naturels (estradiol 17 β ou valérate d'estradiol), par voie transdermique ou percutanée à la dose minimale efficace sur les symptômes (L'étude Épidémiologique de l'Éducation Nationale: E3N, a rassuré les médecins en ne montrant pas d'augmentation du risque du cancer du sein avec les hormones bio-identiques). Il faut associer aux estrogènes de la progestérone ou des progestatifs pour protéger l'utérus du risque de cancer de l'endomètre. La progestérone naturelle, ou son isomère doivent être privilégiés pour leurs effets non significatifs sur le risque de cancer du sein. Il est inutile de prescrire des progestatifs chez la femme hystérectomisée.

Le THM est au mieux prescrit de façon combinée (pour éviter les règles: hémorragies de privation) et discontinu (pour réduire la posologie). Des schémas 25 j/mois ou mieux 5 jours/7 facilitent l'observance, réduisent les doses d'hormones sans réactiver les signes d'hypoestrogénie de l'arrêt de 2 jours par semaine.

La durée du THM, selon les recommandations (HAS 2014), doit être limitée tant que durent les symptômes. Une réévaluation annuelle de la balance bénéfices/risques doit être appliquée.

Chez les femmes ne désirant pas prendre de THM, et dans certains cas de contre-indications, l'utilisation de la Voie vaginale est possible. Ces Estrogènes (Estradiol essentiellement et Promestriène) à action locale améliorent la trophicité vulvo-vaginale et sont généralement prescrits deux fois par semaine: l'estriol (d'origine placentaire) est un estrogène 100 fois plus faible que l'estradiol (Gydrelle[®], Trophicrème[®], Trophigil[®]). Le promestriène (colpotrophine[®]) passerait peu la barrière vaginale.

RÔLE DE LA SAGE-FEMME

Elle doit savoir :

- Expliquer l'origine des troubles secondaires à l'hypoestrogénie.
- Accompagner la femme dans une gestion préventive des complications secondaires à la ménopause.
- Souligner l'intérêt de la surveillance clinique, et de la réalisation tous les deux ans d'une mammographie, et tous les trois ans des frottis cervico-utérins.
- Rappeler l'intérêt d'un dépistage biologique des troubles lipidiques et de la glycémie.
- Inciter à faire réaliser une densitométrie osseuse surtout en cas d'antécédents de fracture par fragilité osseuse dans la famille ou chez la femme et s'il existe une perte de taille de plus de 2 cm ou des douleurs dorso-lombaires inexpliquées.
- Détailler les explorations d'un saignement anormal et proposer le dépistage des anomalies endométriales en cas de facteurs de risques de cancer de l'endomètre.
- Stimuler la curiosité de la femme en lui indiquant le site du gemvi.org et la lecture de la lettre d'information aux patientes sur le THM. •

Exemple d'une
Fiche d'information
donnée aux patientes.

Source: ©GEMVI.

FICHE D'INFORMATION AUX PATIENTES

ÉDITÉE PAR LE GEMVI EN 2017



Madame,

Le Groupe d'Étude de la Ménopause et du Vieillessement hormonal (GEMVI) vous propose une information concernant la ménopause, ses effets et son éventuel traitement. Après lecture de ce document, notez les questions que vous poserez à votre médecin, seul habilité à répondre à vos interrogations personnelles.

LA PRISE EN CHARGE DE LA MÉNopause

QU'EST-CE QUE LA MÉNopause ?

La **ménopause** correspond à l'arrêt du fonctionnement de l'ovaire qui survient vers l'âge de 50 ans et qui se traduit par l'arrêt des règles et la perte de la fonction de reproduction. Pour parler de ménopause « installée », il est d'usage d'attendre 1 an après l'arrêt des règles.

La **périménopause** est la période qui précède l'arrêt des règles, et peut se prolonger jusqu'à un an après les dernières règles. Pendant cette période, les cycles se raccourcissent, puis s'allongent, deviennent irréguliers. Les signes fonctionnels de ménopause peuvent apparaître, parfois plusieurs années avant la ménopause confirmée.

On parle de **ménopause précoce** ou mieux d'insuffisance ovarienne prématurée (IOP) pour les femmes qui sont ménopausées, en particulier de manière spontanée avant l'âge de 40 ans.

Parfois, l'ovaire peut refunctionaliser pendant des périodes courtes après le début de la ménopause. C'est ce que l'on appelle la résurgence folliculaire (reprise transitoire de l'activité ovarienne).

QU'APPELLE-T-ON SYNDROME CLIMATÉRIQUE ?

C'est l'association de symptômes qui marquent la période de la périménopause, puis de la ménopause confirmée.

Il existe quatre signes cliniques principaux et d'autres signes non spécifiques.

- 1) **Les bouffées vasomotrices (BVM) ou bouffées de chaleur.** Elles peuvent survenir au cours de la journée ou de la nuit. Elles sont caractérisées par une sensation de chaleur, de tout le corps et s'étendant particulièrement au cou et à la face avec apparition de rougeurs et de sueurs.
- 2) **Les sueurs nocturnes** peuvent survenir de façon isolée sans bouffées de chaleur. Elles ont tendance à réveiller la femme. Elles s'associent à une sensation de chaleur.
- 3) **Les troubles génito-urinaires** avec essentiellement, la sécheresse vulvo-vaginale. Ces signes surviennent et s'aggravent avec la durée de la ménopause et occasionnent des douleurs lors des rapports sexuels et par voie de conséquence, une diminution du plaisir et du désir. La femme peut également se plaindre de troubles urinaires : infections et irritations urinaires, pertes d'urine à l'effort ou des besoins urgents d'uriner.
- 4) **Les douleurs articulaires** sont également fréquentes. Elles peuvent toucher toutes les articulations, sont souvent fluctuantes

dans le temps et plus marquées le matin (ou après immobilisation, par exemple en position assise) avec un dérouillage matinal et une amélioration avec l'activité physique.

D'autres signes peuvent être retrouvés mais sont moins spécifiques. Une baisse de la libido (désir sexuel) est fréquente et une peau plus sèche est aussi souvent notée. D'autres signes peuvent résulter d'un effet dit « dominos », secondaire au réveil nocturne engendré par les BVM. Ce sont les troubles du sommeil, l'asthénie, la perte d'attention, la tendance dépressive, les pertes de mémoire, les troubles de l'humeur, le caractère irritable.

La ménopause s'accompagne par ailleurs, la plupart du temps d'une redistribution des graisses qui ont tendance à se déposer sur le ventre, avec prise de poids qui débute souvent avant la ménopause confirmée, d'où l'importance de mesures de prévention (alimentaires et exercice physique).

QUEL EST L'IMPACT DE LA MÉNopause SUR LA SANTÉ ?

En début de ménopause, ce sont essentiellement les signes fonctionnels indiqués ci-dessus.

La carence hormonale en estrogènes a également d'autres effets qui, chez certaines femmes, peuvent favoriser la survenue de véritables maladies (cf. infra).

Il s'agit :

- d'une accélération de la perte osseuse. Elle expose la femme à un **risque accru d'ostéoporose et de fractures** ;
- d'une augmentation de la résistance à l'insuline avec **prédisposition au diabète de type II** ;
- du développement de l'athérosclérose qui peut **favoriser la survenue d'une angine de poitrine, voire d'un infarctus.**

À plus long terme, les conséquences de la ménopause peuvent donc être :

1. **L'atrophie génitale et la sécheresse vaginale** qui s'aggrave avec la durée de la ménopause.
2. **L'ostéoporose post-ménopausique** : c'est une maladie diffuse du squelette, caractérisée par une diminution de la résistance osseuse entraînant un risque accru de fractures. Elle touche 1 femme sur 4 après la ménopause. Les fractures les plus fréquentes sont les fractures vertébrales, celles du poignet (fracture de Pouteau-Colles), ainsi que plus tard dans la vie, les fractures de l'extrémité supérieure du fémur. Des fractures des côtes ou de l'extrémité supérieure de l'humérus peuvent également survenir.

Le dépistage du risque d'ostéoporose est possible par la mesure de la densité minérale osseuse (DMO) par un examen d'ostéodensitométrie. La possibilité de réaliser cette mesure de manière simple et non invasive a conduit à définir l'ostéoporose comme une diminution de la DMO de plus de 2.5 écarts-types de la valeur maximale d'une femme jeune (T-score). On parle ainsi d'ostéoporose « densitométrique » lorsque le T-score $\leq -2,5$ sur au moins 1 des 2 sites osseux mesurés, colonne lombaire et/ou col du fémur en gardant le terme d'ostéoporose « fracturaire » en cas de fracture après faible traumatisme.

Les risques sont plus importants si vous abordez votre ménopause avec déjà une DMO diminuée et/ou si vous avez des facteurs de risque de fracture : si vous avez déjà fait une fracture ou avez un antécédent de fracture de hanche chez votre mère ou votre père, ou si vous êtes maigre. Un arrêt des règles prolongé de plus de 6 mois avant la ménopause ou une ménopause avant l'âge de 40 ans, la prise de certains traitements (agonistes du GnRH (décapeptyl, énanthone), corticoïdes, anti-aromatases...), sont également des facteurs de risque d'ostéoporose.

Parlez-en à votre médecin qui saura vous orienter vers la réalisation d'une ostéodensitométrie.

3. **Les maladies cardio-vasculaires** : elles sont la conséquence de l'athérosclérose, en particulier au niveau des coronaires, ce qui vous expose à un risque d'infarctus du myocarde.

Avant la ménopause la femme a moins de risque de faire un infarctus que l'homme. Après la ménopause, ce risque augmente, et rattrape celui de l'homme.

L'augmentation de l'incidence des maladies coronariennes chez la femme ménopausée est sous-tendue par un certain nombre de perturbations, elles-mêmes liées à la carence estrogénique :

- Perturbations métaboliques avec majoration du cholestérol total et de la fraction LDL qui représente le mauvais cholestérol, augmentation de la résistance à l'insuline et des triglycérides. Certains facteurs de la coagulation se modifient dans le sens d'une hypercoagulabilité.
- Altérations directes de la paroi vasculaire : modifications de la résistance artérielle avec augmentation de la pression sanguine artérielle ; dysfonctionnements endothéliaux...

>>>

FICHE D'INFORMATION AUX PATIENTES ÉDITÉE PAR LE GEMVI EN 2017 (SUITE)

Un certain nombre d'études semble confirmer l'effet favorable des traitements par estrogènes chez la femme ménopausée en prévention de l'athérosclérose **si ce traitement est donné précocement, dans la période dite de « fenêtre d'intervention thérapeutique »**, c'est-à-dire dans les dix premières années de la ménopause.

4. **L'altération des fonctions cognitives** : la carence estrogénique est suspectée comme étant à l'origine d'une dégradation des fonctions cognitives après la ménopause (capacités de mémorisation, performances verbales, raisonnement abstrait) ainsi que dans la survenue de la maladie d'Alzheimer.

Il est cependant très difficile de faire la part de ce qui est attribuable à la ménopause et au vieillissement.

Une ménopause précoce s'accompagne d'un risque majoré de déclin cognitif et de démence et un traitement par les estrogènes au moins jusqu'à l'âge de 50 ans annule dans les études épidémiologiques d'observation ce sur-risque.

Des études de même type suggèrent qu'un traitement hormonal administré précocement après le début de la ménopause pourrait diminuer le risque de maladie d'Alzheimer, mais nous ne disposons aujourd'hui d'aucune étude randomisée pour le démontrer avec certitude.

LA PRISE EN CHARGE DE LA MÉNopause

- **Les règles hygiéno-diététiques** : elles sont fondamentales.

- Il faut arrêter le tabac et les boissons alcoolisées doivent être limitées.
- Un régime pauvre en graisse et en sucre d'absorption rapide, riche en légumes verts, crudités, poisson et comportant 1 à 2 fruits/jour est conseillé.
- Un apport suffisant en calcium et vitamine D est également recommandé : la quantité de calcium est de 1000 à 1200 mg/j, en privilégiant la prise alimentaire avec 3 produits laitiers par jour et/ou une eau riche en calcium (Contrexville, Hépar, Courmayeur).

Pour la vitamine D, une exposition au soleil de 15 à 30 mn/j peut suffire mais l'absorption cutanée diminue avec l'âge et compte tenu de la fréquence des déficits en vitamine D, un apport de 800 UI par jour ou de 80000 à 100000 UI de vitamine D3 par trimestre peut être conseillée, particulièrement durant les mois d'hiver.

- Une activité physique régulière est préconisée : 30 à 45 minutes de marche rapide, 3 à 4 fois par semaine ou 2-3 heures d'exercice physique/semaine. Elle permet de limiter les risques de maladies cardiovasculaires, les cancers, l'ostéoporose et la prise de poids. Elle permet le maintien des muscles qui sont aussi un facteur de prévention des fractures et des chutes.

- **Les traitements en dehors du traitement hormonal de la ménopause.**

- **Pour les bouffées de chaleur**, l'effet placebo améliore les symptômes dans 50 % des cas. Les préparations à base

d'herbes ou de plantes, contenant des phyto-estrogènes, de même que l'homéopathie, peuvent être prescrites.

La Haute Autorité de Santé a mis en garde contre les phyto-estrogènes en précisant qu'ils ne sont pas bien évalués.

Votre médecin peut vous proposer plusieurs types de traitement, mais seule la béta-alanine dont l'efficacité est limitée, a une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le traitement des BVM. Dans certaines conditions, il peut être amené à vous proposer un autre traitement, comme la clonidine, la gabapentine ou certains anti-dépresseurs (famille des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine). Ces traitements n'ont pas l'AMM pour le traitement des BVM mais ont montré dans différentes études, une efficacité supérieure à celle du placebo pour réduire leur fréquence. Leur utilisation doit néanmoins prendre en compte leurs effets secondaires potentiels et être discuté au cas par cas. Pour ceux proposées dans le traitement des états dépressifs, l'effet positif sur les BVM s'explique par le rôle de la sérotonine qui est impliquée dans leur survenue. Leur action est lente et il faut souvent attendre 2 à 3 mois pour obtenir une efficacité maximale.

- **Pour la sécheresse vaginale**, les hydratants et lubrifiants vaginaux peuvent améliorer le confort sexuel. Les estrogènes par voie vaginale, habituellement deux fois par semaine, permettent de conserver la trophicité vulvo-vaginale et de lutter contre le syndrome uro-génital de la ménopause (sécheresse du vagin, infections urinaires fréquentes, envie pressante d'uriner...).

Pour l'incontinence urinaire, le traitement estrogénique local associé à une gymnastique des muscles pelviens est souvent efficace.

Parlez-en à votre médecin qui saura vous conseiller si besoin.

La prise en charge des problèmes sexuels doit être globale : il ne faudra pas oublier d'intégrer aux éventuels problèmes médicaux, l'environnement psychosocial et ne pas oublier l'importance du partenaire.

- **Le Traitement Hormonal de la Ménopause (THM)**

Il repose sur l'administration d'estrogènes pour pallier le déficit survenant après la ménopause et ses conséquences.

L'estrogène doit néanmoins être associé (si vous avez votre utérus) avec de la progestérone pour diminuer le risque de cancer de l'utérus (endomètre).

Il existe des contre-indications absolues, notamment un antécédent de cancer du sein, qui sont connues par votre médecin et qui les recherchera avant de vous proposer le THM.

L'intérêt pour le THM a été remis en question en 2002 suite à une grande étude américaine. La WHI (Women Health Initiative) était la 1^{re} étude, à grande échelle, comparant un THM à un placebo.

Elle a montré que l'administration d'**estro-**

gènes conjugués équinés par voie orale (estrogènes extraits des urines de juments gravides) et d'un progestatif de synthèse, non utilisé en France, l'acétate de médroxyprogestérone entraînait une augmentation significative du cancer du sein, des infarctus du myocarde, des accidents vasculaires cérébraux et du risque thrombo-embolique veineux (phlébites et embolies pulmonaires).

Cette étude a cependant été réalisée chez des femmes majoritairement à distance de la ménopause (plus de 10 ans), d'âge moyen de 63 ans et dont 2/3 étaient en surpoids, dont 1/3 d'obèses, expliquant notamment la plus grande fréquence des accidents cardio-vasculaires chez les femmes traitées par rapport à celles ayant reçu le placebo. De plus, les doses d'hormones administrées étaient importantes pour cet âge.

1. Les modalités du THM

En privilégiant l'association de l'**estradiol** (estrogène naturel de la femme) à la **progestérone** naturelle ou à un dérivé proche (rétro-progestérone) et en appliquant l'estrogène par voie percutanée ou transdermique, on réduit, voire on annule le risque thrombo-embolique veineux et d'accident vasculaire cérébral.

En débutant le THM dans les dix ans après le début de la ménopause (au mieux dans les 5 ans), on respecte la fenêtre d'intervention thérapeutique. Les études les plus récentes ont montré une balance bénéfiques/risques positive pour le THM chez les femmes de 50 à 60 ans.

Chez la femme qui n'a plus d'utérus (hystérectomie), un traitement par l'estradiol seul (sans progestérone) est suffisant. En effet, le principal objectif de la prise de progestérone, en association aux estrogènes dans un THM, est de protéger l'utérus.

Certains schémas d'administration permettent d'éviter les règles : l'estradiol et la progestérone sont donnés de façon combinée (le même jour). La prescription discontinuée du THM (par exemple, 25 J/ mois) permet de réduire la quantité d'hormones prescrites.

2. Les bénéfices du THM

Le THM a fait la preuve de son efficacité dans la correction des symptômes ménopausiques gênants, la prévention de l'atrophie vaginale, la prévention de la perte osseuse post-ménopausique et des fractures ostéoporotiques.

Il s'agit du seul traitement ayant prouvé son efficacité pour diminuer de manière significative le nombre des fractures chez la femme de 50 à 60 ans, même si l'incidence de ces fractures en début de ménopause est faible. Une diminution du risque du cancer du côlon a été montrée dans l'étude WHI, mais elle n'a pas été confirmée dans toutes les études, notamment les études européennes.

3. Les risques du THM

Ils sont variables selon le type du THM, sa voie d'administration et en fonction de l'âge et de l'ancienneté de ménopause ainsi que de l'état de santé propre à chaque femme.

- **L'infarctus du myocarde**

Le THM n'est pas indiqué pour la seule prévention de l'infarctus du myocarde,

KOLOR PLAY® KOLOR CLIP® by kitett®



POUR LE CONFORT DE MAMAN, ET LE MIEN.

Tire-lait manuel

KOLOR CLIP® pour transformer le **Kit Expression KOLOR®**
en tire-lait manuel **KOLOR PLAY®**



Dispositifs médicaux de classe IIa. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne le dispositif médical.



CE 0459



Available on the



K.COMPS.FR:158.0217 - Documentation destinée aux Professionnels de Santé. Photographies non contractuelles.

L'ALLAITEMENT PAR DTF MEDICAL



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

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

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

DTF
medical

agenceproque.fr

FICHE D'INFORMATION AUX PATIENTES ÉDITÉE PAR LE GEMVI EN 2017 (SUITE)

en particulier si la femme présente déjà des lésions d'athérosclérose ou lorsqu'elle est à distance de la ménopause (plus de 10 ans). Néanmoins, les données les plus récentes indiquent qu'un THM pris précocement après la ménopause aurait un effet favorable en prévention primaire du risque d'infarctus.

■ **Les accidents vasculaires cérébraux (AVC):** Dans l'étude WHI, il existait un sur-risque d'AVC qui n'était pas influencé (contrairement au risque d'infarctus) par l'ancienneté de la ménopause. Néanmoins, chez une femme de moins de 60 ans ce risque est très faible. Des données plus récentes suggèrent également qu'il est favorisé par les fortes doses et la voie orale des estrogènes, mais non par la voie cutanée.

