

DOSSIER

**Assistance Médicale
à la Procréation
et Parentalité** 1^{RE} PARTIE**REPORTAGE**

L'Aparté - Témoignages de l'espace public

PUBLICATION

Accompagnement des femmes enceintes en situation de vulnérabilité aux hôpitaux Drôme Nord : le staff pluridisciplinaire de périnatalité

FICHE TECHNIQUE

La mastite

MANAGEMENT

Se former à la e-santé : un enjeu pour les sages-femmes



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

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

²L'PPR : 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.

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF

Benoit 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

Association L'APARTÉ
Lisette CAZELLET, Responsable formation -
Association FORMATIC Santé
Charlotte DUPUY, Sage-femme
Cybill JARRY, Sage-femme
Marie-Hélène LAHAYE, Auteure du blog « Marie accouche là »
Christelle MOREON, Sage-femme coordinatrice de la maternité des HDN Site de Romans-sur-Isère
Karina PATERNI, Sage-femme
Marie-Paule STÉPHAN, Conception, réalisation, suivi du numéro

FONDATEUR DE LA REVUE

JEAN OSSART

ÉDITION

elpea@eska.fr ; agpaedit@wanadoo.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

adv@eska.fr

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.
Dépot légal : Mai 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

469 - MAI 2017

03 TRIBUNE

Pour que l'accouchement devienne un thème politique
MARIE-HÉLÈNE LAHAYE

04 REPORTAGE

L'Aparté
Témoignages de l'espace public
ASSOCIATION L'APARTÉ

10 PUBLICATIONS

Accompagnement des femmes enceintes en situation de vulnérabilité aux hôpitaux
Drôme Nord : le staff pluridisciplinaire de périnatalité
CHRISTELLE MOREON

35 FICHE TECHNIQUE

La mastite
KARINA PATERNI

LES ANNONCEURS

C2 Grandir Nature
C3 DTF Médical
C4 Medela

37 MANAGEMENT

Se former à la e-santé : un enjeu pour les sages-femmes
LISETTE CAZELLET

40 KIOSQUE

41 ACTUALITÉS

42 JURIDIQUE

45 AGENDA



18 DOSSIER ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION ET PARENTALITÉ

1^{RE} PARTIE

19 Du couple homosexuel féminin à l'homoparentalité. Perception du corps médical par les femmes CYBILL JARRY



26 ESSOR ET ÉVOLUTION DE L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION JUSQU'EN 2012 CHARLOTTE DUPUY

17 Matilia

33 Cooper-Dakin

45 Association Nationale Natation & Maternité

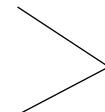
46 ANSFL

46 Institut Naissance & Formation

47 Médicformation

Encart jeté Phenix Vivaltis

Photo de couverture ©Bananastock



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

CONGRÈS 1^{er} Maladies Chroniques Innovations et Qualité de Vie PARIS 2017

1^{er} congrès pluri-disciplinaire d'Innovations et d'Amélioration de la Qualité de Vie des Maladies Chroniques

Mercredi 14 - Jeudi 15 juin 2017

MALADIES
CARDIO-VASCULAIRES
DIABÈTE

Jeudi 29 - Vendredi 30 juin 2017

Lieu : Hôpital Pitié Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris

PRÉSIDENTS ET MEMBRES DU COMITÉ SCIENTIFIQUE :

BERNARD BEAUDUCEAU, MICHÈLE CAZAUBON, JEAN-LUC DEQUEKER, JEAN-GUILLAUME DILLINGER, ISMAËL ELALAMY, AGNÈS HARTEMANN, PHILIPPE HUMBERT, JEAN-CLAUDE KAHN, FABIEN KOSKAS, MICHEL MARRE, FRÉDÉRIC MERCIER, PIERRE SABOURET

ORATEURS DIABÈTE :

BERNARD BAUDUCEAU, GUILLAUME CHARPENTIER, MANUEL DOLZ, ERIC FOURNIOLS, MARINE HALBRON, AGNÈS HARTEMANN, GEORGES HA VAN, PHILIPPE HUMBERT, FRÉDÉRIC MERCIER, ANTOINE PERRIER, PHILIPPE RIEGEL*, PIERRE-JEAN SAULNIER, JEAN-LOUIS SCHLIEGER*, ÉRIC SENNEVILLE

ORATEURS CARDIO-VASCULAIRE :

PHILIPPE ABASTADO, EMMANUEL ANDRES, PHILIPPE ARBEILLE, PATRICK ASSAYAG, ALICE BELLICHA, HAKIM BENAMER, PHILIPPE BLANCHEMAISON, SOK-SITHIKUN BUN, BRUNO BURCHERY, NICOLAS CASTAING*, MICHÈLE CAZAUBON, JEAN-MARC CHARDONNEAU, JEAN-PHILIPPE COLLET, RAPHAËL COSCAS, RENÉ COURCOL*, CLAUDE DALLE, PATRICK DARY, JEAN-MICHEL DAVAINE, JEAN-Claude DEHARO*, JEAN-GUILLAUME DILLINGER, LUDOVIC DROUET, ISMAIL ELALAMY, SYLVIE FELDMAN-BILLARD, JEAN FERRIÈRES, PIERRE FONTAINE*, JULIEN GAUDRIC, BRUNO GUILBERT*, OLIVIER HANON, AGNÈS HARTEMANN, RICHARD ISNARD, FABIEN KOSKAS, CHRISTINE LAFFORGUE*, JOSETTE LE DOEUFF, RÉMY LEROY, DANY MARCADET, MICHEL MARRE, PASCALE MASSIN, MIKAEL MAZIGHI, DOMINIQUE NYUTENS, JEAN-MICHEL OPPERT, LOUIS POTIER*, PASCAL PRIOLLET*, YVES SAMSON, DANIEL THOMAS*, FRÉDÉRIC VIN

* Orateurs/Communications pressentis

PRÉ-PROGRAMME SOUS RÉSERVE DES ACCORDS ET MODIFICATIONS THÈMES ET SESSIONS

THÈME 1 : LES VAISSEAUX ET LE CŒUR

- Session 1 : Innovations et qualité de vie du malade chronique veineux et lymphé
- Session 2 : Innovations et qualité de vie du malade chronique artérielle
- Session 3 : Traitement de la maladie coronaire
- Session 4 : Prévention du risque cardio-vasculaire
- Session 5 : L'insuffisance cardiaque
- Session 6 : L'innovation au service de l'HTA
- Session 7 : Les troubles du rythme

THÈME 2 : LES VAISSEAUX

- Session 8 : Actualités sur l'anti-coagulation
- Session 9 : La prise en compte de l'esthétique de la maladie veineuse chronique
- Session 10 : Nouveautés en chirurgie artérielle
- Session 11 : Exploration et monitorage en vasculaire

THÈME 3 : EXPLORATIONS, MONITORAGE ET LES TRAITEMENTS EN MéDECINE VASCULAIRE

- Session 12 : La coagulation périopératoire et en urgence
- Session 13 : Traitements et risques en médecine vasculaire

THÈME 1 : LE DIABÈTE

- Session 1 : Diabète - Généralités - Épidémiologie
- Session 2 : Monitorage moderne
- Session 3 : Nouvelles voies thérapeutiques

THÈME 2 : LE PIED DIABÉTIQUE

- Session 4 : L'origine des plaies
- Session 5 : La prévention des plaies
- Session 6 : Traitement et cicatrisation
- Session 7 : Gestion de l'infection chez le diabétique

THÈME 3 : LES AUTRES ATTEINTES DU DIABÈTE

- Session 8 : La rétinopathie



Groupe de travail
QUALITÉ DE VIE ET
MALADIES CHRONIQUES

Gallivit



POUR TOUT RENSEIGNEMENT, MERCI DE CONTACTER :

Centre de Formation des Éditions ESKA (CFEE) - Conférences Internationales

12, rue du 4 septembre - 75002 Paris - France - Tél. : +33 1 42 86 55 69 - Fax : +33 1 42 60 45 35 - e-mail : congres@eska.fr

Contact : Serge KEBABTCHIEFF - Adeline MARÉCHAL - Flore HOELLINGER

Pour que l'accouchement devienne un thème politique

Emmanuel Macron vient d'être consacré nouveau Président de la République. Puisqu'il a l'ambition de donner une nouvelle impulsion à la France, il s'agit du moment idéal pour l'interpeller sur les questions de naissance et pour faire de l'accouchement un débat de société en vue de la nouvelle législature.

L'accouchement et la naissance ne figurent pas encore parmi les thèmes de campagne ni les priorités politiques. Pourtant, les enjeux sont énormes puisque l'accouchement concerne chaque année, en France, plus de 800000 femmes, leur nouveau-né et leur partenaire. Un accouchement qui se passe mal, durant lequel la femme ne se sent pas respectée ni soutenue, peut avoir des conséquences à long terme sur sa capacité à bien accueillir son enfant, sur son couple, sur l'estime qu'elle a d'elle-même, et, parfois, sur sa capacité de reprendre sa carrière professionnelle, voire de poursuivre une vie normale.

Les enjeux autour de l'accouchement peuvent se résumer autour de deux grands thèmes :

■ Le droit pour chaque femme de choisir les conditions de son accouchement.

Ce droit implique le choix du soignant qui l'accompagnera, le choix du lieu de l'accouchement (maternité, plateau technique avec une sage-femme libérale, maison de naissance, domicile) et le choix relatif à la médicalisation ou non de la naissance (accouchement physiologique ou médicalisé, périniale ou accompagnement psychoprophylactique, etc.).