■ **Les maladies thromboemboliques veineuses** Le risque (phlébite profonde, embolie pulmonaire) est augmenté d'un facteur 2 à 3 par les estrogènes par voie orale, surtout pendant la 1^{re} année de traitement. **Ce risque n'est pas présent lorsque les estrogènes sont donnés par voie cutanée** et en association avec la progestérone ou des dérivés proches.

■ **Les cancers gynécologiques hormonaux dépendants.** Ils sont le point le plus important à considérer.

- **Cancer du sein**

Dès 1999, l'étude d'Oxford a permis de préciser le risque absolu imputable au THM. **Il est de 2 cas supplémentaires pour 1 000 femmes prenant un THM pendant 5 ans, de 6 cas pour 1 000 femmes prenant un THM pendant 10 ans et de 12 cas pour 1 000 femmes traitées pendant 15 ans (en sachant que le risque hors THM, pour une femme entre 50 et 60 ans est de l'ordre de 50 cas pour 1 000 femmes).**

Ce risque se normalise 2 à 5 ans après l'arrêt du traitement.

L'étude WHI a confirmé l'augmentation du risque de cancer du sein associé au THM (4 cas de plus pour 1 000 femmes traitées pendant 5 ans). Les progestatifs de synthèse seraient impliqués dans l'augmentation de ce risque. Ils rendent de plus, le dépistage mammographique plus difficile en raison de leur impact sur l'augmentation de la densité mammaire.

Plus récemment, **il n'a pas été retrouvé d'augmentation du risque de cancer du sein aux USA avec les estrogènes conjugués équilibrés seuls (sans progestatifs), et en France avec l'association de l'estradiol à la progestérone naturelle ou son isomère** (étude Française E3N et étude européenne EPIC pour des durées de traitement de 5 à 6 ans).

Il faut également insister sur le fait que le THM n'induit pas de cancer du sein mais peut stimuler un cancer microscopique. On dit qu'il est promoteur du cancer de sein, mais non inducteur.

Le niveau de risque reste faible et équivalent à une femme sans traitement qui

consommerait 3 unités d'alcool par jour. Il correspond au risque associé à chaque année de ménopause retardée. Par exemple, une femme dont la ménopause survient à 58 ans a le même risque de cancer du sein qu'une femme ménopausée à 50 ans et qui prendrait un THM pendant 8 ans.

Il n'y a pas de sur-risque chez les femmes obèses qui ont cependant un risque de base plus augmenté. La perte de poids, l'exercice physique diminuent les risques.

- **Cancer de l'endomètre (utérus):** Les estrogènes, lorsqu'ils sont donnés seuls, augmentent le risque de cancer de l'endomètre. L'adjonction d'un progestatif doit donc être systématique, au minimum 12 jours par mois. Il peut être conseillé une échographie de surveillance de l'endomètre après 5 ans de THM. Chez la femme hystérectomisée, l'addition d'un progestatif n'est pas nécessaire.

- **Cancer de l'ovaire**

Une analyse 2015 montre une augmentation du risque de cancer de l'ovaire associé au THM. Le sur-risque est évalué à 1 cas supplémentaire pour 10 000 femmes par année de THM. Il n'a pas été observé dans l'étude WHI pour 5 ans de traitement. Il faut consulter en cas de troubles digestifs nouveaux, d'aggravation d'une constipation ou de douleurs pelviennes, que ce soit avec ou sans THM.

■ **D'autres risques existent:** augmentation des lithiases hépato-vésiculaires (essentiellement avec les traitements par voie orale), augmentation de la taille des fibromes, stimulation de l'endométriase.

■ En cas de saignements anormaux, spotting ou métrorragies, il est indispensable de consulter votre médecin pour éliminer un problème utérin ou ovarien. Cela peut être aussi un effet secondaire du traitement à évaluer avec votre médecin.

■ Le THM ne fait pas grossir. La prise de poids péri-ménopausique est parfois au contraire limitée par le traitement.

4. La durée du THM

Il n'y a pas en théorie de durée maximale de prise d'un THM.

Selon les recommandations de la HAS, il doit être prescrit tant que durent les symptômes avec une adaptation de la dose minimale efficace qui peut varier avec le temps.

Une réévaluation annuelle de la balance bénéfice/risque doit être faite, notamment après 5 ans de traitement en raison de la possible augmentation du risque de cancer du sein après cette durée.

De nombreux gynécologues prolongent les traitements hormonaux bien au-delà des 5 ans en intégrant la notion de qualité de vie, les risques ostéoporotiques et d'athérosclérose.

» Le suivi des femmes ménopausées

Il est conseillé de faire un examen clinique général, gynécologique et mammaire annuel.

L'entretien doit identifier les antécédents personnels et familiaux de maladies qui peuvent conditionner votre prise en charge. En cas de THM, il doit rechercher des symptômes anormaux (saignements, douleurs mammaires).

La mesure du poids et de la taille, tout comme celle de la tension artérielle doit faire partie de l'examen clinique.

Les frottis cervico-vaginaux seront répétés tous les 3 ans, de même la mammographie est pratiquée tous les 2 ans de 50 à 74 ans. Au-delà, le dépistage devient individuel et doit tenir compte des facteurs de risque propres à chaque femme.

Une mesure de la DMO est recommandée en début de ménopause (surtout en cas de facteurs de risque) pour évaluer le risque d'ostéoporose. Si vous débutez la ménopause avec un capital osseux déjà abaissé, un traitement de prévention de la perte osseuse, notamment par le THM doit être discuté.

Une perte de plus de 4 cm par rapport à la taille adulte ou de plus de 2 cm entre 2 mesures avec la même toise doit faire suspecter une fracture vertébrale (appelée à tort « tassement vertébral »). Un bilan osseux et un examen radiographique du rachis de profil ou une morphométrie vertébrale (VFA) en complément de l'examen de densité osseuse sont recommandés.

Un bilan biologique pour dépister un diabète ou une hyperlipémie est conseillé en début de ménopause, puis en fonction des facteurs de risque et de la prise ou non d'un THM.

Enfin, en cas de signes d'appel, une échographie pelvienne permet de vérifier l'absence de pathologie de l'utérus et des ovaires.

EN CONCLUSION, le THM a été rejeté en 2002 après la publication de l'étude WHI dont il faut souligner que malgré sa qualité, elle n'a jamais été une étude sur le traitement de la ménopause mais plus sur l'intérêt éventuel du THM pour prévenir le vieillissement vasculaire et osseux de la femme âgée. À distance du début de la ménopause (plus de 10 ans), l'association des estrogènes équilibrés par voie orale et d'un progestatif de synthèse augmente les risques cardio-vasculaires et de cancer du sein.

En 2017, toutes les sociétés savantes de ménopause reconnaissent que la balance bénéfices/risques du THM est favorable chez les femmes de 50 à 60 ans (ou de moins de 10 ans de ménopause) en l'absence de contre-indication.

Le GEMVI souligne l'importance

- des hormones « naturelles » féminines (estradiol et progestérone) à dose minimale efficace;
- de l'utilisation préférentiellement **cutanée des estrogènes** pour diminuer le risque veineux;
- d'une administration lorsque nécessaire, **en début de ménopause** permettant de s'opposer à la perte osseuse et à la progression de l'athérosclérose (protection de l'os et du cœur).

Ce document a pour but de vous donner toutes les informations nécessaires pour vous aider à bien vivre votre ménopause et à prendre un THM si vous en ressentez le besoin. Néanmoins, seul votre médecin pourra choisir avec vous les modalités qui vous conviendront le mieux. Le THM doit être adapté à chaque femme, il s'agit d'un traitement sur « mesure ».

Pour toutes questions complémentaires, consulter le site du GEMVI: www.gemvi.org

XX^{es}

**JOURNÉES DE
Sénologie Interactive**

2017

**Les Événements et Avancées
de l'Année en Sénologie**

FORUM SEIN 2017

**Journées du Sénopôle
Saint-Louis - Territoire Nord**

20^e ANNIVERSAIRE - 2017

PARTICIPEZ AU JUBILÉ !

Jeudi 14 & Vendredi 15 septembre 2017

ESPACE SAINT MARTIN

199 BIS, RUE SAINT-MARTIN 75003 PARIS

**PRÉSIDENT ORGANISATEUR DU CONGRÈS ET SECRÉTARIAT SCIENTIFIQUE : MARC ESPIÉ
(SÉNOPÔLE SAINT LOUIS) - HÔPITAL SAINT-LOUIS**

1 AVENUE CLAUDE VELLEFAUX 75010 PARIS - TÉL 01 42 49 92 93



Des journées organisées par le Centre de Formation des Editions ESKA - CFEE : N° 11753436775
Inscription à adresser à la CFEE aux Editions ESKA CONGRÈS
Serge KEBABTCHIEFF, Adeline MARECHAL
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 69/73- Fax : 01 42 60 45 35
E-mail : inscriptions et renseignements : congres@eska.fr - Site : <http://www.congres.eska.fr/>

XX^{es} JOURNÉES DE SÉ

Journées du Sénopôle de l'Hôp

ESPACE SAINT MARTIN, 199 BIS,

JEUDI 14 SEPTEMBRE 2017

Amphithéâtre

JOURNÉES PRÉSIDÉ

20^e ANNIVER

Actualités interactives sur le cancer du sein

8h30 - 09h00	ACCUEIL INSCRIPTIONS — CAFÉ	
09h00 - 09h20	Introduction - Projection du film : Parcours d'une patiente atteinte d'un cancer du sein au Sénopôle de l'Hôpital St-Louis	M. ESPIE
09h20 - 09h40	Allocution de Monsieur Martin Hirsch, Président de l'AP-HP	
09h40 - 10h30	Cas cliniques interactifs, avis du public et des experts : S. BONFILS, P. CHARVERIAT, S. BECOURT	
10h30 - 11h00	PAUSE – VISITE DES STANDS	
11h00 - 11h30	Médecine complémentaire et cancer du sein	F. LEDOUX
11h30 - 12h00	Carcinome in situ et IRM	M. ALBITER
12h00 - 12h30	Patientes présentant une mutation BRCA1 BRCA2 : Données de la série de St Louis	S. BECOURT
12h30-13h00	Toxicité au long cours des inhibiteurs de l'aromatase fantasmé ou réalité	C. CUVIER
13h00 - 13h45	SYMPOSIUM : MYRIAD : Bilan d'un an de pratique du test de génomique moléculaire ENDOPREDICT à Saint Louis	J. CHE-LEHMANN, C. MIQUEL, C. CUVIER
13h45 - 14h15	Déjeuner	
14h15 - 14h45	Pronostic des cancers du sein chez la femme jeune : A propos de la cohorte OBAMA	E. KACZMAREK, A-S. HAMY
14h45 - 15h15	Rechute locale après traitement conservateur du cancer du sein, peut-on envisager de rester conservateur ?	E. BOURSTYN
15h15 - 15h45	Prise en charge des troubles du climatère après cancer du sein	S. FRANK
15h45 - 16h15	PAUSE – VISITE DES STANDS	
16h15 - 17h00	SYMPOSIUM : PFIZER	
17h00 - 18h30	ATELIERS DE TRAVAIL	
ATELIER 1	Imagerie en sénologie	
ATELIER 2	Sein et psychisme	
ATELIER 3	Inhibiteurs de cycline kinase 4/6 et hormonothérapie : Indications, gestion des effets indésirables	
ATELIER 4	Cancer du sein, préservation de la fertilité et PMA	

Prise en charge actuelle et suivi du cancer du sein

08h30 - 09h00 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

09h00 - 09h30	Immunothérapie des cancers du sein	L. TEIXEIRA
09h30 - 10h00	De la souris à l'Homme : Intérêt des « patients derived xenograft » (PDX) dans les cancers du sein triple négatifs	F. COUSSY
10h00 - 10h30	Cancers du sein triple négatifs : Comment en améliorer le pronostic	S. GIACCHETTI

10h30 - 11h00 PAUSE – VISITE DES STANDS

11h00 - 11h45	Conférence plénière : Cancer du sein et environnement	P. FENICHEL
11h45 - 12h15	Les congrès de l'année en Sénologie	C. CUVIER, S. GIACCHETTI
12h15 - 12h45	Chirurgie ambulatoire en Sénologie : Pour qui ? Pourquoi ? Comment ?	L. CAHEN DOIDY

12h45 - 13h30 SYMPOSIUM : NOVARTIS

13h30 - 14h00 Déjeuner

14h00 - 14h45	SYMPOSIUM : AGENDIA	Sous la présidence du Dr M. ESPIÉ
	Test du risque de récurrence du cancer du sein au stade précoce :	
	• La place de MammaPrint et BluePrint dans la prise en charge des patientes ER +/-, HER +/-, LN 0 ou +, pré et post-ménopausées	
	• Partage d'expériences en clinique : résultats sur l'impact décisionnel et perspectives	

15h15 - 15h45	Intervention psychologues St Louis	
15h45 - 16h15	Radiothérapie stéréotaxique et cancer du sein : Pour qui ? Pourquoi ?	S. GUILLERM

16h15 - 16h45 PAUSE – VISITE DES STANDS

16h45 - 17h30	Sexualité après cancer du sein :	
	• Le point de vue du gynéco-sénologue	F. LEDOUX
	• Le point de vue du psychologue	N. ESPIÉ

17h30 - 18h00	Discussion des posters et conclusions	
18h00	Remise du prix du jeu « Suivez le sein »	M. ESPIÉ

18h15 : FIN DU CONGRÈS

XX^{es} JOURNÉES DE Sénologie Interactive 2017

Journées du Sénopôle
Hôpital Saint-Louis - Territoire Nord - 2017

ESPACE Saint Martin
199 BIS, RUE SAINT-MARTIN
75003 PARIS



A. DROITS D'INSCRIPTION : (hors déjeuners)

- Médecin
- Sage femme, infirmière, technicien, Chef de clinique (*joindre un justificatif*)
- Interne (*joindre un justificatif*)
- Formation médicale entrant dans le cadre de la formation - hors DPC

	Avant le 30 juin	Après le 30 juin
<input type="checkbox"/> Médecin	190 €	220 €
<input type="checkbox"/> Sage femme, infirmière, technicien, Chef de clinique	86 €	100 €
<input type="checkbox"/> Interne	43 €	50 €
<input type="checkbox"/> Formation médicale entrant dans le cadre de la formation - hors DPC	190 €	220 €

A destination du personnel salarié des collectivités et des hôpitaux : conventions de formation

- Je souhaite valider mon DPC 1 (places limitées) OUI NON
 Je souhaite valider mon DPC 2 (places limitées) OUI NON

Vous serez contacté par l'organisme de DPC VFL afin de finaliser votre inscription au DPC

Déclaré sous le numéro 93 06 06639 06 – Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'état Enregistré et évalué favorablement par l'OGDPC sous le n°5249

ABONNÉ(E) 2017, Préciser votre numéro d'abonné, Entrée gratuite (hors déjeuners)

Abonnements / Renouvellement

Si vous n'avez pas encore renouvelé votre abonnement à l'une des revues, joindre 150 € afin d'accéder au congrès 2017 (hors déjeuners)

- Abonnés à la revue **Reproduction Humaine et Hormones** n° d'abonné(e) : 150 €
- Abonnés à la revue **Cancers au Féminin** n° d'abonné(e) : 150 €
- Abonnés à la revue **Dossier de l'Obstétrique** n° d'abonné(e) : 150 €

INVITÉ(E), apposer le cachet de l'invitant, Entrée gratuite (hors déjeuners)

B. TRANSPORT

Fiches de réduction : SNCF AIR FRANCE [Réf. 30650AF]

Parking gratuit (dans la limite des places disponibles)

C. DÉJEUNERS : Préciser les jours

- Jeudi 14.09.2017 Nbr x 35 € =€
- Vendredi 15.09.2017 Nbr x 35 € =€

Total Déjeuners

D. SOIRÉE DU CONGRÈS

Soirée du Congrès :

Vendredi 15 septembre 2017 : 20h00 - 23h00

- 90 €
- 90 € (Accompagnant)

Total Soirée du Congrès

SOUS-TOTAL ① + ② + ③ + ④ = ⑤

E. MONTANT TOTAL TTC A RÉGLER

- Carte bancaire
- VISA
- Mastercard

N° Date d'expiration / ___/___/___/___

- Chèque à l'ordre du CFEE
- Espèces

Virement: BNP Paribas - Paris Champs Elysées (00804) / A l'ordre de CFEE

Compte N° 30004 00804 0010139858 36 - Code IBAN : FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836

F. MES COORDONNÉES Écrire en lettres capitales d'imprimerie SVP

Nom : Prénom : Titre :

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

Téléphone : Fax :

E-mail : (*impératif*) Cachet :

Nom et Prénom de l'accompagnant non congressiste :

Date : Signature :

À retourner accompagné de votre règlement
à l'ordre de : CFEE

12, rue du Quatre-Septembre 75002 Paris - France
Tél. : +33 (0)1 42 86 55 69/73 - Fax : +33 (0)1 42 60 45 35
Email : congres@eska.fr



Recommandé par
les Sages-Femmes

matilio®

Naturellement bon



Grossesse



BISCUITS ANTI-NAUSÉE



SMOOTHIES POUR
FEMMES ENCEINTES

Allaitement



BOISSONS LACTÉES POUR
FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES



Notre boutique en ligne :

<http://francebebe.fr/shop/>

Produits spécifiques pour toutes les mamans



www.francebebe.fr



DOSSIER

LE TOUCHER VAGINAL

Le toucher vaginal est un acte réservé aux médecins et aux sages-femmes. Geste médical, il se fait dans l'intime de la femme et est un geste de rencontre donnant à voir l'intérieur.

Il fait partie de la médecine obstétricale depuis bien longtemps. Son enseignement se fait le plus souvent dans la pratique sans que les règles de bonnes pratiques n'aient été approfondies.

Aujourd'hui, son utilité systématique est discutée.

Et, bien qu'outil diagnostique, il est devenu un geste de corporalité de la sage-femme, se liant à son identité professionnelle.

SOMMAIRE DU DOSSIER

21
HISTORIQUE DU
TOUCHER VAGINAL

23
LE TOUCHER VAGINAL
TECHNIQUE

24
CONTROVERSES AUTOUR
DU TOUCHER VAGINAL (TV)

26
L'ART DU TOUCHER VAGINAL

Historique du Toucher Vaginal

Lié à la pratique de l'obstétrique, le Toucher Vaginal (TV) est pratiqué depuis fort longtemps. On retrouve des traces en ce sens dans la Grèce antique et même pendant la préhistoire.

Dans le Talmud et l'Ancien Testament, des textes relatifs à la pratique du TV et diverses manœuvres obstétricales ont été retrouvés, prouvant que les Hébreux anciens avaient à leur disposition des sages-femmes. La première école de sages-femmes a été fondée en Égypte au VII^e siècle avant J.-C. Néanmoins, la pratique semble avoir été surtout mystico-religieuse. La prise en charge des femmes enceintes était assurée par des prêtresses; la maternité, mal comprise sur le plan scientifique, était du ressort du divin. Une riche mythologie existe, construite autour de la génération de nouveaux êtres humains, dans tous les pays et peuples du monde ^(1,2).

Dans l'Antiquité grecque, la médecine a connu une avancée importante grâce à Hippocrate, Galien et Soranos

(entre autres) et le rayonnement de cette civilisation a permis la propagation de meilleures pratiques, moins tournées vers le mystique. La pratique du TV était assez développée et permettait la détermination des diverses présentations fœtales.

L'éclatement de l'empire romain a déplacé vers l'orient arabe la civilisation et la poursuite des recherches et écrits en obstétrique. Quelques médecins célèbres comme Rhazes, Ali ben Abbas et Avicenne proposent des nouveautés fondées sur la science, mais la plupart du temps ne font que répéter les propos d'Hippocrate et Gallien.

Au Moyen Âge, suite à l'effondrement de l'empire romain, l'art de la médecine se perd en Europe et retourne à l'obscurantisme, où la religion et les superstitions ont plus de poids que la science. L'obstétrique retourne ainsi dans le giron de « matrones » ou « ventrières », nommées par le curé de paroisse, plus pour leurs qualités religieuses à ondoyer le nouveau-né si les choses tournaient mal que sur leurs capacités professionnelles.

Medi
plus
L'échographie évolutive



MediPlus est partenaire de GENERAL ELECTRIC depuis plus de 10 ans

Nous assurons la commercialisation des échographes VOLUSON reconditionnés-certifiés par le constructeur

MediPlus, la solution technologique au meilleur prix, en toute sécurité

N'hésitez pas à prendre contact avec Pierre Briand
au 01 30 15 78 43 ou sur p.briand@medi-plus.fr



Voluson P6



Voluson S6



Voluson S8



Voluson E8

MediPlus Ultrasound

MediPlus Ultrasound

www.medi-plus.fr

01 30 15 78 43

Historiquement, le TV a été pratiqué debout, allongée sur un lit ou un canapé, en général sous les jupes pour respecter la pudeur. Il est même décrit en position accroupie, dos à l'examineur. Le praticien n'a pas toujours des gants, parfois il ne se protège qu'avec de la graisse.

Au XV^e siècle, les premiers livres d'enseignement en obstétrique apparaissent⁽³⁾. La plupart des sages-femmes ne sachant pas lire, elles ne pouvaient guère en profiter. Au XVI^e siècle, les chirurgiens accoucheurs étaient encore rares. Au XVII^e siècle, Louis XIV y eut recours pour l'accouchement de sa maîtresse, M^{me} de la Vallière.

Au XVIII^e siècle, une grande campagne de santé publique a été lancée par le roi Louis XV. Devant une telle perte de « ressources humaines » due à la morbi-mortalité néonatale de l'époque, il a permis la création d'une école « multi-site » de sages-femmes à M^{me} Angélique Le Boursier du Coudray, maîtresse sage-femme. Elle a pu, grâce à une machine de son invention, qui reproduisait un bassin féminin et son fœtus, enseigner à de très nombreuses femmes l'art des accouchements. Elle forme aussi des chirurgiens démonstrateurs, qui continueront à former des femmes après son départ. Elle réalise un tour de France pour apporter, par séquence de 2 mois, l'enseignement obstétrical, sanctionné par la délivrance d'un certificat. Du premier cours, dispensé en Auvergne en 1759, au dernier cours en 1783, à Bourg-en-Bresse, on estime qu'Angélique du Coudray a formé dans une cinquantaine de villes environ 5000 élèves.

Un inspecteur fut nommé: Michel Chevreul, un jeune chirurgien angevin, chargé de veiller au respect de la méthode mise en place par M^{me} du Coudray. En Touraine, il constata que peu de femmes avaient été sélectionnées et qu'il y avait peu de fonds alloués à leur formation. Il estima qu'il s'agissait d'une question de mentalité: *« Si c'était pour former un vétérinaire, l'espoir d'avoir un homme qui pût prévenir ou empêcher la mortalité de leurs bestiaux les porterait à donner tout ce qu'on leur demanderait sans répugnance, mais pour conserver leur femme, il en est tout autrement; une de perdue, une de retrouvée ».*

Les XIX^e et XX^e siècles ont vu l'essor de la médecine basée sur l'expérimentation. Le toucher vaginal était un pilier de l'obstétrique, impensable de s'en passer, même sous prétexte de pudeur, comme l'explique le Dr P. Maigne⁽⁴⁾: *« le toucher, considéré sous le point de vue relatif aux accouchements, est l'art de constater l'état des diverses parties molles et dures qui concourent, chez la femme, à l'accomplissement de la génération. Il*



Actuellement, ces méthodes comme l'échographie du col et le dosage de certaines substances comme la FibroNectine Fœtale pourraient supplanter le traditionnel TV.



serait superflu d'insister sur la nécessité de ce moyen d'exploration, et sur les avantages qu'il procure; sans lui tout devient mystère et problème pour le praticien. Ce n'est qu'à l'aide des lumières qu'on en retire qu'il est possible de s'éclairer sur le caractère des faits dont la connaissance importe et pour le salut de la femme et pour la conscience du médecin. »

En 1971, c'est le premier plan de périnatalité par Papiernik qui rend cet examen systématique au cours de la grossesse comme prévention des naissances prématurées.

La bonne formation des praticiens (sages-femmes, médecins et chirurgiens) ainsi que les découvertes en hygiène, ont fait reculer la mortalité et la morbidité en obstétrique. De nouvelles méthodes d'exams, biologiques et d'imageries ont été développées pour assurer un meilleur suivi. Actuellement, ces méthodes comme l'échographie du col et le dosage de certaines substances comme la FibroNectine Fœtale pourraient supplanter le traditionnel TV⁽⁵⁾. On peut questionner la pertinence de la réalisation de ce geste, qui pourrait à son tour être qualifié « d'un autre temps ».

Le TV a été l'objet de nombreuses études et publications récentes sur son intérêt vis-à-vis des nouveautés diagnostiques. Dernièrement, dans l'actualité, son utilisation a été fortement remise en cause par les patientes et quelques praticiens⁽⁶⁾. Il pourrait être dès lors considéré plus comme un rituel⁽⁷⁾ qu'un examen nécessaire au suivi de la grossesse. •

• BIBLIOGRAPHIE

1. Leroy F. *Histoire de naître: De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé* - Fernand Leroy 2001.
2. Coulon-Arpin M. *La maternité et les sages-femmes de la préhistoire au XX^e siècle*. Vol. 2. Les Éditions Roger Dacosta; 1981.
3. Mauriceau F. *Des maladies des femmes grosses et accouchées, avec la véritable et bonne méthode de les bien aider dans leurs accouchements naturels, et les moyens de remédier à tous ceux qui sont contre nature, et aux indispositions des enfans nouveau-nés; ensemble une très exacte description de toutes les parties de la femme qui sont destinées à la génération. Le tout accompagné de plusieurs figures en taille-douce, nouvellement et fort correctement gravées...* composé par François Mauriceau. 1668.
4. *Du Toucher considéré sous le rapport des accouchements*, par P. Maigne. 1839
5. Deplagne C, Maurice-Tison S, Coatleven F, Vandenbossche F, Horovitz J. *Utilisation séquentielle de la longueur échographique du col utérin puis de la détection de la fibronectine fœtale pour prédire une prématurité spontanée en cas de menace d'accouchement prématuré.* J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. nov 2010; 39 (7): 575-83.
6. LORRIAUX A. *Touchers vaginaux sur patientes endormies: un tabou à l'hôpital?* metronews. février 2015;
7. Briex M. Rituel - Cairn. info [Internet]. [cité 29 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/cent-mots-pour-les-bebes-d-aujourd-hui--9782749210575-page-289.htm>

Le Toucher Vaginal technique

Le toucher vaginal fait partie de l'examen clinique gynécologique. Le toucher vaginal demande une certaine technique pour qu'il soit indolore et puisse produire les informations requises. Son apprentissage fait partie de la formation initiale des sages-femmes.

Il ne peut y avoir d'examen clinique, quel qu'il soit, sans le consentement de la patiente. Le toucher vaginal ne déroge pas à la règle, il doit donc être expliqué, avec son déroulement et son indication, ce qu'il va apporter comme informations. L'appréhension possible de la patiente doit être entendue et respectée et nécessite alors un surcroît d'explications.

À chaque fois que cela est possible, et il faut que cela le soit de plus en plus fréquemment, l'apprentissage doit se faire d'abord sur mannequin ou par simulation. Cela permet en effet à l'enseignant de dire beaucoup de choses, de guider, de critiquer et d'améliorer la pratique avant d'examiner une patiente.

La pratique par l'étudiant du toucher vaginal en situation clinique réelle appelle la présence d'une sage-femme diplômée. Il convient de distinguer deux situations :

- Le toucher vaginal est nécessaire à la prise en charge médicale. La pratique du toucher vaginal est dans son contexte clinique normal. L'étudiant pourra l'effectuer après consentement de la patiente.
- Le toucher vaginal, est effectué pour l'apprentissage. Il s'agit d'une pratique normale seulement si la patiente est informée et a donné son consentement à ce qu'un étudiant l'examine.

→ Ne jamais imposer un examen gynécologique

L'examen gynécologique ne doit jamais être imposé. Si la femme le refuse, il faut essayer de comprendre le refus qui peut dévoiler autre chose :

- **Une atteinte à la pudeur.** Il est préférable de ne pas demander à la femme de se déshabiller entièrement. On se gardera de « déshabiller » la patiente du regard pendant qu'elle se déshabille et on évite de la faire attendre quand elle est prête. On mettra de l'empathie dans la relation.
- **La peur d'avoir mal.** On en tiendra compte et garantira la douceur de l'examen. On peut essayer de détendre, de faire relâcher le périnée en expliquant que le vagin est une cavité qui s'adapte au toucher, que c'est seulement si l'on se contracte que c'est très difficile.
- **Un antécédent de violences sexuelles.** Il faut avec tact, poser la question car la parole se libère souvent à ce moment et une possibilité de prise en charge s'opère
- **Un souvenir difficile d'un examen précédent.** On rassurera sur le fait qu'on s'arrêtera à tout moment... Sinon l'examen devient un fait de violence gynécologique ou obstétricale.

→ La présence éventuelle d'un tiers

Un tiers est parfois présent lors de l'examen, il faut alors bien s'assurer que la patiente est d'accord.

- **Le compagnon.** Il peut assister à la consultation sans assister au geste.
- **La mère s'il s'agit d'une mineure.** Elle peut ne pas assister au geste. Il faut demander à la jeune fille – en réservant un moment seul à seule avec elle – pour aborder les questions des rapports sexuels, de la contraception, du tabac...
- **Un tiers (tuteur, interprète).** Cette personne peut être à portée de voix mais pas de regard. Il faut bien veiller à ce qu'elle traduise tout ce qu'on lui demande.
- **Un stagiaire.**

→ Le toucher vaginal

→ Précautions

Informar la patiente et respecter ses désirs d'intimité.

Réfléchir à la justification du geste.

Respecter les normes hospitalières d'hygiène et celles plus spécifiques à ce geste.

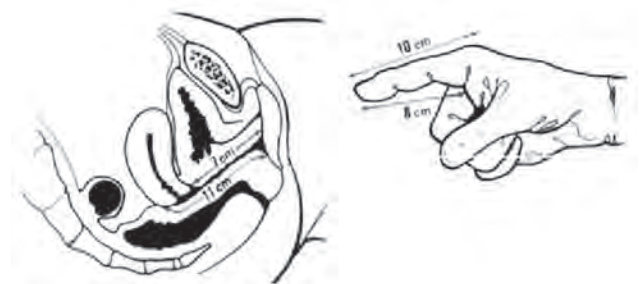
→ Définition

C'est l'introduction de deux doigts dans le vagin, il permet, couplé au palper abdominal, d'explorer la cavité pelvienne.

→ Technique

Pour faire le toucher vaginal, on peut se placer sur le côté de la femme, et non pas entre ses jambes. Il faut aussi alors introduire les doigts dans le vagin sans les voir, ce qui demande un peu d'expérience pour rester délicat. Il est plus facile d'écarter la vulve avec l'autre main quand on est en face de la femme, mais on peut le faire aussi en étant sur le côté, avec la main gauche, qui passe par-dessus (la main gauche du côté du ventre, la main droite sous le genou droit replié).

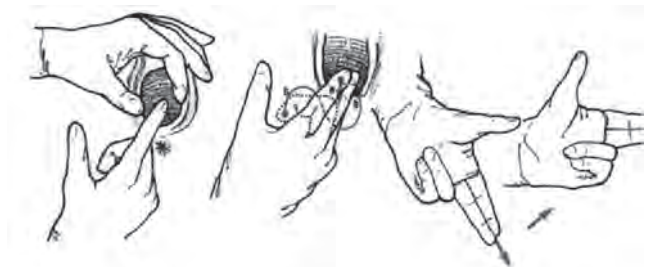
On introduit doucement les deux doigts en appuyant plutôt sur la fourchette (en arrière de la vulve) que sur le méat urétral, jusqu'à sentir le col. Attention de ne pas plaquer le pouce sur l'avant de la vulve (là où se trouve le clitoris) mais de le tenir à distance.



Source des schémas// Université Virtuelle Maieutique Francophone;

On utilise deux doigts (index et médium) ou un seul en cas d'atrophie vaginale (l'index), protégés par un doigtier stérile à usage unique. Pour que l'exploration soit la plus profonde possible, il faut que le maximum de longueur digitale soit utilisable.

L'index appuyant fortement sur la fourchette, le médium se dégage et vient très aisément se mettre à côté de l'index. Les doigts sont tout d'abord orientés en bas et en arrière (45° environ) puis on les horizontalise.



La main abdominale « ramène » vers les doigts vaginaux le contenu viscéral pelvien.

→ Résultats

Le TV permet d'apprécier les éléments suivants :

- La face postérieure de la vessie et l'urètre terminal,
- Le col utérin dans sa consistance, son volume, sa forme, sa mobilité, sa longueur, son ouverture,
- Le vagin et son cul-de-sac postérieur répondant au cul-de-sac de Douglas,
- Le corps utérin dans sa taille, sa position, sa forme, sa consistance, sa mobilité et sa sensibilité,
- Les annexes et notamment les ovaires sont palpables à travers les culs-de-sac vaginaux latéraux.

→ Limites

Le TV est limité par :

- Le fait qu'un droitier explore mieux le côté droit du vagin, il peut être utile de répéter le toucher avec la main gauche,
- Les patientes obèses sont également difficiles à examiner car la main abdominale ne peut ramener correctement le fond utérin, la paroi étant trop épaisse,
- En cas d'atrophie vaginale, l'examen doit être fait à un seul doigt, il sera de toute façon pénible pour la patiente,
- Enfin, chez une patiente vierge, il convient d'éviter l'examen au spéculum et le TV. •

Controverses autour du Toucher Vaginal (TV)

Le TV a de nombreux intérêts et des limites dans la pratique. Faut-il le compléter ou le remplacer par d'autres examens ? Sa pertinence fait actuellement polémique dans l'opinion française.

Lors du suivi de grossesse, il permet d'évaluer le pronostic obstétrical en évaluant la conformation du bassin, la présentation et l'état du col. Il permet ainsi d'évaluer le risque de survenue de complications (Menace d'Accouchement Prématuro (MAP), présentation en siège, bassin rétréci...). Il a été fondamental pour la datation et le suivi de grossesse jusqu'à la fin de la première moitié du XX^e siècle, lorsque les femmes étaient peu suivies et les diagnostics échographique ou biologique quasi inexistant.

Actuellement, dans les recommandations (HAS 2011, CNGOF 2002, NICE 2014), l'examen obstétrical ne comporte pas de TV systématique. De nombreuses études ont démontré l'inutilité du TV systématique pour diminuer le risque d'accouchement prématuré, voire que les TV répétés seraient délétères pour la patiente ⁽¹⁾. Sa pratique régulière (1/semaine dans cette étude ⁽²⁾) augmente très significativement la survenue de rupture prématurée des membranes et donc un accouchement prématuré. La recherche d'une modification du col sans symptômes, chez une femme qui n'a pas d'antécédents (MAP ou accouchement prématuré ou fausse couche tardive), peut induire des prises en charge coûteuses alors qu'elle n'aurait peut-être jamais eu de signes menaçant le bon déroulement de sa grossesse ^(3,4).

D'autres techniques sont développées pour le dépistage des MAP : l'échographie du col, le dosage de fibronectine ou d'autres marqueurs ^(5,6) *. On peut aussi coupler les techniques et créer des scores.

La palpation des culs-de-sac vaginaux par TV peut faire suspecter une masse, kyste ovarien ou autre étiologie.

* CRH (corticotropin releasing hormone), estriol (salivaire et plasmatique), métalloprotéases matricielles, relaxine, G-CSF, AFP, endocannabinoïdes, PAPP-A, Ph-IGFBP-1...

D'après une étude de 1988 comparant le TV et l'échographie, la majeure partie des kystes est dépistée lors des échographies ; et ils sont rares pendant la grossesse⁽⁷⁾.

L'échographie a plusieurs avantages sur le TV : elle est moins opérateur-dépendant, donc plus reproductible⁽⁸⁾, il y a moins de risque de rompre les membranes et d'infecter l'œuf⁽⁹⁾. Elle peut être réalisée par voie endovaginale ou transpérinéale. Elle permet de s'assurer de la présentation. C'est aussi une technique qui est médiée par une sonde, un dispositif qui met une distance entre l'examineur et sa patiente, c'est probablement moins intrusif que les doigts du praticien. Toutefois, quand l'appareil n'est pas disponible, le TV reste une alternative rapide à mettre en œuvre et moins chère, dans le respect des contre-indications (placenta praevia recouvrant, rupture prématurée des membranes, menace d'accouchement prématuré déjà diagnostiquée). Les marqueurs biologiques ne sont pas plus discriminants. Les études statistiques ne sont en faveur d'aucun de ces examens pour dépister les MAP.

En obstétrique, le TV reste incontournable pour suivre le travail, réaliser des manœuvres obstétricales (désincarcération d'utérus rétroversés, décollement des membranes pour déclencher le travail, rupture artificielle des membranes, pose de tocomètre interne, pH au scalp, etc.). Il est nécessaire au calcul de score de Bishop, qui mesure les chances de succès d'un déclenchement du travail. L'examen du bassin à la recherche de pathologies pouvant contre-indiquer l'accouchement voie basse était complété par une radiopelvimétrie. Mais cet examen conduisait à trop de césariennes, il est abandonné et on lui préfère l'épreuve du travail (chez les patientes sans antécédents).

Il existe d'autres limites au TV : un droitier explore mieux le côté droit du vagin, les patientes obèses sont également difficiles à examiner car la main abdominale ramène difficilement le fond utérin, la paroi étant trop épaisse. En cas d'atrophie vaginale, l'examen doit être fait à un seul doigt, il sera de toute façon pénible pour la patiente. Enfin, chez une patiente vierge, il convient d'éviter l'examen au spéculum et le TV.

En France, cet examen est quasiment réalisé de façon systématique à chaque visite prénatale, avec ou sans symptômes, malgré l'absence de recommandations. Les raisons invoquées sont plus pour satisfaire/rassurer les patientes que pour réellement dépister une anomalie.

Il y a actuellement une polémique dans l'opinion française, sur la pertinence de cet examen. En février 2015, un article parlant de la formation des médecins à ce geste, sur patientes endormies, a mis le feu aux poudres⁽¹⁰⁾. Un document de formation des étudiants en médecine de Lyon expliquait qu'il fallait s'entraîner au TV sur des patientes dont on n'avait pas recueilli le consentement. Les réseaux sociaux sur internet ont commencé un débat sur le consentement et la toute-puissance des médecins.



Les raisons invoquées sont plus pour satisfaire/rassurer les patientes que pour réellement dépister une anomalie.



Un tumblr circule : « *je n'ai pas consenti* ». Il existe aussi une discussion #payetonuterus, depuis novembre 2014, dans laquelle les femmes racontent leurs expériences traumatisantes en gynéco obstétrique.

Suite à cela, une émission de radio « *Sur les docks* » a traité de la maltraitance gynécologique, qui va beaucoup plus loin que le TV sur patientes non consentantes. Diverses personnes étaient interviewées : des experts et des patientes. Il s'avère que la gynécologie obstétrique s'occupe d'organes qui ont un poids symbolique particulier, touchant à la sphère intime. Il faut plus de tact pour obtenir le consentement de la patiente et réaliser le geste. Néanmoins, dans de nombreuses études, il apparaît que les femmes trouvent ce geste important dans le suivi de grossesse, elles sont rassurées par sa réalisation. Elles se disent non gênées par le geste **. Les médias et les réseaux sociaux ont un biais de mise en exergue : ils ne réalisent pas une enquête d'opinion représentative. Cependant, ils font réfléchir à un sujet, voire peuvent induire des changements en valorisant certaines opinions.