■ Le droit pour chaque femme d'enfanter dans la bienveillance et de ne pas subir de violences obstétricales.

Pour atteindre ces objectifs, des changements importants sont nécessaires à différents niveaux de la société. Le Président Macron peut-il soutenir une telle évolution ? C'est l'exercice que j'ai tenté de faire en me plongeant dans son programme et dans ses déclarations de campagne.

Les lignes de force de son projet sont « *de décloisonner les systèmes trop rigides et de libérer les initiatives individuelles et collectives* ». C'est l'occasion idéale de repenser l'organisation d'accompagnement à la naissance, en encourageant l'installation de sages-femmes libérales, les bonnes relations entre celles-ci et les structures hospitalières, les initiatives conjointes entre les soignants et les parents, et toutes les bonnes énergies qui se mettent en place en faveur de l'accompagnement global de la naissance et de soutien aux jeunes parents.

Il s'agit de mettre fin au dogme du "tout à l'hôpital", de l'uniformisation des naissances et de la rigidité des protocoles.

Le programme du Président en matière de santé ouvre également la porte à des possibles changements dans la prise en charge des naissances.

Il veut rendre le système de santé « *plus efficient et plus pertinent, et investir partout où cela est nécessaire, pour permettre aux professionnels de santé de répondre aux défis de demain, en privilégiant l'expérimentation et les initiatives du terrain* » Il s'agit d'une occasion rêvée de proposer une révolution dans l'accompagnement des parturientes, en appliquant le principe *une femme - une sage-femme*, et de répondre aux demandes de plus en plus croissantes des femmes d'un accompagnement global et respectueux.

Dans son programme figure également « *la diversification des modes de financement des établissements de santé, en réduisant la place de la tarification à l'activité (T2A) pour favoriser des financements liés à des objectifs précis et des missions de santé publique* ». La fin de la tarification à l'acte comme mode de financement de référence est une excellente nouvelle dans le domaine de l'accouchement. Ce mode de financement est en effet décrié comme favorisant les actes médicaux inutiles sur les parturientes, sources de complications voire de violence.

En ce qui concerne l'hôpital public, le Président Macron insiste sur « *la nécessaire qualité de service sur base d'indicateurs concrets. Les usagers seront associés à la définition de ceux-ci* ». Une série d'indicateurs relatifs à la naissance pourraient donc être mis en place pour diminuer les actes médicaux de routine, par exemple le pourcentage par établissement de déclenchements, d'épisiotomies, de césariennes et d'utilisation d'oxytocine. D'autres indicateurs plus qualitatifs comme le taux de satisfaction des parturientes, la qualité de l'accompagnement qu'elles ont reçu, le respect de leur consentement libre et éclairé pour tout acte médical, peuvent encourager une amélioration constante des conditions d'accouchement.

Figure également dans son programme « *la mise à disposition des gestionnaires publics des moyens de financer et de conduire des réorganisations génératrices de gains d'efficacité et de qualité de service* ». Cette mesure pourrait offrir des outils aux maternités cherchant à repenser leur fonctionnement vers une prise en charge globale et individualisée des naissances.

Dans son programme sur les services publics, le nouveau Président souhaite également « *redéployer les effectifs de la fonction publique pour créer des postes dans les services qui répondent à l'évolution des besoins des citoyens* ». Il s'agit d'une opportunité pour marteler l'exigence d'un accompagnement *une femme - une sage-femme*, et ainsi offrir aux professionnelles de la naissance des conditions de travail leur permettant d'accompagner chaque parturiante de façon bienveillante et individualisée.

Il propose également de *lutter contre les déserts médicaux, notamment en doublant le nombre de maisons pluridisciplinaires de santé*. Des sages-femmes seraient donc encouragées à s'associer à d'autres soignants afin d'augmenter l'offre d'accompagnement pour les futures mères sur l'ensemble du territoire.

Son programme économique est également intéressant pour la naissance puisqu'il *encourage l'auto-entrepreneuriat et veut améliorer les conditions de travail des indépendants*. Le moment est idéal pour lui soumettre le problème de l'accès à l'assurance professionnelle des sages-femmes accompagnant des accouchements à domicile, et lui demander d'agir pour permettre à ces soignantes d'exercer leur métier en toute légalité.

Enfin, le Président Macron a insisté tout au long de sa campagne sur *l'égalité entre les femmes et les hommes*. Il propose, entre autres, la création d'un ministère des Droits des femmes. Nous pourrions lui suggérer qu'une des missions de ce ministère soit de lutter contre les violences obstétricales. Une large enquête auprès des jeunes mères sur les conditions de leur accouchement pourrait être menée. Une autre enquête, en collaboration avec l'IGAS, pourrait être organisée au sein des maternités sur l'application de la loi Kouchner sur l'information et le consentement libre et éclairé des patientes aux actes médicaux, et sur la mise en œuvre d'une médecine basée sur les preuves scientifiques.

Les opportunités sont nombreuses pour modifier radicalement la façon dont les femmes accouchent. Les futures élections législatives sont l'occasion pour chacun et chacune d'entre nous d'interpeller les candidats de notre circonscription sur le thème de la naissance.

Aller à la rencontre de nos futurs élus est la meilleure façon de faire avancer les idées et de peser sur les décisions futures. Leur présenter nos revendications autour de l'accouchement, un exercice citoyen et pleinement démocratique. Il est temps de faire avancer la cause de la naissance, et de prendre le Président Macron au mot. En marche ! •



L'entrée de l'Aparté

Photo// © L'Aparté

Qui ?

Nous sommes une équipe de huit personnes. Maud, Oranne, Julie, Basile, Justine, Isabelle, Elvire, Alain et Clarisse. Nous nous sommes rencontré(e)s cette année dans notre master 2 *Projets Culturels dans l'Espace Public* de Paris 1 - La Sorbonne. Nous venons tous d'horizons très différents : graphisme, géographie, économie, arts, médiation culturelle... Mais nous nous retrouvons autour d'une façon commune de penser l'espace public, comme lieu de vie, d'expériences, de possibles.

UNE PARTIE DE L'ÉQUIPE
LE 29 MARS AU PARC DE BELLEVILLE,
PETITE POSE APRÈS LE MONTAGE
DE LA STRUCTURE !
JULIE, JUSTINE, ORANNE, BASILE, ISABELLE



Photo// © L'Aparté

L'APARTÉ

Témoignages de l'espace public

Nous avons été interpellés lors de la semaine des Droits des femmes de cette initiative de l'Aparté. Nous avons joué le jeu d'entrer dans la cabane, sorte d'isoloir et d'écouter le témoignage des autres, hommes et femmes. Et ce fut d'une richesse incroyable ! Cette parole libérée, ce regard que chacun pose sur soi et l'espace public, éminemment politique, nous avons eu envie de la partager ici. Voici donc ce qu'est l'Aparté.

Ce projet a été présenté par huit membres de l'association Objet(s) Public(s) lors du festival *L'Appel de la Lune* qui a eu lieu dans le 20^e arrondissement de Paris, du 8 mars au 8 avril 2017. Il se pérennise avec d'autres apparitions. À suivre !

La genèse

À la fin de l'année 2016, Nawel Oulad et Stéphane Assezat, de l'association *l'Appel de la Lune*, sont venus nous rencontrer. Ils organisaient la quatrième édition du festival *l'Appel de la Lune* dans le 20^e arrondissement de Paris, qui portait sur les femmes dans l'espace public, et souhaitaient collaborer avec l'association attachée au master, Objet(s) Public(s). L'idée nous a séduit(e)s : pour nous, l'enjeu était d'imaginer un projet culturel, qui prenne place dans l'espace public, en amont du festival, et qui s'adresse vraiment aux habitants du 20^e, dans leur diversité, au-delà du public d'habitués du festival.

Pourquoi ce projet ?

Cette thématique nous a tout de suite interpellé(e)s. Car si la norme politique et juridique déclare le statut des femmes égal à celui des hommes, force est de constater que nos pratiques et usages de l'espace public restent terriblement genrés, et ce de façon souvent discriminante et discriminatoire. Nous l'expérimentons toutes et tous au quotidien. C'est autour de ce constat, d'expériences personnelles, d'une envie commune de s'emparer de ce sujet, et de créer ensemble un espace de libre expression et de véritable égalité dans l'espace public que l'équipe de l'Aparté s'est rassemblée. Peu à peu, au fil de la construction du projet, nous avons constitué un groupe de huit personnes, qui ont conçu le projet, l'ont produit, réalisé, animé, et qui continueront à le faire vivre.

Femmes et hommes, chacun de nous a pu vivre, voir, entendre des récits, anecdotes, remarques sur les relations entre les femmes et les hommes dans l'espace public, et sur le rapport des femmes à leur environnement urbain. Être une femme dans la rue, dans les parcs, dans les halls, les cafés, les transports, tous ces espaces publics partagés, ça veut dire quoi ? Quelles différences dans les attitudes, l'aisance, la prise de parole, l'occupation de l'espace, entre les hommes et les femmes ?

Dès le départ notre objectif a été de donner la parole aux usager(ère)s de l'espace public, et d'opérer dans l'espace public. Nous souhaitions permettre à ceux qui pratiquent le quartier au quotidien de témoigner sur leur façon de le vivre. Gratuitement, librement, près de chez eux... Notre idée était de nous déplacer dans l'arrondissement, et d'aller au contact des habitant(e)s et usagers du quartier. Nous avons alors inventé un projet, ainsi qu'un objet : l'Aparté.

L'Aparté déposée au Parc de Belleville ►
le 29 mars 2017.

Flyer L'Aparté ►



Photo // © L'Aparté

NOS PRATIQUES ET USAGES DE L'ESPACE PUBLIC RESTENT TERRIBLEMENT GENRÉS, ET CE DE FAÇON SOUVENT DISCRIMINANTE ET DISCRIMINATOIRE.

L'Aparté c'est quoi ?

L'Aparté, c'est une cabane démontable et transportable, en bois, conçue et construite par notre plasticien, Gaspard Husson.

L'Aparté, nous l'avons pensé comme un outil, indispensable pour rappeler l'essentiel : la parole est à tou(te)s, nous sommes tou(te)s concerné(e)s par l'espace public, il nous appartient de nous l'approprier. La structure de l'Aparté est au centre du projet : c'est sa présence insolite dans l'espace public qui suscite la curiosité, crée la discussion, et amène à témoigner. Elle nous sert d'espace de récolte de la parole, d'espace d'expression libre, d'espace de diffusion des témoignages, d'espace de dialogue. Nous déposons une structure ouverte et intime à la fois, une invitation au témoignage et à la discussion, pour raconter ce qui pose problème ou ce qui nous semble

fonctionner. Les femmes dans l'espace public, leurs sentiments de sécurité, de légitimité, de mixité, mais aussi le regard qu'elles sont capables de poser sur leur situation et que les hommes peuvent aussi porter sur la question, sont autant de réflexions indispensables au vivre ensemble aujourd'hui dans notre société. Nous questionnons les rapports et hiérarchies de genre, mais aussi les usages de l'espace public, de façon contextuelle.



Photo // © L'Aparté

Pourquoi ce nom ?

Un aparté, au théâtre, c'est une parole pour soi, mais que tout le monde entend. Une parole dite "à part", mais finalement adressée à tous, qui concerne tout le monde. Avec ce projet, c'est un peu la même idée. Les participant(e)s sont invité(e)s à partager avec nous, et avec tous ceux qui les écouteront, leurs pensées, avis, expériences personnelles. En aparté, dans l'Aparté !

Et en pratique ?

En pratique, nous transportons la cabane en pièces détachées, à la force de nos bras. Nous la montons, et installons tous les dispositifs de médiation à l'intérieur, et notamment un guide de questions qui inspirent les témoignages, et permet de les écouter à la lumière des questions que l'équipe a imaginées. Tout au long de l'après-midi, nous invitons les passant(e)s à s'arrêter, nous leur expliquons le projet et son principe. Nous leur proposons d'entrer dans la cabane pour écouter les témoignages. Puis s'ils (elles) le veulent bien, nous enregistrons une discussion avec eux, dans laquelle nous les amenons à témoigner sur la thématique. Enfin, nous les invitons à la restitution artistique qui conclut le projet. Et nous leur proposons de partager un verre et un morceau de gâteau maison avec nous ! Toute participation est gratuite, de même que l'entrée pour notre restitution.

Projet politique ?

L'Aparté est en soi un projet politique. Ces réflexions, nous nous en sommes emparées en tant qu'individus, que groupe, et que professionnels travaillant sur, dans, pour et avec l'espace public. C'est bien sûr un acte de militantisme, une manière de faire bouger les choses et d'agir pour une société plus juste, libre, et égalitaire. Un moyen d'affirmer : qui que vous soyiez, quel que soit le sujet, vous avez des choses à dire, votre parole est légitime, intéressante, et nous voulons l'entendre, nous voulons la transmettre. La langue est aussi un territoire et un espace avec des enjeux. Il est plus que nécessaire de libérer la parole. Certain(e)s participant(e)s ont pu être réticent(e)s : « bah, je ne sais pas trop quoi dire, je n'y connais rien... ». Mais tou(te)s ont finalement pris le temps de discuter avec nous et, de fil en aiguille, avaient des choses à raconter sur la thématique, quelques fois même suscitant une prise de conscience personnelle. Finalement, chacun des témoignages recueillis a nourri le projet.

Notre équipe de médiateurs invite les passant(e)s à la rencontre, et les guide dans leurs témoignages. En aucun cas il n'est question d'orienter les réponses des participants, ni d'argumenter contre leur point

C'EST BIEN SÛR UN ACTE DE MILITANTISME, UNE MANIÈRE DE FAIRE BOUGER LES CHOSES ET D'AGIR POUR UNE SOCIÉTÉ PLUS JUSTE, LIBRE, ET ÉGALITAIRE.

de vue, mais toujours de les solliciter dans leur réflexion à aller plus loin, à expliciter, et à se confier à partir d'expériences personnelles, à partir de leur propre vécu de l'espace public et du sujet abordé. Par ce dispositif nous cherchons à questionner cette thématique à travers des prismes divers, qu'ils soient de l'ordre de l'expérience, du commentaire ou de l'analyse. Nous accordons une grande importance à la qualité de l'écoute, mais aussi à celle de l'accueil de façon générale : gâteaux et boissons sont au rendez-vous, ainsi que nos plus beaux sourires ! L'objectif est de créer un espace convivial, libre et respectueux, et d'inviter les gens à le partager avec nous le temps d'un après-midi.

L'intérêt de ce projet c'est aussi de confronter des paroles d'habitant(e)s d'origines sociale, ethnique, culturelle diverses, de genres et âges différents et que chacun entende ce que l'autre a à dire. Cela permet selon nous de briser les microcosmes. Et parfois, cela crée même une discussion entre des personnes qui ne se connaissaient pas cinq minutes auparavant !

Où ? Pourquoi ?

L'Aparté, c'est aussi une action située, contextuelle. En effet, nous travaillons localement, et abordons l'espace public à taille humaine, à l'échelle d'un quartier par exemple. Dans le cadre du festival *l'Appel de la Lune*, nous nous sommes ainsi focalisés sur le 20^e arrondissement. Nous avons voulu nous adresser, toucher et solliciter des habitant(e)s du 20^e pour témoigner de la place des femmes dans l'espace public du 20^e, en espérant que cela puisse à la fois valoriser certains espaces, questionner les fractures de certains autres, et participer à la résolution des problématiques en jeu sur ce territoire, spécifiquement.



Quand ?

Début mars, nous avons commencé par recueillir les témoignages des femmes de l'association *Archipelâia* du 20^e. Cette association met en place depuis de nombreuses années un rendez-vous hebdomadaire pour la discussion et la rencontre de femmes du quartier. C'est dans ce cadre-là que nous sommes intervenu(e)s. Puis, tout au long du mois de mars, l'Aparté a fait quatre apparitions dans différents endroits du quartier. Nous avons inauguré l'Aparté le 8 mars dans le centre d'animation Louis Lumière. Le 18 mars, nous étions dans le square du sergent Aurélie Salel, le 25 mars dans le square du Nouveau Belleville d'une résidence Paris Habitat, et le 29 mars dans le Parc de Belleville. À chaque apparition, les passant(e)s, habitant(e)s, femmes, hommes, adultes, jeunes, enfants... ont été amené(e)s à enregistrer leur témoignage, et à écouter ceux déjà récoltés au cours du mois.

Concernant la diffusion, nous avons travaillé avec des musiciens, Férréol de Gressot et Matthieu Pouillot, qui ont créé des ambiances sonores pour accompagner les témoignages. Après chaque récolte de paroles, nous choisissons des extraits pertinents, mettant en parallèle plusieurs thématiques et points de vue, et Paul Robin, notre monteur son, nous préparait la bande-son à diffuser lors de l'apparition suivante.

Et la restitution, en quoi consiste-t-elle ?

L'un des enjeux de l'Aparté est aussi la rencontre entre un(e) artiste et les témoignages recueillis. C'est pourquoi nous voulons clôturer les projets de l'Aparté avec une restitution artistique. Dans le cadre de *l'Appel de la Lune*, la restitution a eu lieu le 8 avril à la *Bellevilloise*. À partir de toute la matière récoltée pendant un mois, de nos discussions sur les récurrences dans les témoignages, nous avons dégagé des thématiques reflétant le projet, et comment peut être vue la place des femmes dans le 20^e arrondissement. Il n'y a aucun objectif d'exhaustivité, mais simplement un retour de l'équipe sur l'expérience menée, une sorte de synthèse par le biais de paroles emblématiques. Le but est aussi de mettre en regards des points de vue qui peuvent se contredire, se rejoindre, se répondre... afin d'amener à la réflexion, la discussion, la prise de conscience. Pour le 8 avril, ce sont les compositions de Férréol, Matthieu, Paul et Clarisse qui sont venues illustrer les témoignages choisis.

Nous avons dégagé quatre thématiques :

L'autocensure des femmes dans l'espace public.
Le changement d'attitude, le choix des habits et des trajets, la conscience ou non de limiter sa liberté, le refus de se censurer...



Photo // © L'Aparté

Recueil de témoignages
au Parc de Belleville
le 29 mars

LE BUT EST AUSSI DE METTRE EN REGARDS DES POINTS DE VUE QUI PEUVENT SE CONTREDIRE, SE REJOINDRE, SE RÉPONDRE ... AFIN D'AMENER À LA RÉFLEXION, LA DISCUSSION, LA PRISE DE CONSCIENCE.