Le toucher vaginal dans l'examen de la femme est un geste de plus en plus controversé. Il fait partie de l'examen depuis les origines de l'Homme mais actuellement, il ne serait plus si obligatoire et nécessaire. Sa pratique est même remise en cause par les patientes elles-mêmes depuis une vingtaine d'années, même si la plupart le réclame pour être rassurée. Et le dernier « scandale » médiatique sur son apprentissage par les étudiants sur patientes endormies ne va pas permettre de clore le débat... Les praticiens n'appliquent d'ailleurs pas encore les recommandations, il y a toujours les « pour » et les « contre ».

Il apparaît, à force d'étude, que le toucher vaginal dans le suivi de grossesse n'est pas nécessaire lors d'une grossesse de déroulement normal. Il reste utile en première ligne dès qu'il y a des symptômes car peu cher (le prix d'un doigtier) et analyse le col mieux que l'examen au spéculum ou l'échographie. Il permet lors des dernières consultations d'évaluer le bassin obstétrical et d'éviter parfois à certaines femmes une épreuve du travail inutile lorsqu'il dépiste des anomalies. C'est un examen qui peut néanmoins être iatrogène.

** à 62 % en 2010 dans l'étude à Angers de Lориoux⁽¹¹⁾.

Il reste utile pour suivre le travail, évaluer les conditions locales pour un déclenchement, réaliser certaines manipulations obstétricales.

Pour dépister des MAP, d'autres possibilités existent mais sont plutôt complémentaires (échographie) ou accessoire (fibronectine fœtale) du fait de l'accessibilité plus ou moins difficile de ces examens. De plus elles sont probablement tout autant iatrogènes et pénibles pour la patiente. Et le coût n'est pas anodin. Il faut poursuivre les recherches pour mieux maîtriser les causes de prématurité et découvrir des examens dotés d'une meilleure spécificité et sensibilité.

Malgré les évolutions de la science (plus de technique) et des mentalités (respect de l'individu), le toucher vaginal reste un bon outil en gynéco obstétrique. Il doit être utilisé à bon escient, bien expliqué pour être mieux toléré. •

BIBLIOGRAPHIE

1. Lenihan JP. *Relationship of antepartum pelvic examinations to premature rupture of the membranes*. *Obstet Gynecol.* janv 1984; 63 (1): 33-7.
2. Lenihan J. *Relationship of Antepartum Pelvic Examinations to Premature...*: *Obstetrics & Gynecology*. 1984. Disponible sur: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1984/01000/Relationship_of_Antepartum_Pelvic_Examinations_to.7.aspx
3. Buekens P. *Randomised controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy*. *The Lancet*. sept 1994; 344 (8926): 841-4.
4. *Échographie endovaginale du col utérin dans les populations asymptomatiques haut risque et bas risque d'accouchement prématuré: faire ou ne pas faire?* Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/147/article/echographie-endovaginale-du-col-utrin-dans-les-pop>
5. Kota SK, Gayatri K, Jammula S, Kota SK, Krishna SVS, Meher LK, et al. *Endocrinology of parturition*. *Indian J Endocrinol Metab*. 2013; 17 (1): 50-9.
6. Bernal AL. *Mechanisms of labour – biochemical aspects*. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 1 avr 2003; 110: 39-45.
7. O'Donovan P, Gupta JK, Savage J, Thornton JG, Lilford RJ. *Is routine antenatal booking vaginal examination necessary for reasons other than cervical cytology if ultrasound examination is planned?* *Br J Obstet Gynaecol*. juin 1988; 95 (6): 556-9.
8. Goldberg J, Newman RB, Rust PF. *Interobserver reliability of digital and endovaginal ultrasonographic cervical length measurements*. *Am J Obstet Gynecol*. oct 1997; 177 (4): 853-8.
9. Jenniges K, Evans L. *Premature rupture of the membranes with routine cervical exams*. *J Nurse Midwifery*. 1 janv 1990; 35 (1): 46-9.
10. Lorriaux A. *Touchers vaginaux sur patientes endormies: un tabou à l'hôpital?* *metronews*. février 2015;
11. Loriaux R. *Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque?* Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00658331/fr/>

L'Art du Toucher Vaginal

Comment se construit cette pratique que la sage-femme incorpore ou même plutôt corpore ?

Lors des premiers touchers vaginaux, en tant qu'étudiant-e-s, les sages-femmes demandent ce que nous ressentons. *C'est chaud, humide, mou*, répond l'étudiant-e avec un certain inconfort, n'osant pas aller plus loin. Il-elle comprenait qu'il devait y avoir quelque chose à sentir. Cela devait passer par une sensation. Il y avait une injonction au profit du sensoriel qui pourrait être même du sensationnel.

Les sages-femmes apprennent à connaître l'aspect normal du col: tonique comme un nez, alliant le geste à la parole en allant se toucher le bout du nez avec l'index et le majeur, et ces mêmes doigts s'écartant pour en faire le contour, apprécier la texture et affirmer sa fermeté et sa fermeture. Il fallait apprendre à sentir un nez au fond du vagin. On envisage donc une saillance au fond du vagin comme le nez au milieu de la figure. Puis, circonscrire cette saillance avec l'index et le majeur de la main avec laquelle on écrit, la main dominante, gantée ou doigtée. Ressentir la fermeté en premier puis la distinguer ensuite d'une certaine mollesse, comparée alors à celle de la bouche, plus délicate et susceptible de s'ouvrir, de laisser passer un doigt et accueillir un plus grand écartement.

Il faut s'engager dans un nouveau mouvement, un corps qui va chercher une matière au bout de son doigt, qui va visiter l'intime.

Puis on dit "faire un toucher", examiner.

On passe tout d'un coup par les mots à autre chose, à reconnaître quelque chose qui fait signe, la possibilité de rencontrer un problème. Puis le faire dans un cadre à respecter, pas trop longtemps, en respectant la pudeur. En reconnaissant cet aspect du corps de l'autre, apparaît chez l'étudiant-e une nouvelle définition du moi. Est-ce que ses doigts deviennent des outils diagnostiques performants ? Est-ce que cette partie du corps permet d'envisager la femme dans son ensemble ? Il y a, dans cette expérience d'apprentissage, tout un discours sur la femme: ce que cela pourrait lui faire, ou sur ce qu'il ne faudrait pas que cela lui fasse.

Texte extrait de l'intervention de Pauline Higgins, Sage-femme, Ethnologue, lors du Colloque n° 1 "Je suis la sage-femme".
Avec leur aimable autorisation.

Apprendre pour cela, tout en reconnaissant des signes, des termes, à se présenter, se conformer aux pratiques, à dire ce que l'on fait. Et pas de n'importe quelle façon. Pénétrer, on ne le dit pas; introduire, pas vraiment non plus.

Il faut apprendre une manière de dire et de faire. Alors, on envisage ce geste comme une finalité diagnostique, pour ne pas constituer une atteinte morale à la pudeur, pour accepter que cela puisse faire mal. Ce mot, pudeur, est d'ailleurs rarement employé: on parle de respect de l'intimité, de la personne, de sa globalité, parfois de façon holistique.

La question devient alors: comment organiser son propre corps pour qu'apparaisse, lors du toucher vaginal, une attitude respectable, pour aller chercher le col?

Cela oblige deux corps à se rencontrer. Cela oblige à un corps à corps postural, inédit, jusque-là jamais éprouvé, et à chaque fois renouvelé. Les distances conventionnelles entre deux individus inconnus sont radicalement et catégoriquement raccourcies. La spatialité des corps se rencontrant se trouve bouleversée. Il s'instaure dans cette rencontre une nouvelle géométrie: la femme est allongée, jambes repliées, pieds posés sur la table d'examen, et la sage-femme debout, soit de face, soit de côté, vient introduire deux doigts gantés, son index et son majeur, dans l'entrejambe de la femme.

Et là, où vont leurs regards? Celui de la femme, celui de la sage-femme... On passe par des expressions visuelles: on va voir, je regarde s'il s'est modifié. Et en même temps, le regard de la sage-femme se déplace souvent sur le côté opposé à sa main dominante, celle qui examine. Elle se détourne et son regard se vide. Cela ne se fait pas d'envisager l'autre à ce moment-là, cela serait source de prédation. Mais cela ne se dit pas: l'étudiant apprend à s'avancer, à incorporer, à diagnostiquer, à devenir savant... et la sage-femme l'évalue.

Puis on lui répète que dans le mot sage-femme il y a sagesse, un savoir sur la femme, savoir en termes de connaissance. Cette phrase lui est répétée. Grâce aux femmes nous apprenons. Ce sont elles qui nous donnent notre véritable connaissance; quelque chose se partage, quelque chose empreint de politesse. La

LL

En même temps, le regard de la sage-femme se déplace souvent sur le côté opposé à sa main dominante, celle qui examine. Elle se détourne et son regard se vide.

77

femme devient des données et ces femmes offrent une connaissance... Or, comment se fait-il que cela ne devienne pas des données comme en sont toutes les données scientifiques... Cette phrase résonne comme un adage, la sage-femme connaît la femme... Est ce une loi, une vérité admise comme un principe d'action?

En tout cas, un glissement s'opère entre savoir et connaissance. Et quelque chose de l'ordre du silence. On ne peut pas dire, la pudeur est pressentie. La femme ne peut pas être exposée à la convoitise, elle est couverte d'un drap. Il faut éviter toute prédation; la sage-femme n'accroche pas son discours à elle-même; elle rationalise. Il faut, dans cet endroit, à ce moment, s'accommoder du cadre. Le toucher vaginal, le geste qui permet de voir, de savoir, de diagnostiquer, de rendre visible, situe et instaure le cadre. Avec ce geste, nous marquons des espaces: l'espace que les doigts touchent, que le regard touche. Nous faisons ce geste dans un certain inconfort de la situation qui s'instaure le temps de l'examen.

Le toucher vaginal devient un instrument de transformation de notre perception, de notre sensibilité, de notre regard.

C'est un instrument qui permet à la femme de voir dans cette zone, une zone intermédiaire par le fait qu'un autre en évalue la texture, voit ce qui s'y passe.

Il s'y opère quelque chose. Cet examen se répète à intervalle régulier avec une périodicité qui s'accélère, jusqu'à après l'accouchement où la tendance s'inverse. Un rythme où la femme est sollicitée de manière tactile et kinesthésique s'installe.

Dans ce geste, n'existe-t-il qu'un but médical? Ne peut-on y voir un rôle rituel?

Nous ferions concrètement de cette zone, par le travail du toucher vaginal, une zone de transit, de passage. Il y aurait un remodelage du corps avant la naissance de l'enfant jusqu'à une quarantaine de jours après, le travail de la sage-femme cherchant à chaque étape à rendre tangible cet espace, à le traiter, à le considérer, à le réinscrire dans une globalité.

On serait face à une sorte de marquage du corps non sensible. Il y a un passage par le sensoriel hors de l'ordinaire. La sage-femme aurait un rôle d'agence, *agency*, c'est-à-dire que cet objet qu'est le toucher vaginal a une capacité d'agir, d'action. Dans la rencontre entre la sage-femme et la femme se joue quelque chose d'un trouble lors de la représentation de cette zone. Le toucher vaginal est une pratique de monstration qui crée du sensoriel; c'est une gestuelle acquise dans une maladresse première qui est mémorisée et chaque fois se rejoue. De l'extra-ordinaire se joue à cet endroit comme il se joue de l'expérience de la connaissance pour les deux parties. Quelque chose qui appelle à la provocation, dans un appel qui déclencherait une réaction d'ordre physiologique.

LL

La sage-femme, dans la rencontre à la femme, lui donne la possibilité de réactualiser l'existence de cette zone de transition, de ce lieu transitoire, de cet espace où se joue réellement la distribution des responsabilités et des compétences.

77

La sage-femme, dans la rencontre à la femme, lui donne la possibilité de réactualiser l'existence de cette zone de transition, de ce lieu transitoire, de cet espace où se joue réellement la distribution des responsabilités et des compétences.

Compétences pour aller vers la physiologie.

Dans ce geste se joue quelque chose où la sage-femme se corpore: elle devient sage-femme dans ce geste, ce moment-là. Antoine Hennion, sociologue dit « *un corps qui se corpore est un corps qui s'ignore et qui doit se révéler, apparaît à lui-même au fur et à mesure que son interaction prolongée avec des objets et des entraînements par des pratiques répétées, le rendent plus apte et habile, plus sensible à ce qui se passe* ».

Dans le film où Pauline Higgins parle du toucher vaginal, le spectateur est placé de telle sorte qu'il voit ses mains, le bout des doigts. Le visage de la sage-femme n'apparaît pas, l'essentiel de son corps reste dans la pénombre mais on entend sa voix, ce qu'elle dit de son geste, de ses intentions, ce qu'elle cherche.

Le spectateur est placé d'un point de vue de cette zone que la sage-femme examine à bout de doigts: le col, la tête de l'enfant, le vagin.

De cet endroit inaccessible à la vue, qui devient une interface entre l'intérieur et l'extérieur, entre le privé et le public, entre la femme et la sage-femme, entre le naturel et le social, entre le naturel et le culturel.

D'un vécu à un autre plus médical, à cet endroit, cet entre où l'extériorité et l'intériorité se rencontrent.

Mais aussi lieu de l'autre, création d'écart où a lieu la rencontre avec l'autre. •

La concurrence des sentiments

Une sociologie des émotions

● Julien BERNARD

La surprise, le coup de foudre amoureux, le chagrin, la peur, la colère, la joie, la compassion, nous faisons tous en tout lieu et à tout âge l'expérience d'émotions plus ou moins intenses qui nous marqueront pour la vie. Julien Bernard, toujours attentif aux frontières de l'humain, s'intéresse à ces "points de frottement" qui souvent nous dominent jusqu'à nous paralyser, quand ils ne nous mettent pas en action.

C'est par elles que nous nous inscrivons affectivement dans le monde naturel et social, par elles que nous nous positionnons face aux autres et que nous développons notre rapport au monde.

Ressentir des sentiments implique l'hétérogénéité des réalités subjectives et quantitatives qui nous entourent, d'où la difficulté méthodologique que rencontre le sociologue pour les saisir et les étudier. L'enjeu consiste à analyser en amont les déterminismes qui en seraient à la base et, en aval, la dynamique irrésistible que leur expression introduit.

Devenue une science à part entière incontournable dans les pays anglo-saxons, la "sociologie des émotions" est aujourd'hui un enjeu de premier plan pour les sciences sociales. Nos systèmes de communications ont évolué au point de devenir centraux dans la vie de chacun et nous sommes désormais inscrits dans une "société émotionnelle" pour une longue durée où désormais les sentiments devenus valeurs marchandes se font concurrence bien au-delà de nos personnes.



Éditions Métailié
20 € - 256 pages
ISBN : 979-10-226-0622-6
www.editions-metailie.com

Judith Butler, du genre à la non-violence

● Mylène Botbol-Baum (Direction) Collectif

Cet ouvrage est construit autour d'un chapitre (texte original) de Judith Butler sur l'éthique de la non-violence. En réponse se construisent quatre réflexions philosophiques. Mylène Botbol-Baum présente le collectif à partir de sa traduction du texte de Judith Butler, et aborde la question du sujet et de la norme à partir de la lecture butlienne de Levinas et Arendt, sur la question des limites de la légitimité de la violence pour une éthique de la relationalité. Jean de Munck traite une lecture croisée de Benjamin et Butler sur la violence. Romildo Pineiro et Jose Erraruz offrent une lecture historique et politique du concept de violence et y confrontent l'interprétation de la non-violence dans le texte de Butler. Trois textes plus sociologiques suivent sur l'impact de la non-violence, dans une perspective qui vise à « défaire le genre » dans le cadre sociopolitique critique des vulnérabilités, dans le cadre du travail des femmes migrantes (Ghaliya Dejelloul) ou du travail domestique non rémunéré (Anna Safuta), à partir d'une enquête sur la mobilité spatiale des femmes dans les zones pré-urbaines d'Alger ou de Bruxelles, offrant une analyse sur l'hostilité masculine et le rôle du discours religieux dans la légitimation de cette violence. Matthieu de Nanteuil conclut le volume sur la question de la violence et de la sensibilité politique en mettant à jour la théorie de la démocratie radicale chez Judith Butler. Il sera donc question dans ce volume de penser la non-violence à partir d'une approche fondée sur la normalisation des corps, en réintroduisant le sujet de la vie comme interlocuteur critique du sujet de la norme en démocratie. TEXTE ORIGINAL



Cécile Defaut Nouvelles Eds
ISBN : 2350183904 -
EAN : 978-2350183909
Parution : mai 2017
208 pages
Format : 13 x 20 - 18 €

Mylène Botbol-Baum est professeure de philosophie et bioéthique, UCL Louvain la Neuve.

SAVE THE DATE

VIII^e Gynécologie Obstétrique 2017 et Reproduction

45^e Journées Jean Cohen

PARIS 2017



Vendredi 17 Novembre 2017

Samedi 18 Novembre 2017

UIC-P

16, RUE JEAN REY, 75015 PARIS

PRÉSIDENT : JEAN-LOUIS BENIFLA

COORDINATION SCIENTIFIQUE : JOËLLE BELAISCH-ALLART

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

GABRIEL ANDRÉ, JEAN-MARIE ANTOINE, JEAN BELAISCH, JEAN-LOUIS BÉNIFLA, JEAN-PIERRE BERNARD, BERNARD BLANC, HÉLÈNE BORNE, LÉON BOUBLI, GÉRARD BOUTET, CHARLES CHAPRON, JOEL CRÉQUAT, BRUNO DEVAL, JEAN DERRIEN(†), MARC ESPIÉ, HERVÉ FERMANDEZ, CATHERINE FOULHY, MICHEL HERLICOVIEZ, MICHÈLE LACHOWSKY, BRIGITTE LETOMBE, PATRICE LOPES, PATRICK MADELENAT, JACQUELINE MANDELBAUM, JEAN-LUC MERGUI, PHILIPPE MERVIEL, SYLVAIN MIMOUN, ISRAËL NISAND, CLARA PÉLISSIER, ALAIN PROUST, GEOFFROY ROBIN, CHRISTINE ROUSSET-JABLONSKI, FLORENCE SCHEFFLER, DAVID SERFATY, FLORENCE TRÉMOLLIÈRES, YVES VILLE, DIANE WINAVER, CHADI YAZBECK.

Des Journées du Centre de Formation des Editions ESKA - CFEE : N° 11753436775

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA CONGRÈS :

Adeline MARECHAL, Serge KEBABTCHIEFF

12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 69 / 73 - Fax : 01 42 60 45 35

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



SOUS LA COORDINATION SCIENTIF

Vendredi 17 Novembre 2017

08h30 ACCUEIL DES PARTICIPANTS – CAFÉ

Amphithéâtre

Session validante pour le DPC
Endométriose et Infertilité

09h00 - 10h30 : Session plénière : Actualités en endométriose

Modérateurs : Joëlle BELAISCH-ALLART,
Patrick MADELENAT

Comment faire le diagnostic d'endométriose en 2017 ?
.....Philippe MERVIEL

Endométriome et infertilité : Excès de chirurgie ou d'AMP ?
.....Patrick MADELENAT

Endométriose : Va-t-on là aussi se passer du chirurgien ?
.....Christian JAMIN

10h30 - 11h00

11h00 - 12h30 : Session plénière : Infertilité

Modérateurs : Jean-Marie ANTOINE et Florence SCHEFFLER

Quand l'infertilité est liée à une dysfonction sexuelle
.....Charlotte METHORST

Place actuelle de la préservation de la fertilité
.....Jean-Marie ANTOINE

Conisations, fertilité et grossesse
.....Jean-Luc MERGUI

12h30 - 13h00 **Allocution du PRÉSIDENT**Jean-Louis BENIFLA

13h00 - 14h00 **DÉJEUNER- DEBAT : Travailler en harmonie les uns avec les autres**

Intervenants Sages-Femmes : Sophie GUILLAUME, Benoît LE GOEDEC (Modérateur)

Intervenants Gynécologues médicaux : Michèle SCHEFFLER*, Brigitte LETOMBE (Modératrice)

Intervenants Gynécologues Obstétriciens : Israël NISAND (Président), Joëlle BELAISCH-ALLART (Présidente).

14h15 - 18h00 : Session plénière : Controverses

Modérateurs : Jean-Louis BENIFLA et Patrice LOPES
(45' par sujet dont 20' Orateur, 10' discutant, 15' public)

Dépistage échographique du cancer de l'ovaire ?
.....Joël CREQUAT discutante Christine ROUSSET JABLONSKI

Age du père en AMP : faut-il une limite ?
.....Joëlle BELAISCH-ALLART discutant François OLIVENNES

Adénomyose : pour ou contre la chirurgie ?
.....Géraldine GIRAUDET discutant Arnaud LE TOHIC

16h15 - 16h45 PAUSE - VISITE DES STANDS

Dépistage organisé du cancer du sein, excès, limites ou insuffisances.....Marc ESPIE discutante Carole MATHELIN

IVG médicamenteuse : possible quel que soit le terme ?
.....Israël NISAND discutante Marie-Laure BRIVAL

Salle 203

Session validante pour le DPC

09h00 - 10h30 : Session : Sages-Femmes

Modérateurs : Catherine FOULHY, Alain PROUST

Violences sexuelles durant l'enfance, quelles conséquences sur la sexualité.....Margot DOLLINGER

Vécu césarienne en urgence et accompagnement des professionnelsJulie FABREGOUL

Santé sexuelle et épisiotomie, écouter les femmes
.....Jeanne CAPDEPUY

PAUSE - VISITE DES STANDS

* sous réserve de l'accord et de la disponibilité

Introduction - Journées Jean Cohen

Rey, 75015 PARIS



INTRODUCTION DE Joëlle BELAISCH-ALLART

Samedi 18 Novembre 2017

08h30 ACCUEIL DES PARTICIPANTS – CAFÉ

Amphithéâtre

Salle 203

Session validante pour le DPC
La contraception dans tous ses états

9h00 - 10h30 : Session plénière : Contraception :
Questions/Réponses ; Questions sans réponse »

Parrainée par la Société Francophone de Contraception
Responsable du programme : David SERFATY

Contraception des femmes en situation de précarité en
France

.....Danielle HASSOUN

Les sages-femmes et la contraception en France : leur
formation ? leurs pratiques ?

.....Dallele ELFELLAHI

Qu'est-ce que la contraception péricœtale ?

.....David SERFATY

Qu'est-ce que la green contraception ?

.....Régine SITRUK-WARE ou Philippe BOUCHARD

Utilisation de la contraception d'urgence en Europe : ses
conséquences sur la prévalence des IVG ?

.....Christian FIALA

Session
validante
pour le DPC

09h30 - 10h30 : Atelier Sénologie : Cas cliniques au-
tour du cancer du sein chez la femme jeune

Responsable du programme : Marc ESPIE

Avec :

Florence Larrat Ledoux gynécologue Sénopôle Saint Louis

Cédric de Bazelaire radiologue Sénopôle Saint Louis

Marc Espié Oncologue Sénopôle Saint Louis

10h30 - 11h00 PAUSE - VISITE DES STANDS

11h00 - 12h30 : Session plénière : Contraception :
(Suite)

Qu'est-ce que le nouveau DIU Kyleena® ?

.....David SERFATY

La pilule pour hommes : Où en est-on ?

.....Régine SITRUK-WARE ou Philippe BOUCHARD

Les SPRMs sont-ils envisageables comme contraception
des femmes atteintes d'endométriose ?

.....Philippe MERVIEL

Quelle contraception hormonale en post-contraception
d'urgence ?Orateur à venir

Contraception des femmes atteintes de cancer du sein :
Les SPRMs y ont-ils une place ?Marc ESPIE

Session
validante
pour le DPC

11h00 - 12h00 : Atelier Urologie

Responsable du programme : Bruno DEVAL

JORF n° 0105 du 4 mai 2017 - Texte n° 36

Décret n° 2017-702 du 2 mai 2017 relatif à la réalisation des échographies obstétricales et fœtales et à la vente, revente et utilisation des échographes destinés à l'imagerie fœtale humaine.

NOR: AFSP1706280D

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/2/AFSP1706280D/jo/texte>

Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/2/2017-702/jo/texte>

Publics concernés : médecins et sages-femmes réalisant des échographies obstétricales et fœtales.

Objet : qualifications professionnelles des professionnels réalisant des échographies obstétricales et fœtales.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret définit les qualifications professionnelles requises pour réaliser des échographies obstétricales et fœtales, qu'un arrêté du ministre chargé de la santé précisera, ainsi que les dispositions transitoires applicables aux professionnels qui ne détiennent pas ces qualifications à la date de publication de cet arrêté. Il procède enfin à une correction matérielle du décret n° 2017-91 du 26 janvier 2017 relatif à la restriction de la vente, revente ou de l'utilisation des échographes destinés à l'imagerie fœtale humaine. Références: le décret, ainsi que les dispositions du décret n° 2017-91 du 26 janvier 2017 relatif à la restriction de la vente, revente ou de l'utilisation des échographes destinés à l'imagerie fœtale humaine et du code de la santé publique qu'il modifie, peuvent être consultés sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 2131-1, L. 2131-5 et L. 5211-6;

Vu le décret n° 2017-91 du 26 janvier 2017 relatif à la restriction de la vente, revente ou de l'utilisation des échographes destinés à l'imagerie fœtale humaine;

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

Décrète :

Article 1 ► À l'article R. 2131-1 du code de la santé publique, il est inséré un VI ainsi rédigé :

« VI.- Les échographies obstétricales et fœtales prévues au III ne peuvent être

réalisées que par des médecins et des sages-femmes disposant de compétences reconnues par un diplôme en attestant ou un titre de formation équivalent les autorisant à pratiquer ces actes dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Un arrêté du ministre chargé de la santé précise les qualifications requises. »

Article 2 ► L'article R. 2131-2-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, le « I.- » est supprimé;

2° Le deuxième alinéa est supprimé.

Article 3 ► Les médecins ou sages-femmes en exercice pratiquant l'échographie obstétricale et fœtale à la date de publication de l'arrêté mentionné à l'article 1^{er} sans pouvoir justifier des conditions de diplômes ou de titre de formation équivalent, disposent d'une durée de quatre ans à compter de sa publication pour remplir ces conditions. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur précise les modalités selon lesquelles les médecins et sages-femmes mentionnés au premier alinéa peuvent pendant cette période se voir reconnaître une équivalence à ces diplômes ou titres de formation.

Article 4 ► Au III de l'article 2 du décret du 26 janvier 2017 susvisé, les mots : « destinés à » sont remplacés par les mots : « à des fins d'utilisation pour ».

Article 5 ► La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et la ministre des affaires sociales et de la santé sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française. •

Fait le 2 mai 2017.

Par le Premier ministre :
Bernard Cazeneuve

La ministre des affaires sociales et de la santé,
Marisol Touraine

La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche,
Najat Vallaud-Belkacem

La HAS publie des recommandations sur la « Place des tests ADN libre circulant dans le sang maternel dans le dépistage de la trisomie 21 fœtale » (mai 2017)

Ce travail confirme que ces tests représentent une innovation technologique indéniable. La HAS préconise leur introduction dans la procédure de dépistage actuelle de la trisomie 21 fœtale.

Les principales recommandations sont :

- La HAS préconise qu'un test ADNlcT21 soit proposé à toutes les femmes enceintes dont le niveau de risque de trisomie 21 fœtale estimé est compris entre 1/1000 et 1/51 après un dépistage combiné du 1^{er} trimestre (ou à défaut un dépistage par les marqueurs sériques seuls du 2^e trimestre).

Elle recommande aussi qu'un caryotype fœtal soit proposé d'emblée à toutes les femmes enceintes dont le niveau de risque de trisomie 21 fœtale estimé est $\geq 1/50$; le test ADNlcT21 restant possible avant cet éventuel caryotype fœtal si la femme enceinte le souhaite.

Le test ADNlcT21 ne remplace pas la procédure de dépistage proposée actuellement mais s'intègre dans cette dernière pour en augmenter la performance.

Lorsque la clarté nucale du fœtus est $\geq 3,5$ mm (ou $> 99^e$ percentile) ou si des signes d'appels échographiques sont détectés, un caryotype fœtal demeure proposé en première intention (certaines équipes proposent une analyse chromosomique sur puce à ADN, mais cette technique n'est pas prise en charge par l'Assurance maladie).

- La HAS recommande que la réalisation des tests ADNlcT21 soit intégrée dans le système d'assurance qualité existant actuellement. Il conviendra en particulier de préciser les critères de performance et de qualité minimales de ces tests, d'harmoniser le format de rendu des résultats et de clarifier l'encadrement juridique concernant le type de données à conserver et leur durée de conservation.

- Enfin, La HAS recommande que l'impact de l'intégration des tests ADNlcT21 dans la procédure de dépistage de la trisomie 21 fœtale soit évalué :

- par un suivi en vie réelle de l'utilisation des tests ADNlcT21 et des performances de la procédure mise en place;

- par une évaluation en pratique de l'impact de l'introduction de ces tests notamment en termes de pertes fœtales évitées et d'anxiété des femmes enceintes;

- par une réévaluation dans les 3 ans suivant la mise en œuvre de ces recommandations au regard des avancées technologiques. •

L'ATRÉSIE DE L'ŒSOPHAGE

DÉFINITION ET FORME ANATOMIQUE

L'atrésie de l'œsophage (AO) est une malformation congénitale de l'œsophage qui crée une discontinuité dans la partie proximale du tube digestif, avec un cul-de-sac œsophagien supérieur, et un cul-de-sac œsophagien inférieur.

Dans 90 % des cas, l'AO est associée à une fistule œso-trachéale proximale et/ou distale (type 3 selon la classification anatomique de Ladd). Dans la moitié des cas, l'AO est associée à d'autres malformations. Les AO font souvent partie d'un syndrome polymalformatif tel que le VACTERL (*vertebral, anorectal, cardiac, tracheoesophageal, renal and limb*) lorsqu'elles sont associées à une ou plusieurs malformations de ce syndrome.

Elle concerne 1 naissance sur 2 500 à 4 000 selon les études. Son étiologie reste peu connue à ce jour et est considérée comme multifactorielle, impliquant des facteurs environnementaux, certains médicaments tératogènes, des infections, ainsi que des facteurs génétiques venant perturber le développement embryologique normal.

TRAITEMENT DES ATRÉSIES DE L'ŒSOPHAGE

Cette prise en charge s'effectue dans un centre de niveau III doté d'un service de chirurgie pédiatrique, ce qui peut nécessiter un transfert.

Le traitement est chirurgical et consiste à restaurer la continuité œsophagienne et à réparer l'éventuelle fistule œso-trachéale. Il implique également la prise en charge et le traitement des malformations associées. Une gastrostomie transitoire est parfois nécessaire afin de préserver l'anastomose.

Le diagnostic doit être fait le plus tôt possible pour permettre une initiation du traitement dans les 24 premières heures de vie de l'enfant, ainsi qu'une évaluation préopératoire. Cette évaluation préopératoire consiste en une évaluation de la tolérance de la fistule œso-trachéale éventuelle, la recherche de signes d'inhalation pulmonaire, un examen clinique complet et l'identification d'éventuelles malformations sévères associées, une consultation pré-anesthésique et un entretien pédiatrique avec les parents.

À long terme, la prise en charge comprend le traitement systématique du reflux gastro-œsophagien pendant la première année de vie, ainsi que le traitement des éventuelles complications pulmonaires.

Des études récentes ont montré que dans 83 % des cas, un traitement effectué avant 48 heures de vie permet un taux de survie de plus de 90 % actuellement.

Au cours de ces dernières années, le traitement chirurgical s'est encore amélioré avec une chirurgie par thoracoscopie lorsque cela est possible. La thoracoscopie permet en effet de limiter la morbidité à long terme, et d'éviter les cicatrices importantes d'une thoracotomie, sans entraver le pronostic à long terme.

DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES ATRÉSIES DE L'ŒSOPHAGE

Diagnostic anténatal

● Diagnostic échographique

Le diagnostic échographique des AO repose sur deux critères : un hydramnios et un estomac non visible ou de petite taille.

Ces deux signes ne sont pas spécifiques et leur association ne permet pas un diagnostic de certitude, avec une valeur prédictive positive de seulement 44 à 56 % pour les AO. La présence de ces deux critères doit donc faire rechercher un autre signe : la présence d'une dilatation de l'œsophage cervical qui n'est pas toujours visible à l'échographie, d'où l'intérêt de l'IRM.

● Imagerie par résonance magnétique

Elle permet de visualiser facilement une dilatation de l'œsophage cervical, mais également d'avoir une approche dynamique de la déglutition du fœtus. Une IRM avec séquences ultrarapides en pondération T2 permet ainsi de confirmer le diagnostic d'AO.

L'IRM offre une sensibilité de 100 % et une spécificité de 80 %, une valeur prédictive positive de 83 % et une valeur prédictive négative de 100 %.

● Amniocentèse

Certains marqueurs biochimiques présents dans le liquide amniotique sont significativement augmentés en cas d'AO : taux de protéines total, taux d' α -fœtoprotéine et de gamma-glutamyl transpeptidase. Une amniocentèse avec un dosage de ces marqueurs permet donc un diagnostic avec 98 % de sensibilité et 100 % de spécificité.

Un caryotype doit également être effectué afin de rechercher des anomalies chromosomiques, telles qu'une trisomie 18.

Cependant, l'amniocentèse ne permet pas d'identifier le type d'atrésie de l'œsophage, c'est pourquoi une échographie de référence reste toujours indispensable pour obtenir

un maximum de données et faciliter la prise en charge postnatale des AO.

Les AO diagnostiquées en anténatal sont essentiellement des AO isolées, de type I, car l'hydramnios et les malformations associées sont plus fréquentes dans ce cas. Il s'agit en général de formes plus sévères. Ainsi, les cas d'atrésies diagnostiquées en anténatal ont un taux de survie plus faible que ceux en postnatal, car elles sont en général plus graves. En revanche il n'a pas été montré de différence concernant les complications et la morbidité entre les AO diagnostiquées en anténatal et celles diagnostiquées à la naissance.

Diagnostic postnatal

● Dépistage des atrésies de l'œsophage en salle de naissance

À la naissance, le diagnostic repose sur le passage d'une sonde œsophagienne n° 10. En cas d'AO, la sonde bute et ne peut pas être introduite sur plus de 9-10 cm à partir de la bouche.

Ce test doit être fait avant toute alimentation lorsqu'une AO est suspectée :

- **Face à des signes échographiques :** hydramnios pendant la grossesse et/ou estomac non visible ou de petite taille, anomalies malformatives ;
- **Face à des signes cliniques évocateurs :** excès de salivation nécessitant des aspirations répétées, toux par inhalation pulmonaire, détresse respiratoire modérée, cyanose, fausse route lors de l'alimentation, régurgitations de lait non digéré, ou encore présence d'une autre malformation.

En cas de doute, un test à la seringue peut être effectué : une seringue remplie d'air est reliée à la sonde œsophagienne. À l'auscultation de la région épigastrique lors de la poussée de la seringue, l'arrivée de l'air dans l'estomac doit être entendue afin d'éliminer le diagnostic d'AO.

Lorsque ce test de dépistage est pathologique, une radiographie thoracique doit être effectuée avec la sonde œsophagienne maintenue en place.

● Radiographie thoracique

La radiographie thoracique de face et de profil doit être réalisée avec la sonde œsophagienne en place avec éventuellement une insufflation d'air par la sonde. Le cliché radiographique révélera un enroulement de la sonde dans le cul-de-sac proximal de l'atrésie, avec un arrêt de la sonde en regard des vertèbres thoraciques T2 à T4.

La radiographie thoracique peut également fournir des informations sur le type d'atrésie de l'œsophage. En effet, si de l'air est visible dans l'estomac et les intestins, une fistule œso-trachéale distale est vraisemblablement présente. Au contraire si l'estomac et les intestins ne sont pas remplis d'air, l'AO est en général isolée.

Par ailleurs, la radiographie thoracique peut mettre en évidence d'autres anomalies malformatives telles qu'une atrésie duodénale, des anomalies vertébrales ou costales...

Les problèmes posés par le dépistage postnatal des atrésies de l'œsophage en salle de naissance

L'introduction d'une sonde œsophagienne, que ce soit dans le but du dépistage des AO ou pour une aspiration gastrique, peut être mal supportée par le nouveau-né. Elle peut en effet être responsable de lésions traumatiques de la muqueuse œsophagienne, mais également des bradycardies et apnées réflexes. Elle peut aussi être un frein à la mise en place de l'allaitement maternel. L'introduction d'une sonde œsophagienne n'est donc pas sans conséquence, pour le dépistage d'une anomalie dont la prévalence est très faible.

D'autre part, des études tendent aujourd'hui à démontrer que la presque totalité des cas d'AO présentent des signes d'appel échographiques et/ou des signes cliniques évocateurs.

LES RECOMMANDATIONS

Actuellement, la pratique de la vérification de la perméabilité œsophagienne en salle de naissance ne fait donc pas l'objet d'un consensus.

L'**Organisation Mondiale de la Santé** recommande en 1999 de ne plus effectuer d'aspiration gastrique de façon systématique lorsque le liquide amniotique est clair et que l'enfant ne présente aucun signe clinique.

L'Organisation Mondiale de la Santé et l'**UNICEF** (Fonds des Nations Unies pour l'enfance) ont créé en 1991 l'**Initiative Hôpital Ami des Bébé**s, pour la promotion de soins plus doux et plus respectueux des besoins physiologiques des nouveau-nés. Celle-ci recommande un dépistage ciblé des AO, face à des signes échographiques et/ou cliniques évocateurs de cette malformation.

L'**International Liaison Committee On Resuscitation** (ILCOR) recommande en 2005 de ne pas introduire de sonde œsophagienne de façon systématique, car elle peut occasionner un retard à la mise en route de la ventilation spontanée, des spasmes laryngés et des bradycardies vagales.

La **Haute Autorité de Santé** recommande en 2008, dans son Protocole National de Diagnostic et de Soins pour l'atrésie de l'œsophage, de n'effectuer le dépistage des AO en postnatal qu'en cas de signes évocateurs à l'échographie et/ou de signes cliniques. Les différents collèges de pédiatrie renvoient en général vers cette recommandation.

Le **Centre de Référence des Affections Congénitales et Malformatives de l'Œsophage** rejoint les recommandations du protocole national de la Haute Autorité de Santé, en faveur d'un dépistage ciblé des AO.

En 2010-2011, le **Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français** recommande de continuer la pratique du dépistage postnatal des AO systématiquement chez tous les enfants, pas nécessairement en urgence. •

PliM

Vers une nouvelle intimité...

Ceci n'est pas
qu'une **serviette hygiénique...**
C'est tellement plus !

Saine

Écologique

Économique

Pratique

Nomade

Facile

40°

Protège-slips et serviettes hygiéniques
pour le cycle menstruel, les fuites urinaires, l'incontinence

Osez les plim !

ni fuite
ni odeur

HALTE
aux irritations
et mycoses

Pour tous les slips et tous les flux (même hémorragiques)
Durée de vie ≈ 5 ans - Coton bio certifié GOTS
Membrane imperméable et respirante certifiée OEKOTEX

PliM

Précurseur & leader depuis 2009,
Engagé pour le respect du bien-être intime.