■ **Le bien-être dans le 20^e.** La richesse de la mixité, le sentiment d'appartenance, le côté rassurant d'un endroit qu'on connaît, la bienveillance et la proximité entre les habitants...

■ **La peur et l'occupation de l'espace public.** Se sentir regardée, suivie, mal à l'aise dans l'espace public selon la forte présence masculine, la répartition des genres dans le quartier, l'insécurité, la particularité de la nuit...

■ **La prise de conscience et l'éducation.** Le déclic de prendre conscience d'une réalité acceptée ou ignorée, en tant que femme ou homme, les différences d'éducation entre les filles et les garçons, quelques fois une éducation reproduite, l'importance d'apprendre aux garçons à respecter et pas seulement aux filles à avoir peur...

Et après ?

L'Aparté, ce n'est pas fini ! Lors de notre participation au festival *l'Appel de la Lune*, nous avons eu l'occasion de rencontrer beaucoup de personnes très intéressées par le projet, et nous avons nous-mêmes eu envie d'y donner une suite, de pérenniser l'Aparté sur le long terme. Nous sommes donc en train de monter une association, et nous allons proposer le projet de l'Aparté à diverses occasions, à Paris et ailleurs.

L'objectif sera toujours de questionner l'espace public via une thématique particulière, grâce à la présence en espace public de l'Aparté et ses médiateurs. Nous continuerons à améliorer et développer notre cabane, et à travailler avec des artistes de tous horizons, pour faire de ce projet culturel, artistique et social un véritable outil d'échange, de partage, de légitimation et de libération de la parole de chacun.

Alors que la richesse de la diversité culturelle, la vie en espace public, le partage, la bienveillance, et le travail de proximité dans nos bouts de villes ou de campagnes, auprès de tous sans discrimination, sont des thématiques délaissées, voire rejetées par les institutions politiques, nous nous engageons à prendre en Aparté quiconque le voudra bien, et à porter sa voix ! •

CONTACT aparte@gmail.com

EXTRAITS DE LA RESTITUTION

L'AUTOCENSURE

« Je pense que toutes les femmes s'autolimitent dans l'espace public, que ce soit de façon vestimentaire, comportementale, bien sûr. Sauf quand on est un groupe de femmes. »



« C'est marrant parce qu'aujourd'hui j'ai mis une très courte jupe, une minijupe en fait, et j'ai remarqué que tout le monde m'a regardée en venant, c'est pas méchant hein, mais ils baissent les yeux [...]. Il y a un type qui m'a klaxonnée, et deux mecs qui m'ont parlé de loin [...]. Et au bout d'un moment je me suis dit que le prochain qui me disait quelque chose j'allais m'énerver, lui dire que bah j'étais pas disponible pour ça [...]. »

Mais finalement je me suis surtout dit que j'allais bien continuer à la mettre cette jupe, parce que j'allais pas m'empêcher de m'habiller à cause des regards des gens, si moi je me sens bien comme ça, bah j'allais pas changer pour ça. »

« Comment certaines filles se font aborder dans la rue c'est grave quand même, ils ne sont pas respectueux, on dirait des objets des fois. »



« Il faut que ça aille dans les deux sens. S'il y a des filles qui s'habillent pour se faire voir bah c'est pas très bien, mais s'il y a des garçons qui ne savent pas se canaliser quand ils voient des choses comme ça bah c'est pas bon non plus en fait. »



« Si toutes les filles portaient des jupes, le port de la jupe serait banalisé, et les hommes ne regarderaient plus les femmes. »



« Pour une femme c'est compliqué, si elle parle fort on se dit qu'elle veut se faire remarquer, alors qu'un homme on ne va même pas faire attention. »



« Dans la rue en général je me sens en sécurité. Des fois je change d'attitude ou de regard, ou je change ma manière de marcher, quand je passe à côté d'une bande de gars et que j'ai pas envie d'avoir des embrouilles. Alors des fois [...] peut-être que j'ai tendance à me masculiniser un peu dans ma démarche, enfin je crois que c'est un réflexe. »

« On se parle, vous savez, au parc et tout, on se parle on dirait qu'on se connaît [...]. Même quand on se connaît pas on dit bonjour. Le 20^e j'adore. »



« À part le matin quand je vais à l'aïkido, il n'y a rien que j'évite parce que je suis une femme, et il n'y a pas un coin que je privilégie parce que je suis femme. »



« J'aime beaucoup, c'est populaire. Surtout populaire, j'habitais dans le 15^e avant et c'est pas la même chose. »



« Je me sens bien dans ce quartier, où je vis très bien, je peux faire tout ce dont j'ai envie [...], à n'importe quelle heure, dans n'importe quelle rue, je me sens en sécurité. »



LE BIEN-ÊTRE

« J'aime beaucoup ce quartier parce qu'il y a beaucoup de choses, il est très varié, il y a beaucoup d'espaces verts, ce magnifique parc de Belleville, il y a un mélange de toutes les populations, il y a beaucoup d'activités, j'ai tout à portée de main [...]. J'y suis bien, j'y suis à l'aise, et je me sens tout à fait en sécurité, au milieu des habitants que je connais parfaitement. »



« Ce qui est bien c'est que le matin par exemple je croise beaucoup de personnes, sans se connaître on se dit bonjour, et au fil du temps maintenant on commence à se dire bonjour, comment ça va, bonne journée, alors que je ne les connais pas, et c'est vrai que ça fait du bien, c'est très agréable [...], ça me rassure. Et quand je pars dans un autre quartier, en dehors du 20^e, je me sens comme si je suis étrangère, malgré que bon, il n'y a pas de souci hein, c'est juste comme ça, alors que quand je reviens dans mon quartier je me sens rassurée, je me sens bien. »

LA PEUR

« Je suis très en colère parce qu'en tant que femme, même à 55 ans, heu, l'espace public il n'est jamais tranquille pour une femme [...]. J'ai toujours peur pour ma fille. »



« Est-ce que je me sens à l'aise dans la rue ? Heu ça dépend où, et je ne me sens pas forcément en sécurité mais je me sens quand même à l'aise. Pas toujours en sécurité, mais toujours à l'aise, et conquérante souvent [...]. J'essaie de ne pas modifier mon attitude. Mais parfois quand je sais que je vais traverser un quartier spécifique, je m'habille en conséquence. »



« Et quand je m'arrête la nuit pour photographier quelque chose, ça peut me faire un peu peur [...]. Souvent on a peur d'être suivie, qu'il nous arrive quelque chose, surtout en tant que nana. Et j'essaie d'éviter ça depuis que je suis libre de me balader dans la rue. »



« Je rentrais de cours, j'avais 15 ans, et y'a un mec qui m'a suivie, et qui m'a attrapé le cul pendant que je voulais rentrer chez moi, quoi. »

EXTRAITS DE LA RESTITUTION

LA PEUR (SUITE)

« Il y a un garçon qui m'a suivie jusque chez moi, j'ai eu de la chance quand même, mais quand même. Il est venu, il est monté dans l'escalier, il y avait mon copain à l'époque qui est devenu mon mari, je pensais être violée hein, vraiment, parce qu'il m'a suivie jusque dans l'escalier, je ne l'avais pas vu. Et il m'a touché le sexe dans l'escalier, et heu, j'ai toqué chez moi, je savais qu'il y avait Pierre qui répondrait [...]. J'ai réussi à le contourner, à rentrer à la maison, Pierre lui a donné un coup de boule sur la tête, on a poussé la porte, et en fait on s'est retrouvés tous les deux [...]. Ça, je crois que c'est le quotidien des filles quoi, des femmes. »



« Limite je me dis des fois non c'est pas que je suis belle c'est juste que je suis une nana et que j'ai un vagin ! »

« Dans les cafés pas trop, il y a trop de monde, au lieu de passer par là je passe par l'autre côté. Je l'évite carrément. Trop de monde [...]. C'est que des hommes. Que des hommes. (Et toi si tu étais un homme tu crois que t'arriverais à passer devant ce café ?) Bah oui pourquoi pas, je passerai sans gêne. Là je suis gênée quand je passe par là. »



« J'ai pas eu peur. Si c'était des garçons, j'aurais eu peur oui. »

« J'ai une question : si c'est des filles qui passent à côté d'un groupe de filles, est-ce qu'elles seront comme nous quand on passe à côté d'un groupe de garçons ? »



« Je me sens rarement gênée d'occuper un espace public, sauf parfois quand il y a certains quartiers qui sont peuplés de beaucoup d'hommes. »

« On sent qu'il y a des espaces qui sont beaucoup plus réservés aux hommes que d'autres [...]. On voit qu'il y a très peu de femmes qui sont dans certaines rues, certains espaces. Et on voit que quand elles y sont, elles marchent rapidement, en tout cas elles sont moins... Heu leur présence est beaucoup plus éphémère. »



« Il y a dans le parc le coin où il y a, je ne sais pas comment on les appelle, ceux qui traînent; et il y a le côté où tous les gens se réunissent. C'est très défini. »

« Généralement je marche avec les écouteurs dans les oreilles, comme ça, je me dis si quelqu'un me parle bah j'ai pas entendu quoi. Même quand je n'ai pas de musique d'ailleurs, je mets quand même mes écouteurs. »



« Je trouve que devoir adopter un certain comportement ou devoir s'habiller d'une certaine façon pour pas que ça arrive, bah, c'est juste... c'est pas normal. »