Élu procédé
innovant
écologique

www.plim.fr

Approche innovante de prévention des grossesses à l'adolescence à l'île de La Réunion*



Pôle Femme-Mère-Enfant CHU-Sud-Réunion

Un jeune CHU de La Réunion de tout juste 5 ans d'âge, bicéphale sur deux territoires de santé Nord-Est et Sud, avec deux pôles Femme-Mère-Enfant, distants de 86 km, abritant chacun une maternité de niveau 3 où a lieu chaque année près de la moitié des 14 000 naissances, dont 3 à 4 % d'entre elles concernent des jeunes mères mineures. L'autre moitié des accouchements a lieu au sein des autres maternités de l'île : celle de niveau 1 dans le sud, deux de niveau 2a et deux de niveau 2b réparties dans les secteurs nord-est et ouest, ainsi qu'une toute jeune maison de naissance « Joie de naître » dans l'ouest de La Réunion, inaugurée le 1^{er} avril 2016 parmi les quatre premières nationales.

Le choix de l'Agence de Santé de l'océan indien (ARS-OI) comme terrain de stage de fin d'études du Master PMP, d'une durée de quatre mois, de mars à juin 2016, s'est imposé en raison de la volonté de réunir toutes les pièces du puzzle « politiques de santé publique », qu'elles soient locales, territoriales, régionales ou/et nationales, en périnatalité à La Réunion.

Priorité locale de santé publique, la thématique de la prévention des grossesses

* Objet du mémoire de fin d'études du Master Périnatalité : Management et Pédagogie, de l'Université de Bourgogne, Année 2015-2016, par Marie-Anick Lebreton, Sage-femme Coordinatrice Ville-Hôpital à la Maternité du Pôle Femme-Mère-Enfant du CHU-Sud-Réunion, stagiaire auprès Docteur Anh-Dao Nguyen, Médecin Inspecteur de santé publique à l'Agence de Santé de l'océan indien, au sein de la délégation de l'île de La Réunion.

à l'adolescence à La Réunion est actée comme sujet de mémoire, avec comme consigne d'innover en la matière ; une approche par les déterminants de santé est alors privilégiée.

Et ces déterminants, notamment sociaux, peuvent être éclairés par des éléments historiques de La Réunion. Un regard vers le passé ainsi qu'un état des lieux du présent s'imposent donc pour traiter ce sujet.

Une histoire récente et riche d'événements marquants a débuté il y a seulement 350 ans, depuis les origines métissées et multiculturelles de son peuplement, en provenance des divers continents. Française depuis 1640, transitoirement

territoire anglais au début du XIX^e siècle, elle redevient possession française en 1815. L'île traverse alors la colonisation, l'esclavage et son abolition (20 décembre 1848), la société matrifocale de plantation, les guerres vécues à distance par les familles des soldats réunionnais et leurs périodes d'après-guerres de disette et de rationnement. Puis, en 1946, intervient la départementalisation (depuis, à la fois région et département français) et ses effets retardés de modernité (premier lycée sous l'ère napoléonienne et le second seulement en 1965), la société de consommation, jusqu'à la société moderne actuelle avec évolution de la place des femmes, celle des hommes, et par conséquent celle des rapports de genres...

Mouvance accélérée et brutale donc, tant sociale que familiale, de la famille traditionnelle à la famille nucléaire, elle-même à géométrie variable, du modèle bi, mono ou homoparental des familles recomposées d'aujourd'hui ; avec défaillance voire perte de repères pour plusieurs d'entre elles.

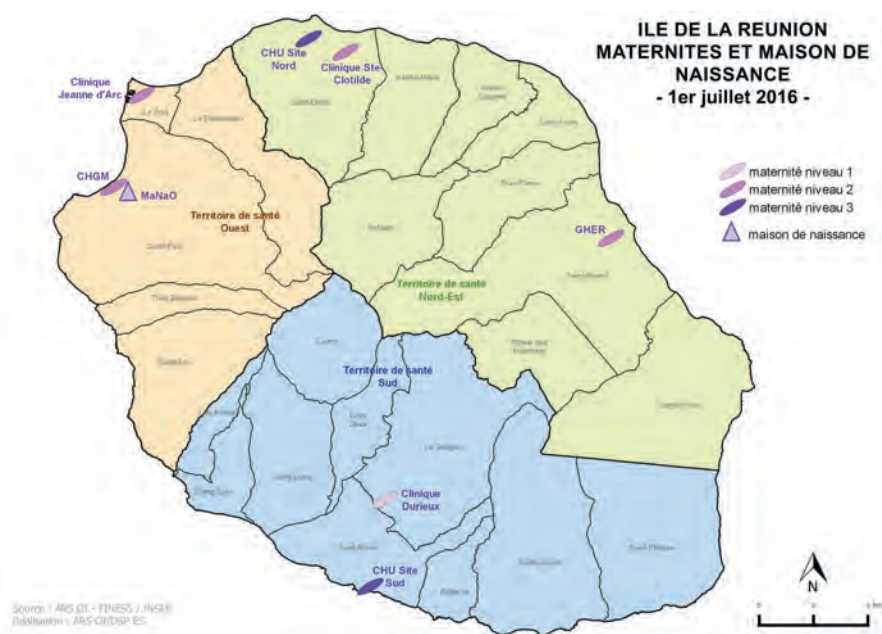
Ces événements historiques vécus dans la précipitation constituent encore aujourd'hui des déterminants sociohistoriques puissants, notamment du phénomène des grossesses précoces (à l'origine, les unions avec les très jeunes filles, et par conséquent les grossesses précoces, répondaient à une présence féminine insuffisante sur l'île et la nécessité de son peuplement).

Ils sont également à l'origine de la violence des rapports de genres, et notamment des violences faites aux femmes au sein de la société réunionnaise.

L'enquête nationale sur les violences envers les femmes françaises réalisée en 2003 à La Réunion montre qu'une femme sur cinq (soit 20 %) a subi au moins une forme de violence dans l'espace public, soit 1,5 fois plus qu'en métropole.

Et l'enquête "Cadre de vie et sécurité" réalisée en 2010 à La Réunion par l'INSEE

Cartographie des maternités et maison de naissance à La Réunion 01/07/16



montre qu'une personne sur dix a été victime d'une violence intrafamiliale; dont sept victimes sur dix sont des femmes.

Dans une autre enquête réalisée en milieu scolaire, 8 % des jeunes filles de 13 à 18 ans déclarent avoir été victimes d'au moins une agression sexuelle, 4 % d'une tentative de viol et 1 % d'un viol.

familles monoparentales modestes, leurs grands-mères et leurs mères ayant eu elles aussi des grossesses très jeunes et élevé seules leurs enfants. En 2011, une étude anthropologique met en évidence autour de ces jeunes filles des situations familiales souvent conflictuelles. Elles ont également pour traits communs des orientations scolaires ne correspondant pas à leurs attentes et par conséquent elles quittent précocement le système scolaire sans diplôme. D'ailleurs, ce décrochage scolaire concerne autant les filles que les garçons (47 % des jeunes Réunionnais) et les filles (42 %) s'en sortent mieux que les garçons (51 %). Deux autres études médicales récentes (2012 et 2013) révèlent que les mères mineures présentent, pendant la grossesse pour la première, et à moyen terme après la naissance pour la seconde, des difficultés psychosociales, tant personnelles (addictions, dépressions, violences, suicides...) que pour leurs enfants

LA PROBLÉMATIQUE DES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE À L'ÎLE DE LA RÉUNION

À l'île de La Réunion, environ 500 enfants naissent chaque année de jeunes mères mineures, soit un taux stable autour de 3 à 4 % des 14 000 naissances.

Et la relative stabilité du nombre des naissances chez des mères âgées de 15 ans et moins conduit fortement à s'interroger sur le contexte familial. Ces jeunes mères sont issues le plus souvent de

Quelques chiffres en périnatalité du CHU et de La Réunion en 2016

4226 naissances vivantes sur le site sud

2391 naissances vivantes sur le site nord

Soit au total 6617 naissances vivantes au CHU, soit 48 % des 13 747 naissances vivantes.

PRINCIPAUX INDICATEURS

- **Taux de mortalité maternelle** de 26,4/100 000 (versus 9,3 en Métropole)
- **Taux de mortalité infantile** de 7,3/1 000 (versus 3,4/1 000)
- **Taux de mortalité néonatale** de 5,6/1 000 (versus 2,3/1 000)
- **Taux de grossesses chez les mineures** de 3,2 % du total des grossesses (versus 0,6 %/France entière), soit au moins 5 fois supérieur au taux métropolitain.

Figure 1 Évolution du nombre de naissances de mères mineures entre 1995 et 2012 à La Réunion selon l'âge maternel. Source : INSEE.

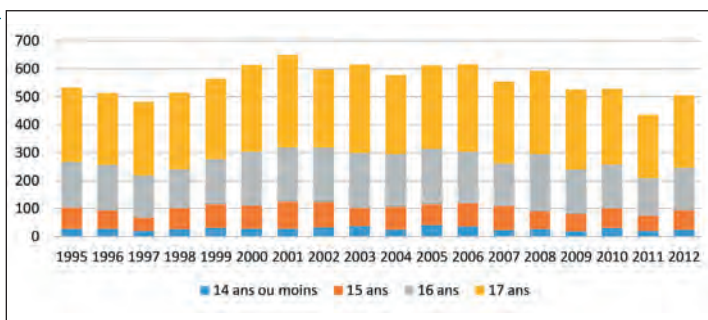
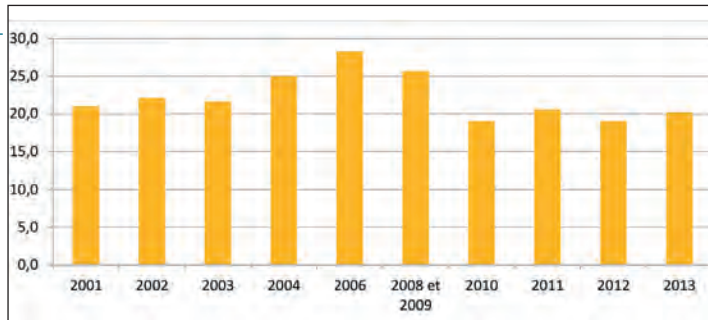


Figure 2
Évolution
du taux de
recours à l'IVG
des mineures
entre 2001
et 2013 à La
Réunion Source:
INSEE.



(accidents domestiques, maltraitements, négligences, troubles du développement et des apprentissages...) pour lesquelles elles ont davantage (3 fois plus) recours aux soins que les autres mères majeures.

Et le recours à l'IVG reste également plus fréquent à La Réunion qu'en Métropole, notamment chez les mineures et en particulier concernant les IVG itératives ; ainsi donc, un taux important de recours, chez les 15 à 17 ans, à l'IVG à 16 pour 1000 en 2015 à La Réunion (soit 2 fois plus qu'en France Métropolitaine, 7,6 pour 1 000).

Et ce taux de grossesses à l'adolescence reste stable malgré une politique volontaire de prévention dans les normes, comme préconisée par les autorités sanitaires, depuis plus de vingt ans auprès du public cible des adolescents scolarisés.

En effet, depuis 1994, le Plan Départemental d'Éducation Sexuelle existe au sein des collèges à La Réunion. Porté par le Département, en lien avec le Rectorat, la DRASS et l'Assurance Maladie, il a été renforcé en 1996 par le Projet Régional de Santé intitulé « Santé-Sexualité ».

En 2002, suite à une évaluation externe négative (défaut de coordination des acteurs, faible implication des équipes éducatives et des parents, inadéquation

entre le contenu délivré et les attentes des élèves), le plan se doit d'évoluer.

LA PRÉVENTION DES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE À LA RÉUNION: PIÈCE CENTRALE DU PUZZLE GÉANT « SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE »

En 2009, une nouvelle dynamique permettant la création d'une offre originale de « Santé Sexuelle » est portée par des établissements de santé, intégrant pleinement la prévention, en complément des soins classiques, parmi les missions de leurs professionnels.

En 2012, la santé sexuelle et reproductive s'intègre au schéma d'organisation des soins du projet de santé Réunion-Mayotte de l'ARS-OI. Ce schéma prévoit pour chacun des trois territoires de santé de La Réunion, la création d'un centre de santé sexuelle assurant à la fois les missions de prévention et de soins dans une dynamique de travail en réseau.

Le dernier à avoir vu le jour en date de fin 2015 est celui du territoire sud, ratta-

ché au CHU-Sud-Réunion, intégrant un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD) des infections sexuellement transmissibles, et assurant également une offre d'orthogénie grâce à la coopération avec les équipes de gynécologie-obstétrique du pôle Femme-mère-enfant du CHU-Sud-Réunion. Et en s'articulant avec la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, l'addictologie et la victimologie, ces centres de santé sexuelle proposent une offre de service en cohérence avec les parcours de vie des personnes.

Depuis la rentrée scolaire de 2013, le plan s'effectue sous forme d'un programme expérimental d'éducation à la vie affective et sexuelle autour d'un projet éducatif au sein de collèges et lycées désignés prioritaires par le Rectorat, par des intervenants intégrés dans les comités éducatifs à la santé et à la citoyenneté.

Une formation commune aux animateurs associatifs de prévention et aux hospitaliers des centres gratuits d'information, de diagnostic et de dépistage, est organisée par le réseau régional de périnatalité afin d'aboutir à des référentiels communs. Pour le Réseau Périnatal de La Réunion (RePère), la résolution de la problématique des grossesses chez les mineures constitue un enjeu majeur.

La charte de ce programme est cosignée par le Rectorat et l'ARS-OI en concertation avec les associations concernées et les centres de santé sexuelle de chacun des trois territoires de santé réunionnais.

Les actions se sont également étendues aux enseignants des écoles primaires en charge du programme d'éducation à la sexualité et à la vie affective auprès des enfants scolarisés.



La création d'un centre de santé sexuelle assure à la fois les missions de prévention et de soins dans une dynamique de travail en réseau.



La prévention de la transmission générationnelle des problématiques familiales: une approche à expérimenter?

La démarche initiée dans le Nord du Québec et développée en Normandie, en Bretagne et bientôt à La Réunion, s'intéresse aux histoires familiales dans un objectif de prévention et non de thérapie systémique. Faire réfléchir sur les liens familiaux: « Qu'est-ce que je fais comme ma mère, comme mon père? Et si je fais autrement, qu'est-ce que j'y gagnerais, qu'est-ce que j'y perdrais? », en utilisant deux outils, le géosociogramme et le plan d'actions personnel pour définir ce qu'on a envie de changer ou de garder du modèle parental et pour quels bénéfices.

lorsqu'il s'agit, comme ici, d'une priorité de santé publique, intéresse fortement l'ensemble de la communauté, notamment les professionnels de l'éducatif, du social, du sanitaire et aussi du judiciaire. Ces professionnels sont très curieux de découvrir l'usage du géosociogramme dans le domaine de la prévention.

Enfin, l'acceptabilité de la démarche par ces professionnels interrogés est quasi unanime. Il en résulte l'offre d'un programme de prévention de la transmission générationnelle des grossesses à l'adolescence au cœur d'un modèle de réseau intégré de soins préventifs et curatifs de santé sexuelle et reproductive à La Réunion.

Aujourd'hui pour une meilleure prévention des grossesses à ces âges précoces à La Réunion, chaque professionnel a et doit prendre sa place au sein d'un réseau élargi; en particulier, le médecin généraliste (le « médecin de famille » par excellence), le gynécologue, la sage-femme, l'infirmier et aussi l'assistant social, l'éducateur, l'enseignant, le psychologue, qu'ils exercent dans le secteur public hospitalier, territorial, privé ou associatif. Autrement dit, le dispositif de maîtrise de la fécondité est appréhendé dans sa globalité dans une dynamique et une synergie de professionnels d'horizons divers en vue d'un meilleur accompagnement à la vie affective et sexuelle épanouie des filles et des garçons. Et, au-delà des professionnels de tout bord, cette prévention doit surtout devenir l'affaire des parents, « *Une Affaire de Famille* ». Cependant, l'adhésion de ces derniers à ce futur programme reste aujourd'hui une vraie question. Mais, dorénavant forts de l'éclairage par notre



La dynamique partenariale engagée entre les partenaires institutionnels et les opérateurs associatifs et hospitaliers constitue indéniablement l'atout majeur du travail réalisé.



histoire sur la problématique des grossesses à l'adolescence, l'avenir nous répondra sur cette expérimentation.

TRAVAILLER EN RÉSEAU AU PLUS PRÈS DES PARENTS ET DES FAMILLES

En conclusion, la démarche entreprise ici évalue la pertinence du programme en question, au sein des pratiques professionnelles individuelles et collectives existantes, aussi diverses et complémentaires soient-elles. Elle débouche sur l'offre concrète d'un **programme fédérateur de prévention** ciblé sur la thématique en cause, rassemblant tous les partenaires.

La dynamique partenariale engagée entre les partenaires institutionnels et les opérateurs associatifs et hospitaliers constitue indéniablement l'atout majeur du travail réalisé. Celui-ci a été présenté lors d'une réunion commune à tous les responsables œuvrant dans le domaine de la périnatalité à La Réunion, en fin de stage sous l'égide de l'ARS-OI en partenariat avec l'Observatoire de la Parentalité de La Réunion.

Le souci de perception et de prise en compte des avis de tous reste permanent. Ce qui permet de situer la démarche proposée parmi les représentations et les

priorités de tous les intervenants concernés. Cette démarche relève d'une analyse complémentaire d'acceptabilité et de faisabilité du programme, en fonction des personnes mobilisables des organisations impliquées.

Pour aller dans l'action de santé elle-même, il importe de mesurer *a priori* les conditions d'accueil de l'intervention envisagée. Cette prise en compte permet de cerner le degré de réussite, en termes de gestion de projet. Elle permet également de corriger le contenu et la cible du programme lui-même, dans le souci de mieux atteindre ses objectifs.

La décision de mise en place d'un programme d'actions de santé publique repose sur des arguments relatifs aux besoins et priorités de santé, autant que sur des arguments de faisabilité.

La faisabilité recouvre des aspects très différents: la pertinence scientifique et technique des principes et des modalités d'intervention du futur programme, son coût et son financement, son acceptabilité par la population et le personnel concerné.

Ici, le choix a été fait de ne cibler que le premier et le dernier item en raison du peu de temps imparti à cette étude. Et bien sûr, il est fort regrettable que le critère de faisabilité du coût et du financement, le « nerf de la guerre » en cette période de restriction budgétaire, n'y soit pas exploré. •

BIBLIOGRAPHIE

- Source de l'évolution des naissances de mères mineures: INSEE.
- DREES. *Les interruptions volontaires de grossesses en 2015*. N° 968 2016 Juin.
- Pourchez L., Dupé S. *Les grossesses précoces chez les mineures à La Réunion (Étude anthropologique)*. ARS Océan indien. Infos Réunion, études et statistiques. 2011; (21): 1-7.
- Iacobelli S. Robillard PY. Gouyon JB. Husley TC. Barau G. Bonsante F. *Obstetric and neonatal outcomes of adolescent primiparous singleton pregnancies*. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012.
- Nichols M. *Devenir à moyen terme des mères adolescentes et de leur enfant*. Étude de cohorte cas-contrôle réalisée à La Réunion. Thèse de médecine. 2013.
- ARS-OI. *Périnatalité. Les actions de santé publique. Schéma d'organisation des soins*. Projet de santé Réunion-Mayotte 2012-2016.
- ADSP. ARS-OI. Chaussade C., Nguyen A.

Le modèle intégré de réseau de soins préventifs et curatifs de santé sexuelle et de la reproduction de l'île de La Réunion. N° 2016 Septembre.