« Moi jamais je ferai un long détour pour pas passer dans une rue où on se fait plus emmerder que dans une autre. Parce que j'estime que c'est pas à moi de changer de comportement mais c'est à eux. »



L'ÉDUCATION ET LA PRISE DE CONSCIENCE

« En cours d'histoire ma prof elle aime bien parler de ça, donc je l'entends tous les jours, ou presque tous les jours. Donc j'entends différences de salaires entre les hommes et les femmes, et je devais même faire un exposé sur le sexisme mais j'ai laissé tomber parce que c'était trop compliqué. »

« Nous, on est éduquées comme ça, ce sont nos parents qui nous ont transmis ça, que la fille elle ne peut pas faire pareil qu'un garçon... »



« Bah je lui ai appris la prudence bien sûr. Quand on a une fille, c'est vrai c'est beaucoup plus anxiogène comme rapport à l'enfant qu'un garçon. C'est sûr, donc on lui apprend très tôt la prudence, voilà. »

« Mes parents ils m'ont toujours dit « rentre à telle heure », et moi des fois je négociais en disant « mais ça se fait pas, lui il a le droit de sortir plus tard alors qu'à son âge j'ai pas le droit ». Et ils me répondent souvent que c'est un garçon et que bah ce n'est pas pareil, et qu'il se fera moins embêter, qu'il peut rentrer tout seul, alors que pas moi. Et ben je trouve ça injuste mais en même temps je trouve ça aussi bien de la part de mes parents, parce que ça veut dire qu'ils me protègent. Et qu'ils ont vécu des choses, et que je pense qu'ils savent très bien comment ça se passe dans la vie, mais je pense juste que nos parents ne devraient pas avoir à dire ça. Et qu'au final c'est la société qui fait en sorte que si. »



« Je pense qu'il y a une éducation par réaction aussi, c'est-à-dire que si tu vois que ton gamin il se comporte mal, là tu lui expliques les choses. Mais ce n'est pas la peine non plus de lui bourrer le mou, je pense que c'est assez naturel de se comporter bien avec les femmes. »



« Moi ma mère m'a éduquée [...] en disant qu'il fallait être très critique sur ces plaisanteries. Mais qu'il valait mieux y répondre en détournant [...]. Donc je botte en touche, et je m'en sors avec une pirouette ! »



« J'ai peur pour mes filles, que malgré la force qu'elles aient, elles redeviennent dominées ou soumises par amour [...]. Voilà ça, c'est une construction que j'ai. »



« C'est important de mettre des mots dessus, d'en parler, de prendre conscience. Et c'est ça qui pourra changer nos manières de penser, de se déplacer [...]. Et il faut enlever ses propres stéréotypes [...]. C'est à nous-mêmes de faire le chemin et de voir qu'en fait c'est possible. »



« C'est en tant que père de filles en fait, et de garçons, que je me suis dit en fin de compte, heu, qu'il fallait vivre notre féminin/masculin aussi simplement devant les garçons, pour qu'ils n'aient même pas à penser qu'il puisse y avoir une différence, et être supérieur ou dominant, et que les choses soient autorisées pour eux et pas à la femme. Mais aussi qu'il a toujours fallu rendre encore plus fortes les filles pour qu'elles puissent toujours être elles-mêmes, dans les espaces autres qu'à la maison, dans l'espace public, dans leur travail, revendiquer les choses. »

Accompagnement des femmes enceintes en situation de vulnérabilité aux hôpitaux Drôme Nord

LE STAFF PLURIDISCIPLINAIRE DE PÉRINATALITÉ

La prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité est une des priorités de la politique périnatale actuelle. Les enjeux sont d'améliorer la santé maternelle et périnatale mais également, à plus long terme, de prévenir les troubles de développement psycho-affectif des enfants et les risques de maltraitance.

Depuis le plan Périnatalité 2005-2007⁽¹⁾, différentes mesures visent à améliorer la coordination et le travail en réseau des différents professionnels autour des familles, en permettant d'apporter une réponse adaptée à chaque situation et un accompagnement de qualité dès l'anténatal. Pour accompagner les femmes enceintes en situation de vulnérabilité, une organisation spécifique a été mise en place depuis 2008 à la maternité des Hôpitaux Drôme Nord à Romans-sur-Isère, centrée sur un staff pluridisciplinaire de périnatalité avec un fonctionnement assez innovant.

La prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité est une des priorités de la politique périnatale actuelle. Les enjeux sont d'améliorer la santé maternelle et périnatale mais également, à plus long terme, de prévenir les troubles de développement psycho-affectif des enfants et les risques de maltraitance.

Depuis le plan Périnatalité 2005-2007⁽¹⁾, différentes mesures visent à améliorer la coordination et le travail en réseau des différents professionnels autour des familles, en permettant d'apporter une réponse adaptée à chaque situation et un accompagnement de qualité dès l'anténatal.

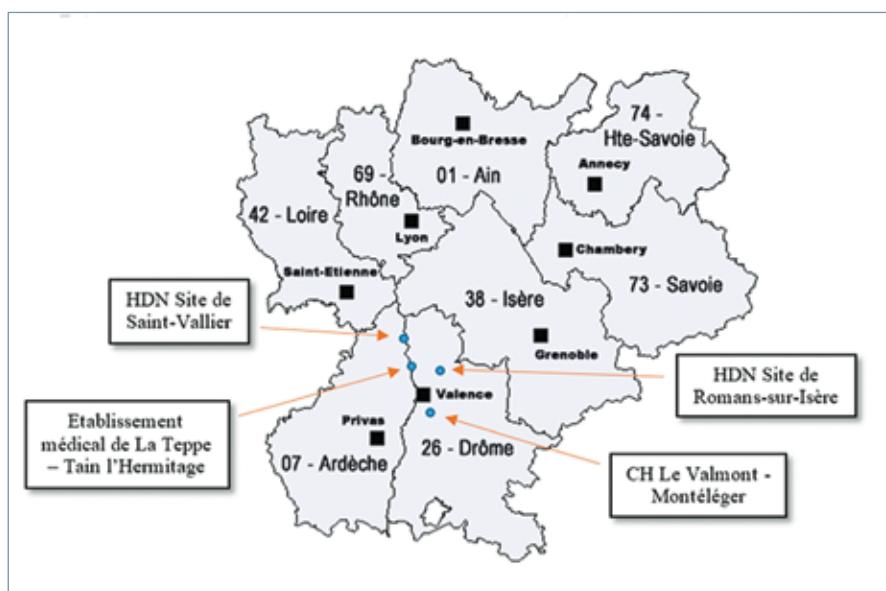
Pour accompagner les femmes enceintes en situation de vulnérabilité, une organisation spécifique a été mise en place depuis 2008 à la maternité des Hôpitaux Drôme Nord à Romans-sur-Isère, centrée sur un staff pluridisciplinaire de périnatalité avec un fonctionnement assez innovant.

PRÉSENTATION DU STAFF PLURIDISCIPLINAIRE DE PÉRINATALITÉ DES HDN

Les Hôpitaux Drôme Nord (HDN) sont un établissement public de santé qui regroupe deux sites d'hospitalisation dans la Drôme, l'un à Romans-sur-Isère, l'autre à Saint-Vallier, distant de 30 km (*figure 1*).

Concernant l'obstétrique, les HDN comportent une maternité de type IIa, située sur le site de Romans-sur-Isère, réalisant 1 200 naissances annuelles et rattachée à un service de néonatalogie de six lits. Dans le domaine de la psychiatrie, les HDN regroupaient initialement deux secteurs de psychiatrie d'adultes et un secteur de pédiopsychiatrie, secteurs rattachés depuis 2016 au CH Le Valmont à Montélier. La maternité des HDN collabore également avec l'équipe de psychiatrie périnatale de l'Établissement Médical de La Teppe, établissement privé participant au service public situé à Tain l'Hermitage, à 15 km des sites mentionnés.

Figure 1 → Carte de la région Rhône-Alpes



Le staff pluridisciplinaire de périnatalité des HDN est un staff de coordination anténatal. Il a été mis en place en octobre 2008 à l'initiative de M^{me} Agnès Belery, sage-femme coordinatrice du pôle femme-enfant des HDN et du Dr Oguz Omay, psychiatre en périnatalité à La Teppe, pour répondre initialement aux difficultés de collaboration et de prise en charge des patientes avec la psychiatrie. Le staff a ensuite évolué vers une collaboration de plus en plus proche avec le service social des HDN. Au fil des années, une ouverture considérable a été obtenue vers de nombreux services ou professionnels sur le territoire des HDN.

Le staff s'organise sous forme d'une réunion mensuelle de deux heures, sur le site de Romans-sur-Isère des HDN. Il s'agit d'un cadre de réflexion clinique qui permet de passer en revue les dossiers de patientes en situation de vulnérabilité, en présence des professionnels impliqués intra et extra-hospitaliers. Seules les situations les plus complexes au niveau médico-psychosocial sont présentées. Deux à trois situations sont explorées par réunion en moyenne. Il permet également

aux professionnels ou équipes travaillant en lien avec la périnatalité, lorsqu'ils sont invités, de venir se présenter et présenter leurs activités.

UN CERTAIN NOMBRE D'ÉQUIPES PARTICIPE RÉGULIÈREMENT AU STAFF

- Les équipes de maternité et de néonatalogie des HDN,
- Le service social des HDN,
- Le pôle psychiatrie du CH Le Valmont,
- L'équipe de psychiatrie périnatale de La Teppe,
- Les conseils départementaux de la Drôme et de l'Ardèche représentés par les sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile (PMI),
- L'équipe du centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) de Romans-sur-Isère,
- Les sages-femmes libérales du secteur,
- L'équipe de la Maison des Enfants (MDE) de Bourg-lès-Valence, foyer de l'enfance du département de la Drôme qui a pour mission d'accueillir tout mineur en difficulté ou en danger confié par sa famille ou par mesure judiciaire, à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

La présence régulière de ces acteurs permet ainsi de garantir une analyse pluridimensionnelle des situations. Des participants ponctuels peuvent également être sollicités lorsque leur présence est utile à la réflexion ou à la construction de liens de collaboration sur le territoire de santé. Potentiellement, des médecins libéraux, des équipes sociales (ASE, placement familial...) ou encore des intervenants associatifs peuvent être concernés. Ainsi, ces dernières années, des professionnels de l'Association Nationale d'Entraide Féminine (ANEF) ont pu participer au staff, de la Sauvegarde de l'Enfance, des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) du secteur, des associations tutélaires telles que l'Union Départemental des Associations familiales (UDAF) ou encore du centre communale d'action social (CCAS) de Romans-sur-Isère.

LES OBJECTIFS DU STAFF

En anticipant la naissance, l'accueil et le suivi de l'enfant, tout en prenant en compte la mère et l'ensemble de l'entourage familial, social et professionnel, le staff a pour but d'améliorer la sécurité obstétricale et >

LE STAFF PLURIDISCIPLINAIRE DE PÉRINATALITÉ S'ORGANISE SOUS FORME D'UNE RÉUNION MENSUELLE DE DEUX HEURES.



Photo : ©Christelle Moreon

pédiatrique, de consolider le bien-être psychique et la santé mentale maternelle et parentale, mais aussi de prévenir les troubles des interactions précoces et les troubles du développement psychoaffectif des enfants à plus long terme. Il a également pour but, grâce à une meilleure coordination des professionnels autour des situations complexes, une diminution des risques d'iatrogénie et d'inadéquation institutionnelle, comme les discontinuités dans les prises en charge notamment.

Il permet enfin un ajustement permanent des pratiques professionnelles et, de ce fait, répond parfaitement aux démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'évaluation des pratiques professionnelles, dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), instauré en France en 2009 par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST⁽²⁾.

FONCTIONNEMENT DU STAFF

Chaque participant a la possibilité de soumettre un dossier au staff. Les dossiers sont signalés à l'avance à M. Damien Veyrier, cadre du service social ou à M^{me} Corinne Pourre, sage-femme de coordination de la maternité. Un document de synthèse de présentation est rempli avant le staff.

Tout ce qui est dit au staff est soumis aux règles de la confidentialité les plus strictes. Les dossiers sont discutés au staff de façon anonyme, seuls les professionnels impliqués dans les situations présentées connaissent l'identité des patientes.

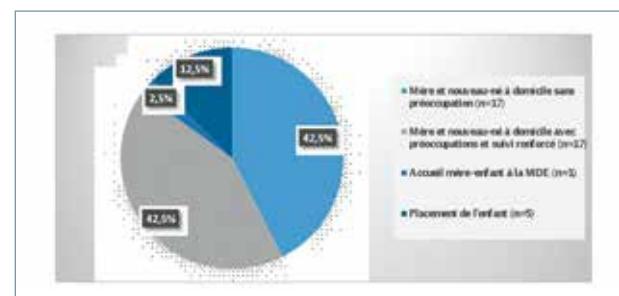
Les patientes sont informées de la présentation de leur dossier au staff. Cette information doit être adaptée aux capacités de compréhension des patientes concernées. Dans l'idéal, elles donnent leur accord pour cette présentation, comprenant que la discussion au staff facilitera leur prise en charge.

Une analyse en profondeur des situations est réalisée de façon pluridisciplinaire, permettant d'appréhender l'histoire de vie de la patiente, de son conjoint, son environnement familial et social, les éléments en lien avec la grossesse... Les professionnels présents dans les situations sont invités avec l'accord des patientes. Des propositions d'accompagnement sont faites et les collaborations entre les professionnels sont travaillées. Le staff est une instance de

réflexion et en aucun cas de décision.

À l'issue du staff, le document de synthèse de présentation est complété par l'assistante sociale référente de la maternité. Un retour du staff est en principe effectué à la patiente par l'intermédiaire du professionnel repéré comme étant le plus en lien avec elle.

Figure 2 → Devenir à 6 mois des mères et des nouveau-nés (n = 40)



à Bourg-lès-Valence depuis sa sortie de la maternité;

- cinq enfants étaient placés six mois après leur naissance : deux enfants avaient été placés à la sortie de la maternité et étaient toujours placés à six mois ; trois enfants avaient été placés durant les six mois suivant leur naissance (Figure 2).

Par ailleurs, ce travail a permis de montrer l'étendue des situations présentées au staff pluridisciplinaire de périnatalité des HDN qui peuvent être psychologiques ou psychiatriques, sociales mais avant tout médico-psychosociales. En effet, près de 80 % des situations étaient représentées par des femmes dites « multirisques » qui étaient fragilisées par une intrication de nombreuses vulnérabilités. Outre les facteurs de vulnérabilité liés aux conditions socio-économiques des femmes (absence d'activité professionnelle, absence de ressource, hébergement instable ou précaire, etc.), les principales vulnérabilités associées qui ont été identifiées étaient :

- un placement dans l'enfance pour 30 % des femmes,
- un isolement familial et/ou social pour près d'une femme sur deux et une rupture du lien avec leurs propres parents pour près d'une femme sur trois,
- un conjoint incarcéré ou ayant un passé judiciaire pour presque 22 % des femmes,
- un contexte de violences conjugales identifié pour une femme sur trois,
- des enfants aînés placés dans 37,5 % des situations,
- une dépendance aux produits toxiques pour 60 % des femmes et des conjoints,
- un antécédent psychiatrique pour une femme sur deux,
- une grossesse inopinée dans 42,5 % des situations,

ÉTUDE MENÉE EN 2016

Extrait du mémoire présenté à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon pour l'obtention du Master Santé Publique et Environnement - Spécialité périnatalité : management et pédagogie : « Accompagnement des femmes enceintes en situation de vulnérabilité aux Hôpitaux Drôme Nord - Étude descriptive du staff pluridisciplinaire de périnatalité », Christelle Moreon, 2016.

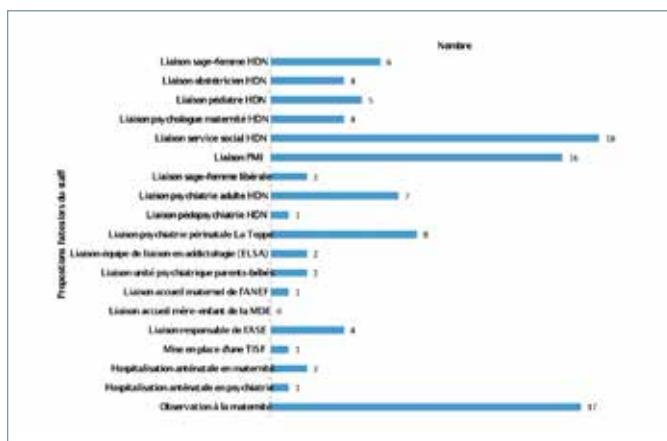
Dans une optique d'évaluation et de lisibilité au niveau institutionnel, nous avons entrepris en 2016 une étude observationnelle descriptive, rétrospective, de l'ensemble des dossiers présentés lors du staff de périnatalité des HDN entre juin 2013 et décembre 2015. L'objectif principal de l'étude était de décrire le devenir, six mois après l'accouchement, des mères et de leurs enfants dont le dossier avait été présenté au staff pluridisciplinaire de périnatalité des HDN entre le 1er juin 2013 et le 31 décembre 2015 et ayant accouché aux HDN entre ces dates. Au total, 40 dossiers ont répondu aux critères d'inclusion.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Les résultats ont montré qu'aucune dyade mère-enfant n'a été perdue de vue par les professionnels six mois après l'accouchement et que :

- 34 mères étaient à domicile six mois après l'accouchement avec leur nouveau-né, dont la moitié sans préoccupation exprimée de la part des professionnels. Pour l'autre moitié, le suivi avait été renforcé et des mesures éducatives administratives ou judiciaires avaient été mises en place : aide éducative à domicile (AED), aide éducative en milieu ouvert (AEMO), mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE) ;
- une femme bénéficiait d'un hébergement à l'accueil mère-enfant de la MDE

Figure 3 → Propositions faites lors du staff (n = 40), plusieurs propositions pouvant être faites pour une même situation



- un suivi de grossesse irrégulier pour une femme sur trois,
- une pathologie de la grossesse ayant nécessité une hospitalisation anténatale dans 25 % des situations.

L'étendue des propositions faites lors du staff a également été mise en avant (*figure 3*). Parmi ces propositions, 2,5 propositions en moyenne par situation ont été réellement mises en place au cours de la grossesse ou lors du séjour en maternité (ET = 1,5). De plus, aucune femme n'est rentrée à domicile à la sortie de la maternité sans accompagnement mis en place.