- Robillard PY. *Rapport 2001-2015 du Relevé Épidémiologique Périnatal Sud Réunion*. 2016.
- RePère. *Programme de formation des animateurs à l'éducation à la vie affective et sexuelle*. 2012.
- *La Santé en action: Prévention/Promotion/Éducation. Dossier Santé sexuelle: travailler en réseau, au plus près des populations*. N° 438. 2016 Décembre.
- Repère- Vidéo Naître et grandir à La Réunion-Volet 7-Grossesses mineures, enjeu majeur. 2014
- Film documentaire *Ado, Maman, Bébé* de Corinne Russo produit par Jean-Luc Millan. Avant-première du 21 février 2017. Retransmis sur France O dans *Archipels* le 12 mars 2017 à 14h40.

Du miel dans les biberons

L'objet de cet article est de lever un coin du voile de l'histoire de l'alimentation qui concerne directement le nourrisson et le jeune enfant et plus particulièrement d'un mélange employé tous azimuts depuis la « nuit des temps » à savoir le miel mélangé aux biberons ou donné par le biais de la tétine aux jeunes enfants.

Cette histoire est faite de nombreux allers et retours. Longtemps, la vocation du miel était de calmer les enfants. Puis, soudainement, comme sortis de terre, apparurent ses détracteurs qui ne tardèrent pas à l'éjecter des biberons. Le miel avait pris un goût amer.

Aujourd'hui, contre vents et marées, les professionnels de santé tentent d'éviter le retour de cet impétrant dans les biberons.

APES, LABORATE !¹

Dans ce texte, nous tenterons d'appréhender sur un temps long, les continuités et les ruptures dans l'utilisation du miel mais avant d'observer ces changements, explorons l'histoire de la place prépondérante occupée par le miel dans les rites anciens liés à la fécondité. Pour s'en convaincre disons d'une part que le miel a souvent été lié à la reproduction. Il ne fait pas de doute qu'un exemple s'impose. Prenons l'expression « lune de miel ». L'historienne Anne Pouget répondant en janvier 2011 à une interview du journal *Le Républicain Lorrain* expliquait que « lune de miel » est une expression qui remonte « à Babylone, où le père de la mariée offrait à son gendre, le temps d'une lunaison, de l'eau mêlée de miel, censée favoriser la fécondité. » Paul Vandenebeele autorise l'existence d'un prolongement de cette croyance chez les Gaulois ou chez les Teutons².

D'autre part, le miel était jadis employé dans les Alpes-de-Haute-Provence (Basses Alpes) comme vermifuge. « On prend une coquille de noix, on la remplit de miel et on l'applique sur la cicatrice ombilicale; c'est un des meilleurs vermifuges » écrivait une sage-femme de la maternité de Montpellier en 1880³.

Pour un observateur naïf du passé, la combinaison miel - lait ne dépassait guère l'idée de simple plaisir pour le nourrisson ou/et le jeune enfant – ce qui n'est plus le cas dans cette simple acception de nos jours. Toutefois, l'appréciation de ce fait ne peut se faire par l'archéologie. Force est de constater que, probablement mélangé dans des bols à goulot ou des récipients de formes variées, il n'a pas encore été possible de recueillir des traces de miel sur les tessons des biberons ou pseudo-biberons issus des fouilles comme l'indiquait Jean Guilaîne, professeur émérite au Collège de France, en 2015 au journal *La Dépêche*. Nous ne pouvons donc que nous orienter vers les textes du passé pour en savoir davantage.

L'archéologie nous permet en revanche de revivre le passé des biberons. Qu'est-ce qu'un biberon ?⁴ Selon le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales⁵, le biberon

« lune de miel » est une expression qui remonte « à Babylone, où le père de la mariée offrait à son gendre, le temps d'une lunaison, de l'eau mêlée de miel, censée favoriser la fécondité. »

est un « Petit vase qui a un bec ou tuyau par lequel on fait boire un petit enfant. En raison de sa formation savante, plus vraisemblablement dérivée du latin ecclésiastique biber(e) « boisson » que du radical du latin bibere (boire). »

L'association des deux, à savoir du lait et du miel, est ancienne et se retrouve dès les premières pages de l'Ancien Testament. « Le lait (et le miel) symbolisent la Terre promise » indiquait Yvonne Knibiehler⁶. « Je suis descendu pour le délivrer de la main des Égyptiens, et pour faire monter de ce pays dans un bon et vaste pays, dans un pays où coulent le lait et le miel, dans des lieux qu'habitent les Cananéens, les Héthiens, les Amoriens, les Phéréziens, les Héviens et les Jébusiens » (Exode 3 : 8).

UNE SAVEUR PLAISIR

Nous sommes à peu près d'accord sur ce jugement : la saveur sucrée, comme le miel, a toujours été considérée comme une saveur plaisir. « La mère perçoit que son enfant préfère le

1. « Apes, laborate ! » signifie « Au travail, les abeilles ! »
2. Vandenebeele Paul, « Pourquoi parle-t-on de lune de miel ? ». La Dernière Heure, lundi 9 février 2009.
3. « Appel aux femmes en faveur de l'hygiène infantile. » La jeune mère ou l'éducation du premier âge, mai 1880, p. 70.
4. Chamoux Antoinette, « L'allaitement artificiel. Annales de démographie historique, 1973, 1, pp. 410-418.
5. Le CNRTL (CNRS – ATILF) propose sur son site Internet un « ensemble de ressources linguistiques informatisées et d'outils de traitement de la langue. »
6. Knibiehler Yvonne, *L'allaitement et la société*. Recherches féministes, 2003, 16, p. 12.
7. www.cph.medecine.univ-lorraine.fr/reflexions/sucre-enfants.pdf

sucré. »⁷ Par le passé, les nourrices savaient très bien que « la tétine sucrée produisait le miracle de ramener l'enfant à l'état de calme indifférent. »⁸

De nos jours, l'adjonction de miel dans les biberons reste en usage dans de multiples cultures⁹. Dans l'article « Migrations sans frontières mais barrières des représentations »¹⁰, les auteurs qui s'intéressent aux soins à apporter aux migrants rapportent que les jeunes mères utilisent toujours le miel au moment de donner le biberon.

Vignette clinique 1 – L'enfant qui (se) réveille.

Arrivée en Suisse voici sept mois, Dini, quatre ans, vit en Centre d'hébergement pour requérants d'asile. Sa maman dit qu'elle se frotte la joue et l'oreille droites depuis trois jours et pleure la nuit ce qui empêche les autres résidents de dormir. [...] L'enfant se présente avec un biberon rempli de thé glacé qui pend à sa bouche. La maman rapporte que cela la calme et que si Diri pleure la nuit, elle trempe la tétine dans le miel pour qu'elle se rendorme. [...] »

Si de nos jours le miel n'a pas déserté complètement les biberons, nous aurons le souci ci-après de restaurer la vision du miel donné aux jeunes enfants de l'Antiquité à nos jours.

DANS L'ANTIQUITÉ

Le miel a longtemps été vu comme la convocation du meilleur de ce que la nature peut apporter dès les premiers jours de vie. Ainsi, dans sa thèse pour le diplôme d'État de docteur en pharmacie soutenue en 2014, Angéline Multon, commençait la partie consacrée à l'allaitement maternel dans le monde antique par ces mots : « Le troisième jour après la naissance, on utilise le miel modérément bouilli pour ouvrir l'appétit du nouveau-né. »¹¹ Dans les cas illustrés par d'autres auteurs, le miel est utilisé au moment du sevrage.

Dans les *Géorgiques* (IV), Virgile (70 av. J.-C., 19 av. J.-C.) présente le travail des abeilles et fait référence à l'habitude de donner du miel aux jeunes enfants. « Dès le sevrage de l'enfant, apparaissent des breuvages sucrés, à commencer par la tisane [...] venue du temps d'Hippocrate et dont le nom en grec signifie concassé. C'est en effet une décoction de grains d'orge brisés, aromatisée au miel dont on se servait à l'origine dans les maladies aiguës (Littre) et auquel le sucre succéda. »¹²

Pour sa part, Caton l'Ancien (234 av. J.-C. – 149 av. J.-C.) dans *De Re Rustica* (CXXVII), l'indiquait pour traiter l'indigestion

des enfants : « Quand un enfant en est tourmenté, ne le laissez pas souper. Le lendemain prenez un drachme d'encens, une drachme de miel cuit, et un setier de vin d'origan, administrez-lui le remède à jeun à la dose de trois oboles, suivant son âge et une hémine de vin. Faites-le monter dix fois sur la pierre à moudre et sauter en bas ; ordonnez-lui la promenade. »

Dans *Maladie des femmes*, Soranos d'Ephèse (II^e siècle apr. J.-C.) préconisait de mélanger au lait dans le biberon des « miettes de pain ramollies, de l'hydromel et du vin »¹³. Plus tard, on ajouta le miel au lait de chèvre. Outre l'aspect du miel mélangé au lait, le poète Pindare (518 av. J.-C. – 438 av. J.-C.) notait qu'en Grèce, on faisait sucer une éponge imbibée de miel aux petits enfants.

Foisonnant d'informations, la mythologie nous rappelle que les Grecs avaient baptisé les abeilles du nom de « nourrices de Jupiter. » Pour comprendre en quoi ces dernières sont les nourrices de Jupiter, lisons l'encyclopédie intitulée *Antiquités, mythologie, diplomatique des Chartres et chronologie* qui définissait les abeilles comme suit : « Abeilles : nourrices de Jupiter. Des ruches d'abeilles ayant été trouvées dans l'ancre de Dicté, où Jupiter avait été nourri, aussitôt on compta les abeilles au nombre des nourrices du dieu. On raconte même que quatre hommes étant un jour entrés dans cet ancre pour dérober les ruches, Jupiter fit gronder son tonnerre et lança ses foudres contre les sacrilèges. »¹⁴

Au tournant de l'Antiquité et du Moyen-Âge, les hagiographes ont joué un rôle majeur pour démontrer l'importance du miel dans l'alimentation du jeune enfant. Un exemple. Le père de saint Théodore Théron (III^e siècle), veuf, nourrit son petit avec un biberon, un vase en forme de verre, dans lequel était mélangé du miel et de la bouillie de céréales¹⁵. « L'auteur évoque le plaisir de l'enfant qui boit ce mélange comme si c'était du lait »¹⁶. Plus tard, à son tour, saint Théodore Tiron recommanda aux chrétiens de manger le blé avec du miel.

AU MOYEN ÂGE

Au Moyen-Âge, il n'y a pas à chercher loin pour voir que les produits sucrés étaient considérés comme ayant des vertus médicinales¹⁷. Premier élément, ils étaient classés parmi les épices. Au fil des siècles, les auteurs se font écho de son utilisation. Graindor de Brie dans la chanson de geste intitulée *la Bataille de Loquifer* (XII^e siècle) met en scène un enfant en bas âge nourri au biberon par une nourrice sarrasine. À cette époque, les « biberons » ressemblaient tantôt à des cornes de vaches percées comme le montre la Bible de Jean de Sy (XIV^e siècle) tantôt à des récipients en terre cuite, en verre ou en étain.

8. Merani A. L., *Qu'est-ce qui provoque les réactions négatives du petit enfant ?* Enfance, 1951, 4, 3, p. 219. Cette méthode semble encore utilisée au Maghreb.
9. Consultez le site Internet www.alimentarium.ch et notamment l'exposition « Détox, croyances autour de la nutrition » qui a été présentée à l'Alimentarium de Vevey du 18 mai 2004 au 30 avril 2015.
10. Bodenmann P., Madrid C., Vannotti M., Rossi I. et Ruiz J., « Migrations sans frontières mais barrières des représentations. » *Revue médicale suisse*, 2007, 135.
11. Lire Dubois C., « L'alimentation des enfants en bas âge : les biberons grecs. » *Dossiers d'archéologie*, 2013, 356, pp. 64 – 67.
12. Labey Robert, « Médicaments de la petite enfance à l'aube du XVIII^e siècle (à propos du journal de Jean Héroard, médecin de Louis XIII). » *Revue d'histoire de la pharmacie*, 1995, 83, 304, p. 62.

13. *Maladie des femmes*, II, 17.

14. Mongez Antoine, *Antiquités, mythologie, diplomatique des chartes et chronologie*. Paris, Panckoucke, 1786, volume I, p. 11.

15. Cette donnée est donnée par un manuscrit de X^e siècle qui relate la vie de saint Théodore.

16. Cette sentence est donnée dans le dossier de l'exposition *Voies lactées – L'allaitement : représentations et politiques* proposé par le groupe de recherche Lactation in history (universités de Genève, Lausanne et Fribourg).

17. Le sucre selon la théorie de l'équilibre des humeurs est considéré comme un produit « chaud » et « humide » comme l'indique *Le Trésor de Santé* (1607) et le miel comme « chaud » et « sec ».

Plus avancé en âge, c'est-à-dire lors du sevrage, l'enfant prenait à son tour du pain ou des miettes de pain miellé. Le chirurgien et anatomiste Ambroise Paré (1510-1590) recommandait pour « fortifier l'enfant » de lui donner des bouillies épaisses avec du miel et du lait de vache. Raymond Lulle (1232-1315) dans *Evasl et Blaquerne* (1283) préconisait pareillement de donner au petit enfant du pain trempé dans du miel ?

L'historienne de l'art et sociologue Carol Mann ajoute que les enfants consommaient « à la cuillère des bouillies faites de pain de miel mâché au préalable par la nourrice et mouillé de vin ¹⁸ ». L'historien médiéviste Pierre Riché confirme cette prescription.

Il faut rappeler qu'à cette époque, les apothicaires avaient le monopole du miel au même titre que des épices, de la cire ou des bougies et que le miel et le sucre coûtaient cher ¹⁹. Le moine franciscain du XIII^e siècle, Barthélémy l'Anglais dans *Le livre des propriétés des choses* ²⁰ (1230-1240) au chapitre IV préconisait l'utilisation du miel à la naissance. « La ventrière a l'art d'aider la femme quand elle enfante, pour qu'elle accouche plus aisément et que l'enfant ne soit en péril. Cette ventrière oint le ventre de la femme qui enfante de plus oignements pour faire issir l'enfant plus tôt et à moins de douleur ; quand l'enfant naît, la ventrière le reçoit et lui coupe le nombril à près de quatre doigts, elle le noue et puis lave l'enfant pour en oster le sang, et après elle le frotte de sel et de miel pour sécher et conforter les membres, et l'enveloppe en mols drapeaux (linges). »

À L'ÉPOQUE MODERNE

Sans surprise, l'époque moderne n'a pas vraiment connu d'évolutions majeures. Neli Susin et Éric Maheu rappellent l'analyse de Kimmelman qui signalait qu'au XVII^e « le sucre occupait une place similaire dans l'économie européenne à celle qu'occupe le pétrole dans le monde. ²¹ »

Devant le manque de nourriture pour les nouveau-nés, dès la fin du XVIII^e siècle, certains, comme à l'hôpital général de Rouen, ont décidé de nourrir les nouveau-nés avec du lait de vache donné au biberon. Pour qu'il soit le plus proche de celui du lait de leurs mères, il lui fut notamment adjoint une dose de miel. On lit : « En sorte que l'opération de couper le lait exige des soins et attentions continuelles ainsi qu'un vray discernement, puisqu'il faut le rendre analogue à l'estomach des enfants ce qui peut exiger autant de mixtions différentes qu'il y aura d'enfants [...]. Il pourras convenir de faire usage d'eau de rys avec un peu de sucre et de miel et même une légère decoction de rhubarbe. ²² »

Visiblement tous n'étaient pas d'accord avec ces idées et certains médecins n'ont pas suivi le même cap. D'une part, le docteur Alfred Jousset déconseillait de substituer au lait de

la mère une quelconque substance. « Il n'y a pas de miel, de sirop, de substance quelconque qui vaille pour cela le lait de la femme fourni par la succion. ²³ » D'autre part, on a accusé les nourritures trop épaisses, et notamment le miel, d'être à l'origine du décès de nombreux nourrissons. Pour valider cette hypo-

« Il n'y a pas de miel, de sirop, de substance quelconque qui vaille pour cela le lait de la femme fourni par la succion. »

thèse, le chirurgien Tenon (1724-1816), administrateur de l'Assistance publique, déclarait : « Ces nourritures données par supplément et entremêlées avec celles du tétou, telles que les bouillies épaisses faites avec le lait, la farine et les jaunes d'œufs et du vin, adoucis par le sucre, sont des nourritures absolument

opposées au peu de lait qu'ils têtent et trop épaisses et trop lourdes pour la délicatesse de pareils estomacs. »

Fruit des habitudes, on continua pourtant à donner du miel aux jeunes enfants. Madame Belime-Laugier conseillait encore au début du XX^e siècle pour lutter contre la constipation chez les enfants élevés au biberon de couper les biberons avec de l'eau de Vals ou une décoction d'orge que l'on sucre avec du lactose ou avec du miel ²⁴.

Si la poursuite de l'utilisation du miel dans l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants met cruellement en évidence la sclérose de la science dans ce domaine au XIX^e siècle, l'utilisation du biberon évolua quant à elle considérablement. L'historien se souvient que le biberon pompe de Monchovaut dont la publicité indiquait « Le seul fonctionnant comme le sein garanti » était recommandé tout comme le biberon en verre « Le parfait nourricier » ²⁵. Ils prirent davantage de place au quotidien. Notez que *Le Parfait Nourricier* fut aussi le titre d'un journal ²⁶ qui avait comme sous-titre « Journal mensuel des nouveau-nés et des jeunes mères ». Par ailleurs, on trouve encore dans les brocantes sur une boîte ronde « Le Parfait Nourricier » une représentation d'un biberon Robert avec une publicité « Miel du Parfait Nourricier ». Cela créa une certaine confusion.

LA CONSÉQUENCE DE LA PRÉSENCE DE MIEL DANS LES BIBERONS : LA CARIE DU BIBERON ET LE BOTULISME INFANTILE ²⁷

Au XXI^e siècle, l'introduction de miel dans l'allaitement artificiel des jeunes enfants n'a pas disparu et cela plus particulièrement au Maghreb. D'une part, dans une enquête publiée en 2002, des anthropologues français, marocains,

18. Mann Carol, *Chérubins et morveux : bébés et layette à travers le temps*. Paris, Pygmalion, juin 2012, 391 p.

19. Cette donnée fut rappelée lors de la conférence sur le thème « L'histoire de l'organisation des métiers de la santé » présentée par Jean-Baptiste Busaall le 18 mars 2017 dans le cadre du DU Histoire de la médecine à la Faculté de médecine Paris Descartes.

20. La BNF conserve des exemplaires du *Livre des propriétés des choses* (*De proprietatibus rerum*).

21. Susin Neli et Maheu Éric, « Sucre, carie et sociétés. Les tendances sociales favorisant la surconsommation de sucre. » *Ruptures*, revue transdisciplinaire en santé, 1999, 6, 1, p. 23.

22. Bardet Jean-Pierre, « Pour que vivent les enfants trouvés ». *Annales de démographie historique*, 1973, 1, pp. 395-400.

23. Jousset Alfred, *Le biberon, ses indications, ses variétés, son rôle dans l'alimentation et la médication infantile*. Lille, Journal des sciences médicales, 1885, p. 36. *Revue d'Histoire de la Pharmacie*, 4^e trimestre 1991, 291, couverture.

24. Madame Belime-Laugier, *Livret de puériculture*, France, 1924, p. 41.

25. *Moniteur d'Issoire*, 25 septembre 1878, p. 3. Le biberon était fabriqué à Laon.

26. *Revue d'Histoire de la Pharmacie*, 4^e trimestre 1991, 291, couverture.

27. <http://pasteur.fr>

belges, espagnols, algériens et tunisiens ont montré qu'en Algérie « *les petits enfants reçoivent à partir de trois mois du blé grillé avec du miel et du beurre.* »²⁸ D'autre part, les ethnologues Lahcen Zidane, Ouafae Benkhigui, Mohamed Faldi, Houda Elyacoubi, Atmane Rochdi

et Allal Douira montrent que le miel est aussi mélangé à la poudre de carvi²⁹ dans la région du Gharb du Maroc pour « calmer et faire dormir les nourrissons »³⁰.

Cette décoction provoque, indiquent les auteurs, des intoxications graves. « *L'intoxication se manifeste par : somnolence, état nauséux avec parfois des vomissements, troubles de la respiration, hypersécrétion bronchique, cyanose, parfois des convulsions et un coma.* »

Dans son *Abécédaire de gastro-entérologie pédiatrique*, Clémentine Dumant indique à « Erreurs diététiques » : « *Chez le nourrisson : la mauvaise reconstitution des biberons, les apports trop importants, la substitution de la préparation pour nourrisson par du lait de vache (entier, demi-écrémé, écrémé, dilué...) une diversification trop précoce et anarchique, le calva ! (ou tout autre alcool) dans le biberon pour calmer l'enfant, le biberon d'eau sucrée le soir pour s'endormir, la tétine trempée dans du miel...* »³¹. Ce sont principalement les incisives centrales de lait qui sont affectées par la prise d'un biberon sucré³². Cette affection touche toutefois inégalement les enfants notamment en fonction de l'origine culturelle³³.

Tout comme l'Organisation mondiale de la Santé³⁴ ou l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) en France, les diététiciens canadiens indiquaient en 1998 qu'il ne « *faut pas utiliser de miel dans l'alimentation du nourrisson avant l'âge d'un an pour prévenir le botulisme infantile* »³⁵. De plus, tous ajoutent de ne jamais enrober la tétine en silicone ou en caoutchouc donnée aux nourrissons de sucre ou de miel³⁶. Cette succion non

le miel est aussi mélangé à la poudre de carvi dans la région du Gharb du Maroc pour « calmer et faire dormir les nourrissons. »

nutritive mais dans laquelle est adjointe du miel est considérée à tort comme un moyen de calmer les enfants.

On trouve désormais cette prescription dans l'ensemble des brochures françaises de prévention. Voici un exemple : le Conseil départemental du Puy-de-Dôme indique dans le guide *L'alimentation du jeune enfant de 0 à 3 ans* : « *Rien que du lait – Ne pas ajouter de sucre ni de miel.* » En novembre 2013, l'UFSBD indiquait à son tour de « *sensibiliser les parents à la nécessité d'éviter les tétines trempées dans du miel ou de la confiture ainsi que les biberons et médicaments sucrés.* »

CONCLUSION

La pratique qui consistait à donner aux très jeunes enfants du miel dans le biberon ou sur une éponge n'est pas récente et trouve donc ses racines dans la mythologie. Dans le cas de Jupiter, il fut non seulement nourri de miel par les abeilles mais aussi de lait (de chèvre) par Amalthée. C'est pour cela que Virgile (70 av. J.-C. – 19 av. J.-C.) décrit le miel comme un « présent céleste ». Un tableau de Nicolas Poussin (1594-1665) intitulé « Jupiter enfant nourri par la chèvre Amalthée » rappelle cet épisode.

Un début de méfiance s'exerça envers le miel au XIV^e siècle. En 1353 rappelle Claude Fischier, « un édit royal français prescrit aux apothicaires de faire serment d'être toujours fournis en bons miel et sucre et surtout de ne jamais utiliser le miel lorsque c'est le sucre qui est prescrit. »

Plus près de notre époque, en 2013, les docteurs Marie-Laurence Hinard et Blanche Rosenblum résumaient dans leur article « Le sucre, attention danger ! »³⁷, la manière dont est perçu le sucre dès la naissance : « *C'est l'une des rares modalités sensorielles à générer du plaisir dès la naissance, d'une manière qui s'apparente à un réflexe.* »

D'autres habitudes néfastes existaient aussi par le passé. On lit par exemple dans le roman *Mœurs normandes* de Raoul Gain (1887-1975) publié en 1931 que du calvados était versé jadis dans les biberons, mais là c'est une autre histoire... •

28. Roville-Sausse F., « *Comportements alimentaires de l'enfant maghrébin de 0 à 18 mois au Maghreb et dans trois pays d'immigration.* » *Antropo*, 2002, 3, 1-9. www.didac.ehu.es/antropo

29. Nom latin : *papaver somniferum* L.

30. Lahcen Zidane, Ouafae Benkhigui, Mohamed Faldi, Houda Elyacoubi, Atmane Rochdi et Allal Douira, « *Étude ethnobotanique des plantes médicinales dans la région de Mechraâ Bel Ksiri.* » *Acta Botanica Barcinonensia*, 2011, 53, pp. 205-206.

31. Dumant Clémentine, *Abécédaire de gastro-entérologie pédiatrique*. D.I.U de Gastro-Entérologie, Hépatologie et Nutrition pédiatriques, 2003-2004.

32. Muller-Giamarchi M., « *Le syndrome du biberon.* » *Pédiatrie*, 1990, 45, 7-8, pp. 485-489.

33. Kahina Bouferrache, Sabina Pop, Marcelo Abarca et Carlos Madrid rappelaient en 2010 que « *c'est un fléau inégalement réparti : 15 % des enfants d'origine suisse présentent des caries sévères contre 65 % des enfants originaires des Balkans.* » Bouferrache K., Pop S., Abarca M. et Madrid C., « *La pédiatrie et les dents des tout-petits.* » *Paediatrica*, 2010, 21, 1, pp. 14-20.

34. *Botulisme*. Aide-mémoire de l'Organisation mondiale de la Santé, 270, novembre 2016.

35. Société canadienne de pédiatrie, les Diététistes du Canada et Santé Canada, « *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé.* » *Paediatrics and Child Health*, mars – avril 1998, 3, 2, pp. 113-116.

36. Société canadienne de pédiatrie, les Diététistes du Canada et Santé Canada, « *Les sucettes (sucres) : un guide à l'usage des parents.* » *Paediatrics and Child Health*, octobre 2003, 8, 8, pp. 529-530.

37. Site Internet de l'association Prévenir ou guérir. Lire aussi Fischer Claude, « *Les images changeantes du sucre : saccharophilie et saccharophobie.* » *Journal d'agriculture traditionnelle et de botanique appliquée*, 1998, 35, 1, p. 241.

AGENDA EN BREF

● **14-15 & 29-30 JUIN 2017**
 PARIS 13°
 HÔPITAL PITIÉ SALPÊTRIÈRE
 1^{er} Congrès Maladies chroniques - Innovations et Qualité de Vie
14-15 JUIN Maladies Cardio-vasculaires
29-30 JUIN Diabète
www.eska.fr

● **18 AU 22 JUIN 2017**
 TORONTO, CANADA
 31^{er} Congrès triennal de l'ICM (International Confederation of Midwives)
midwives2017.org

● **7-8-9 JUILLET**
 BIARRITZ
 Congrès de l'Association Nationale des Étudiants Sages-femmes
anesf.com

● **14-15 SEPTEMBRE 2017**
 PARIS (3°)
 Forum Sein 2017 - Journées du Sénopôle de l'Hôpital Saint-Louis - Territoire Nord
Thèmes
 Actualités interactives sur le cancer du sein - Prise en charge actuelle et suivi du cancer du sein
www.eska.fr

● **21-22 SEPTEMBRE 2017**
 PALAIS DES CONGRÈS LA BAULE
 34^{es} journées nationales des Sages-femmes Coordinatrices
ansfc.fr

● **29 SEPTEMBRE 2017**
 REIMS
 Rencontres Champardennaise du Collège National des Sages-Femmes
cerc-congres.com

● **13-14 OCTOBRE 2017**
 MARSEILLE (13)
 Séminaire annuel de l'Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs
Thème
 "7 sentiments 6 émotions"
cerc-congres.com

● **9-10 NOVEMBRE 2017**
 MONACO MERIDIEN BEACH PLAZA
 1^{er} Congrès international des Sages-femmes - C.I.Sa.F.
Thèmes "La physiologie et le rôle de la sage-femme" - "Quel accompagnement proposer aux parturientes dans le respect de la physiologie?"
cerc-congres.com

● **10-11 NOVEMBRE 2017**
 PARIS (13°)
 IV^e Congrès "Je Suis la Sage-Femme"
Thèmes Psychanalyse et Sexualité, Histoire, Philosophie, Le religieux, Sociologie, Art et Mode
www.eska.fr

● **17-18 NOVEMBRE 2017**
 PARIS (15°)
 45^e Journées Jean Cohen
Thèmes Gynécologie Obstétrique et Reproduction 2017
www.eska.fr

● **5-6 FÉVRIER 2018**
 ISSY-LES-MOULINEAUX (92)
 16^e Journées du Collège National des Sages-Femmes de France
cerc-congres.com

UNIVERSITÉ DE RENNES 1

Diplôme d'Université
de suivi gynécologique et de régulation des naissances pour les sages-femmes

Formation de niveau bac+4 à temps partiel :
 4 séminaires de 2 jours de janvier à mai 2018

Objectifs : permettre aux sages-femmes diplômées d'acquérir ou de perfectionner leurs compétences dans le domaine du suivi gynécologique et de la contraception.

+ d'infos : 02 23 23 46 38 - sfc.univ-rennes1.fr/sante/

Association Nationale Natation & Maternité

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

PROCHAINES FORMATIONS

- ▷ Clamart (92)
- Stage prénatal : 23, 24, 25 octobre 2017
- Stage postnatal : 26 octobre 2017

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

PIONNIÈRE DEPUIS 1977
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

N'féraïdo®
 modelages accompagnant la Physiologie

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
 Cycle I : 13 au 15 Nov 2017
 Cycle II : 16 au 18 Nov 2017
 * D. Jacquin D.O.

Dates Agen
 Cycle I : 18 au 20 Oct 2017
 Cycle II : Prochaines dates à venir

Volet uro-gynécologique**
Cycle I : Rééducation périnéale et viscérale du petit bassin par modelage externe

Dates Paris
 Cycle I : Prochaines dates à venir
 ** Francine Augère S.F.

Dates Agen
 Cycle I : 14 au 16 Juin 2017
 Cycle II : 15 au 17 Nov 2017

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

Logo OGDPC habilité à dispenser des programmes de DPC



AGENDA & FORMATIONS



FORMATIONS ANSFL 2017

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

TARIFS, DATES, ADHÉSION www.ansfl.org

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

<p>L'échographie et les examens complémentaires dans le suivi de la grossesse normale Intervenantes / Évelyne Rigaut (SF-Échographiste) - Lorraine Guénédal (Biologiste)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 21-22 septembre 2017 à Paris 	<p>La sexologie dans l'accompagnement de nos patientes et de leurs conjoints Intervenante/Nicole Andrieu (SF)</p> <p>Dates: www.ansfl.org</p>
<p>La consultation de contraception et de gynécologie de prévention Intervenante / Annie Sirven (SF)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon) • Session I : 6-7-8 sept 2017 • Session II (Pré-requis : suivi de la session I) 20-21-22 mars 2018 	<p>Eutonie : rééducation en post-natal Intervenante / Martine Gies (SF)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon) • Session I : Découverte Prochaines dates : cf. site internet • Session II : Les pathologies urinaires (Pré requis : suivi de la session I) 19-20 oct. 2017 • Session III : Retrouver la mobilité et le dynamisme (Pré requis : suivi de la session II) 28-29 septembre 2017 • Session IV : Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre 23-24 décembre 2017
<p>L'installation en libéral Intervenante / Laurence Platel (SF).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 17 juin 2017 à Nantes 	<p>Toutes nos formations peuvent être prises en charge par le FIF-PL</p>
FORMATIONS PROPOSÉES SEULEMENT EN "GROUPE CONSTITUÉ"	
<p>La pratique libérale : cadre réglementaire et cotations Intervenante / Laurence Platel (SF).</p>	<p>Accompagnement vers la naissance et la parentalité Intervenante / Odile Tagawa (SF)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session I : Prénatal • Session II : Postnatal

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

Pratiquer dès le lendemain du séminaire



Institut Naissance & Formations

Prises en charge possibles:
DPC - FIF-PL

Calendrier 2017

Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh
Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

PROGRAMME EN 3 ÉTAPES

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

Niveau 1

- Nanterre (92) - Espace Chevreul
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 16 au 19 octobre et du 13 au 16 novembre
- St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 11 au 14 septembre et du 9 au 12 octobre
- Vergèze (30) - La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques
- du 24 au 27 octobre et du 21 au 24 novembre

Niveau 2

- Vergèze (30) - La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques
- prochaines dates à venir
- St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 16 au 19 octobre et du 13 au 16 novembre
- Nanterre (92) - Espace Chevreul
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- prochaines dates à venir

Travail Corporel en Rééducation Périnéale

- Durée: 4 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- Vergèze (30) - La clé des chants
Formatrice: Corinne Roques
- du 14 au 17 décembre
Programmation en région possible. Nous contacter.

NOUVELLE FORMULE

Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

- Durée: 3 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- Paris 18^e
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 25 au 27 septembre 2017
- du 4 au 6 décembre 2017

NOUVEAU

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



Formations en haptonomie

CIRDH FRANS VELDMAN

Le Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie, créé par Frans Veldman, fondateur de l'haptonomie, et animé par un collège de professionnels de la santé

Propose des formations qui s'adressent aux professionnels de la santé

- **Accompagnement haptonomique pré et post-natal**
Il favorise la maturation de la relation triangulaire affective entre la mère, le père et l'enfant. Il permet de faire découvrir aux parents une manière d'être favorable au bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance. Il accompagne le développement psychomoteur et affectif de l'enfant jusqu'à la marche acquise.
Cette formation est accessible aux sages-femmes, obstétriciens, médecins généralistes, pédiatres et aux psychologues cliniciens travaillant en périnatalité.
- **D'autres formations sont orientées vers les divers secteurs de la santé**
(l'accès est déterminé en fonction de la profession exercée):
Haptopsychothérapie, haptosynésie, haptopédagogie, haptopuériculture®.

TOUT CURSUS DE FORMATION DÉBUTE PAR UN STAGE DE TRONC COMMUN.

RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTIONS

Tél. : 01 42 01 68 20
Mail : cirdhfv@haptonomie.org
www.haptonomie.org



46

Les D.O.
N° 470
Juin 2017



Medic Formation

Formation professionnelle continue médicale



ODPC habilité à dispenser des programmes de DPC



L'ACCOUCHEMENT ET SA PREPARATION

- Préparation à la naissance et à la parentalité
- Accompagner la grossesse et l'accouchement par le toucher relationnel
- Qi Gong, outil pratique pour la sage-femme
- Yoga en périnatalité
- Accoucher en confiance avec la méthode Bonapace
- Hypnose de groupe et préparation à la naissance
- Eutonie du prénatal au postnatal immédiat
- Ostéopathie dans le champ obstétrical



BOITE A OUTILS NON PHARMACOLOGIQUES

- Autohypnose pour la prévention des douleurs, de l'anxiété et du stress **NOUVEAU**
- Thérapeutiques non pharmacologiques de la ménopause et périménopause
- Thérapeutiques non pharmacologiques de la grossesse et du postpartum
- Homéopathie appliquée à la périnatalité
- Médecine traditionnelle chinoise et acupression
- Aromatologie
- Santé environnementale
- Méditation de pleine conscience comme outil de soin



SAVOIR ACCOMPAGNER

- Hypnose conversationnelle à l'usage de la sage-femme **NOUVEAU**
- Le normal et le pathologique pendant la grossesse et le post-partum
- Le soignant face au deuil périnatal
- Nutrition gestion du poids pendant la grossesse et image corporelle
- Processus thérapeutiques individuels et familiaux **NOUVEAU**
- Psychisme de la femme enceinte
- Violences faites aux femmes
- Hypnose : outils d'accompagnement du couple et de la parentalité **NOUVEAU**

PRISES EN CHARGE POSSIBLES → ANDPC → FIF-PL → Crédit d'impôts → DIF → Pôle Emploi → FONGECIF

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

Medic Formation, c'est...

46
FORMATEURS

69
THÈMES DE FORMATION EN 2017

7
ANS À VOS CÔTÉS



FORMATIONS EN INTRA

Nos formations peuvent être organisées au sein de votre établissement et adaptées à vos besoins.

NOUS CONTACTER POUR UN DEVIS

Medic Formation - Email : contact@medicformation.fr - Site : www.medicformation.fr - Tél : 01 40 92 72 33
N° de déclaration d'activité 11 95 04903 95 - Agréé ANDPC 1251 - Agréé DOKELIO/ Intercartif-oret Réf : OF-11646



**FORMATION
TOUT AU LONG DE LA VIE**

**UNIVERSITÉ
TOURS**



Diplôme d'Université (DU)

Prise en charge des victimes de violences conjugales

« Chaque année, 223 000 femmes sont victimes de violences au sein du couple »

Le travail en réseau est indispensable pour mieux repérer et orienter ces victimes. Ce D.U. propose d'aborder les différents aspects du diagnostic et de la prise en charge des victimes, d'identifier les principaux intervenants et de présenter les relais multi-disciplinaires.



www.formation-continue.univ-tours.fr

Université de Tours

60 rue du Plat d'Étain - BP 12050
37020 TOURS Cedex 1

Tél : 02 47 36 81 31
formation-continue@univ-tours.fr

LES D.O. LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

ABONNEMENT 2017

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.

VOS COORDONNÉES

Mme 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



mammaprint®

70-Gene Breast Cancer Recurrence Assay

+



blueprint®

80-Gene Molecular Subtyping Assay

CHIMIO ou PAS DE CHIMIO?

Outils d'aide à la décision thérapeutique
dans le cancer du sein au stade précoce

46%

des patientes à
"Haut Risque Clinique"
ont été classées à
« Bas Risque » génomique
par MammaPrint¹

MAMMAPRINT

- Classification binaire du risque de récurrence à distance
- Niveau de preuve d'utilité clinique 1A
- Marqué CE et agrément FDA (510K) à partir de tissus FFPE
- Remboursé dans le cadre du RIHN

25%

des cancers du sein sous-
typés par les techniques
classiques reclassifiés par
Blueprint³

BLUEPRINT

- Sous-typage moléculaire des tumeurs (Luminal, basal, HER2 enrichi) plus précis que par les techniques IHC/FISH²
- Réalisé en parallèle de MammaPrint

Venez nous rencontrer sur
notre stand et participer à notre
symposium pour discuter de l'intérêt
et de l'utilisation de nos tests et pour
découvrir nos développements



agendia®

decoding cancer

www.agendia.com



¹ Cardoso, F., et al. N Engl J Med. 2016 Aug 25;375(8):717-29. doi: 10.1056/NEJMoa1602253

² Glück, S., de Snoo, F., Peeters, J. et al. Breast Cancer Res Treat (2013) 139: 759. doi:10.1007/s10549-013-2572-43

³ Cristofanilli M, et al. Cancer Res. 2012;72(24 Suppl):Abstract nr P3-05-01



GRANDIR NATURE

Votre partenaire de confiance pour accompagner les mamans allaitantes

Numéro dédié aux professionnels : 03 88 50 07 99



Grandir Nature est devenu en 10 ans la référence pour la location de tire-lait et le soutien aux mamans allaitantes.

Nos 10 modèles¹ hospitaliers et compacts sont à un tarif unique de 12,07² € par semaine et sont livrés dans toute la France sous 48 h.



Valérie, notre consultante en lactation et son équipe de conseillères sont à votre service pour toute question concernant l'allaitement ou l'utilisation du matériel :

Consultante-lactation@grandir-nature.com



NUMÉRO DÉDIÉ AUX MAMANS
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert 0 800 622 833

DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H15 À 19H00



GRANDIR NATURE

aider les mamans



leblogallaitement.com

www.grandir-nature.com

¹ Tous nos tire-lait électriques sont des dispositifs médicaux de classe IIa qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE.

² LPPR : code 1105712 (12,07€) pour la location hebdomadaire ; code 1140252 (6,04€) pour le set de pompage simple. Grandir Nature est un prestataire conventionné N° FINESS 672656030