Enfin, parmi les 40 situations présentées au staff, 52,5 % (IC 95 % = 36,1-68,5) ont fait l'objet d'au moins une information préoccupante ou un signalement durant la grossesse, lors du séjour en maternité ou durant les six premiers mois de l'enfant, soit 21 situations. Dix informations préoccupantes ont été transmises en cours de grossesse, soit dans 25 % des situations (IC 95 % = 12,7-41,2). Quatre informations préoccupantes et quatre signalements au Procureur ont été transmis alors que les patientes étaient à la maternité. Enfin, deux informations préoccupantes soit et six signalements au Procureur ont été transmis durant les six mois suivant la naissance de l'enfant.

DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce travail a permis de mettre en avant que le staff de périnatalité des HDN permet une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée des femmes. 85 % des femmes ont pu rentrer à domicile avec leur nouveau-né à la sortie de la maternité, ce qui semble un taux assez élevé au vu de la complexité des situations présentées au staff. Aucune femme n'est rentrée à domi-

cile à la sortie de la maternité sans accompagnement spécifique et, six mois après la naissance de l'enfant, aucune situation n'a été perdue de vue. Au moins un professionnel mis en place grâce au staff pour accompagner la femme (ou le couple) à la sortie de la maternité était toujours en lien avec elle à

six mois ce qui témoigne d'une certaine confiance envers les professionnels. L'anticipation des situations grâce à ce staff a été démontrée, notamment par le fait qu'une information préoccupante, lorsqu'elle s'est avérée nécessaire, a été faite une fois sur deux pendant la grossesse. Ainsi, cette anticipation a permis de débuter l'évaluation médico-sociale tôt, durant la grossesse, et donc d'avoir un accompagnement renforcé à la sortie de la maternité.

Enfin, concernant les placements, cinq enfants étaient placés six mois après leur naissance, soit 12,5 % des situations, ce qui paraît un taux relativement faible par rapport, encore une fois, à la complexité des situations. Deux placements ont eu lieu à la sortie de la maternité et trois autres placements ont été réalisés durant les six mois qui ont suivi la naissance de l'enfant.

Un des placements réalisés à la sortie de la maternité a été très bien accepté par le couple parce qu'il a pu être travaillé durant la grossesse. L'enfant a été pris en charge directement par une famille d'accueil à la sortie de la maternité, ce qui est assez rare. Cela a été possible grâce à l'anticipation de cette situation. D'autre part, à ce jour, le lien mère-enfant est décrit par les professionnels comme solide, la patiente se « sent mère » selon ses mots et se rend à toutes les visites auprès de sa fille qui a aujourd'hui trois ans. Dans l'autre cas, le placement n'a pu être travaillé car aucun lien n'a pu être établi avec la patiente durant la grossesse, la patiente étant dans le déni de ses difficultés et ne venant pas à ses rendez-vous. Le placement n'a pas été accepté et le lien entre les parents et l'enfant n'a pu se créer. Une délégation

totale d'autorité parentale à l'ASE a même été demandée.

En réalité, lors du séjour en maternité, quatre enfants ont fait l'objet d'une ordonnance de placement provisoire (OPP), toutes judiciaires, mais seulement deux d'entre eux ont été placés à la sortie de la maternité. Un nouveau-né a ainsi été placé directement en famille d'accueil, l'autre à la pouponnière de la MDE à Bourg-lès-Valence. Les deux autres enfants, confiés sous la responsabilité du Président du conseil départemental, ont pu tout de même bénéficier, dans un cas d'un accueil mère-enfant à la MDE et dans l'autre, d'un retour à domicile avec un accompagnement par l'accueil maternel de l'ANEF. Ces deux enfants ont finalement été placés dans les six mois suivant la naissance.

Suite au départ de sa mère de l'accueil mère-enfant de la MDE, l'un des enfants a été confié à la pouponnière à l'âge de trois mois. L'enfant ayant bénéficié d'un retour à domicile avec un accompagnement par l'ANEF a été progressivement confié à une famille d'accueil en journée, puis la nuit, à l'âge de six mois, pour finalement bénéficier d'un placement séquentiel la semaine en famille d'accueil. Il rentrait au domicile des parents les week-ends et une partie des vacances scolaires.

Enfin, un enfant ayant bénéficié d'un retour à domicile à la sortie de la maternité avec un accompagnement PMI a également été placé à l'âge de trois mois. Ces trois placements ont été plus progressifs et accompagnés par des professionnels expérimentés. Ils ont permis aux parents de prendre conscience de leurs difficultés et d'accompagner les mesures de protection mises en place pour leur enfant pour deux situations sur trois. Une situation sur les trois est plus complexe du fait des fragilités psychiques de la mère et le lien avec son enfant est plus problématique à ce jour.

Ces situations montrent comment l'adhésion des femmes et des couples est fondamentale. Or, la littérature nous indique que les femmes en situation de vulnérabilité ont tendance à fuir le système de soins. Tout le travail effectué autour de ce staff, qui est centré sur la considération et la responsabilisation des femmes et des couples et la coordination des professionnels autour d'eux permettant aux parents de se sentir soutenus et acteurs de leur prise en charge, doit donc être poursuivi et encore amélioré.

LES POINTS FORTS DU STAFF

UNE ANIMATION ACTIVE DU STAFF GRÂCE À UN PSYCHIATRE EXTÉRIEUR AUX HDN

Grâce à une convention entre les HDN et la psychiatrie périnatale de l'Établissement médical de La Teppe, l'animation du staff est confiée au Dr Oguz Omay, psychiatre, professionnel extérieur aux HDN et qui est le garant de l'utilisation équitable du temps de parole, du respect du point de vue de chacun et de la construction d'un dialogue interprofessionnel fructueux grâce à une certaine impartialité dans les situations. De plus, des situations de psychiatrie périnatale lourdes et complexes mettant en difficulté les équipes y sont parfois discutées. Il intervient à ce titre en tant qu'expert.

DES LIENS FORTS CRÉÉS ENTRE LES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS DES HDN

Le point fort majeur du staff correspond aux liens solides qui ont pu se tisser au fil des années entre les professionnels des HDN. Ainsi, la collaboration entre la maternité et la néonatalogie a été améliorée. Lorsque l'enfant doit être pris en charge par la néonatalogie, notamment en cas d'attente d'un accueil à la pouponnière de la MDE, il n'existe plus de rupture dans l'accompagnement de l'enfant et de ses parents. Les pédiatres sont également informés des situations complexes et sont accompagnés dans leur mission de protection de l'enfance.

De même, une grande confiance a été établie entre la maternité et le service social des HDN qui travaillent en permanence ensemble. Des échanges quotidiens ont lieu, notamment entre l'assistante sociale référente de la maternité et la sage-femme coordinatrice de la maternité, les sages-femmes ou encore les auxiliaires de puériculture. Les équipes de maternité et de néonatalogie sont aujourd'hui beaucoup plus à l'aise et compétentes pour réaliser une réelle évaluation des situations au moment du séjour à l'hôpital (évaluation du lien mère-enfant et évaluation des compétences parentales). Les décisions sont ensuite toujours prises en concertation entre les professionnels de la maternité et du service social et, lorsqu'une annonce difficile doit être faite aux parents concernant la protection de leur enfant, cette annonce est maintenant faite systématiquement par un binôme de professionnels du service social et de la maternité.

UNE OUVERTURE VERS LES PROFESSIONNELS EXTÉRIEURS AUX HDN

Ce staff a permis aux équipes des HDN et ses partenaires extérieurs de mieux se coordonner face à des situations complexes d'un point de vue psychologique ou psychiatrique, de créer une culture commune sur la psychiatrie périnatale et de monter en compétence pour prendre en charge un certain nombre de situations. Un réel lien existe aujourd'hui entre la maternité,

la psychiatrie d'adultes du CH Le Valmont et l'équipe de psychiatrie périnatale de La Teppe. Ainsi, aujourd'hui, les situations de ces femmes ne sont plus l'objet de préoccupations puisqu'elles ont été parfaitement repérées et adressées aux professionnels compétents. De plus, en cas de besoin, les professionnels de la psychiatrie viennent à la maternité, ce qui permet de sécuriser les équipes.

Des liens étroits ont également pu se tisser avec les partenaires comme la PMI ou encore les différents services de l'ASE qui ont pu assister au staff et ainsi comprendre son fonctionnement. Les sages-femmes de PMI travaillent avec le service social et les sages-femmes des HDN avec qui elles sont en lien très régulièrement. Le cadre du service social est en contact téléphonique permanent avec les responsables de la protection de l'enfance de la Drôme pour tout conseil ou, en cas de nécessité, de mesures en urgence. Contrairement à ce qui pourrait se passer dans d'autres hôpitaux, la spécificité des HDN est que le service social est l'unique interlocuteur de l'ASE et du Procureur de la République.

LA SPÉCIFICITÉ DES HDN EST QUE LE SERVICE SOCIAL EST L'UNIQUE INTERLOCUTEUR DE L'ASE ET DU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE.

LE STAFF

Dr Patricia GUGLIELMINO (pédiatre), Christelle FARNIER (SF HDN), Valérie COISSIEUX (SF libérale), Christelle MOREON (SF coordinatrice de la maternité HDN), Corinne POURRE (SF de coordination HDN), Dr Valérie GELIN (psychiatre CH Le Valmont), Damien VEYRIER (cadre socio-éducatif HDN), Michelle JULIEN (SF PMI Ardèche), Dr Oguz OMAY (psychiatre La Teppe), Mélanie PELESE (IDE de coordination La Teppe), Yvette KLEIN-WURTZ (psychologue maternité HDN).



Photo// ©Christelle Moreon

LE STAFF EN QUELQUES CHIFFRES*

10 réunions

26 situations présentées

27 à 31 professionnels en moyenne par réunion

90 professionnels provenant de 28 structures ou services différents ont participé au staff dont 40 pour la première fois

* Chiffres 2015

Tous les signalements ou informations préoccupantes sont validés et visés par le cadre socio-éducatif. Ces liens facilitent largement le travail au quotidien et permettent une coordination plus efficace autour des situations difficiles de périnatalité en interne, mais aussi pour les partenaires qui n'ont qu'un seul interlocuteur.

L'ouverture faite aux partenaires extérieurs du champ médico-social est aussi un point positif, permettant notamment une meilleure connaissance des dispositifs alternatifs à un placement d'enfant directement à la sortie de la maternité, comme l'accueil maternel de l'ANEF ou l'accueil mère-enfant de la MDE.

UNE ANTICIPATION DES SITUATIONS

Les femmes enceintes en situation de vulnérabilité, avec une forte interrogation quant au devenir de l'enfant à naître, sont prises en charge grâce à ce dispositif dès l'anténatal. La femme ou le couple sont alors inscrits dans un parcours de soins pluridisciplinaire et coordonné. L'évaluation des situations par les professionnels de la PMI peut débuter dès la grossesse, permettant ainsi d'éviter des prises de décision en urgence. Le suivi d'un enfant en danger et *a fortiori* le placement d'un enfant peut et doit se travailler dès la grossesse pour permettre aux futurs parents d'être acteurs de la protection de leur enfant et pas seulement coupables ou victimes de décisions imposées en urgence et non anticipées. Le but est d'éviter le plus possible les séparations complètes et brutales. Le but est également de mettre en place un suivi des enfants à long terme pour prévenir notamment les troubles du développement psychoaffectif des enfants et les risques de maltraitance.

LA FORMATION

Grâce à une analyse pluridisciplinaire et en profondeur des situations, le staff a permis au fil des années une réelle montée en compétences des équipes pour prendre en charge les situations complexes. Il permet en permanence un ajustement des pratiques professionnelles. Une reprise des cas les plus complexes dans un but pédagogique est parfois proposée lors des groupes Pivot, à l'établissement médical de La Teppe.

D'autre part, formateur en psychothérapie interpersonnelle (PTI), le Dr Oguz Omay vise à inculquer une dynamique de travail commune autour de cet outil, dans le but de permettre une amélioration des pratiques professionnelles. Initialement conçue comme une psychothérapie brève pour traiter la dépression majeure, la PTI a fait l'objet de nombreuses recherches. Elle s'inspire de plusieurs théories comme la théorie de l'attachement ou la théorie de la communication, tout en soulignant les facteurs psychosociaux précipitant la détresse psychique. Il s'agit d'une approche particulièrement adaptée aux situations de périnatalité. Elle met l'accent sur le réseau social de soutien, vise à améliorer la communication et le fonctionnement interpersonnels.

Le but est de :

- mieux comprendre le vécu et les besoins des mères, couples et familles en souffrance ;
- rendre possibles de meilleures prises en charge, notamment en situation pluridisciplinaire ;
- soutenir la virtuosité relationnelle des professionnels de terrain quels que soient leur qualification ou niveau d'expérience.

La PTI est donc un outil qui paraît particulièrement adapté pour la prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité, notamment pour prévenir les ruptures

dans la continuité des soins et éviter les inadéquations institutionnelles.

Pour exemple, lors de l'analyse d'une situation, la question de la retranscription du staff à la patiente est posée : qui est l'interlocuteur privilégié de la patiente ? qu'est ce qui peut lui être dit ? avec quels termes ? De même, l'entourage de la patiente ou du couple est systématiquement exploré : y a-t-il des personnes présentes autour de cette patiente : famille, amis, professionnels... ? Est-il possible de les rencontrer ? Est-il possible de s'appuyer sur eux ?

CONCLUSION

Malgré les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ces dernières années (4 ; 5 ; 6) et la publication par la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) d'un guide intitulé « *Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité et de vulnérabilité* » en 2014⁽⁷⁾, la mise en place de staffs de coordination permettant aux professionnels d'échanger sur les situations de vulnérabilité des femmes enceintes et des nouveau-nés ne sont toujours pas présents partout ou insuffisamment formalisés en France^(8, 9). Le staff pluridisciplinaire de périnatalité de Romans est un exemple de staff de coordination anténatal. Grâce à ce dispositif, les prises en charge des patientes en situation de vulnérabilité ne constituent plus un défi pour les équipes. L'étude menée en 2016 a permis de démontrer ces bénéfices en termes de liens créés entre les professionnels sur le territoire, de montée en compétences des équipes pour prendre en charge ces situations complexes et d'anticipation des situations. Cependant, même si ces liens apparaissent solides, le turn-over des professionnels nécessite d'être vigilant et de poursuivre cette activité avec la même dynamique. •

LES MOTS D'AGNÈS BELERY, SAGE-FEMME COORDINATRICE DU PÔLE FEMME-ENFANT DES HDN

Ce staff est né d'une part d'une volonté d'améliorer le suivi et l'accompagnement de ces patientes aux parcours complexes sans les stigmatiser et avec bienveillance, mais également d'une nécessité de mieux communiquer entre les différents professionnels, de se comprendre, de se reconnaître et donc de partager une culture commune.

Ce travail de Master 2, par son analyse des situations cliniques, a observé le devenir des enfants et des mères, il permet une évaluation de nos pratiques et du parcours de ces patientes. Il a conforté nos intuitions, en permettant la formalisation d'outils structurants lui donnant encore plus de légitimité.

4 QUESTIONS À DAMIEN VEYRIER, CADRE SOCIO-ÉDUCATIF DES HDN

1 Que pensez-vous du staff périnatalité?

Le staff s'inscrit pleinement dans la mission PASS périnatalité des Hôpitaux Drôme Nord. En effet, depuis 2008, nous avons développé une PASS spécifique aux questions de périnatalité.

2 Qu'est-ce que la PASS?

Cela signifie Permanence d'Accès aux Soins de Santé. C'est la loi d'orientation de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 qui a prévu la prise en compte de la précarité par le système de santé, avec l'affirmation d'une nouvelle mission de l'hôpital, la lutte contre l'exclusion sociale par la mise en place des PASS. L'objectif des PASS est d'offrir aux personnes vulnérables des dispositifs d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins. La circulaire du 18/06/2013 a encore renforcé ses missions et rappelle l'importance :

- de développer une offre de soins de proximité pour aider et accompagner les personnes en situation de précarité, à s'engager et poursuivre un parcours de soins adapté à leurs besoins;
- d'agir à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients et construire un partenariat institutionnel élargi;
- d'effectuer un repérage des patients, repérage devant être réalisé par l'ensemble des professionnels hospitaliers.

À la lecture des missions évoquées, on comprend tout de suite que la périnatalité fasse partie intégrante de la PASS aux Hôpitaux Drôme Nord.

3 Le staff est donc inscrit dans la mission PASS périnatalité?

Tout à fait, même si la PASS périnatalité est bien plus large que le staff. Au staff, nous traitons uniquement des situations de vulnérabilité complexes, avec des difficultés multiples, notamment psychiatriques. Mais notre activité globale est bien plus large et nous accompagnons des femmes enceintes en situation de précarité sociale, financière, liée au logement ou encore pour l'ouverture de droits des femmes étrangères en situation irrégulières.

L'anticipation et l'accompagnement au plus tôt sont nos priorités absolues. Permettre aux femmes d'accéder aux soins, donc à un suivi de grossesse régulier et penser leur intégration dans la cité pour leur permettre, à la naissance de l'enfant, de pouvoir l'accueillir de manière digne.

4 Pour finir, quelle est la place du service social au sein du staff?

Le service hospitalier, par définition, fait le lien entre les services hospitaliers et les partenaires extérieurs. Il a une parfaite connaissance des institutions et de leurs missions. Il est aussi formé et compétent pour traiter des questions de protection de l'enfance. Sa place est donc naturelle et légitime au sein d'un staff périnatalité. C'est pour ces raisons que nous préparons l'ordre du jour, sélectionnons les dossiers à présenter avec les sages-femmes coordinatrices de maternité et invitons les professionnels concernés par ces situations.

Le fait que je suis membre du comité de pilotage de la CRIP (cellule de recueil des

informations préoccupantes) et de l'ODPE (Observatoire Départemental de la Protection de la Drôme) permet aussi d'inscrire la PASS périnatalité au niveau des instances départementales. Nos liens avec le Tribunal de Grande Instance (procureur et juge des enfants) facilitent aussi grandement le travail partenarial.

Pour conclure, je dirai que le service social est un des rouages essentiels de ce dispositif. Seul, il ne peut rien faire, mais en facilitant les liens, il permet des prises en charge adaptées, surtout dans les situations les plus complexes. Ce que certains appellent l'intelligence collective, avec une place centrale laissée à la femme enceinte, sans jamais perdre de vue l'intérêt de l'enfant à naître. •

Bibliographie

1. France. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Plan périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité [en ligne]. Paris : 2004 [consulté le 27/02/2015]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
2. France. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n° 0167 du 22 juillet 2009, p 121984.
3. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes : Recommandations professionnelles. [en ligne]. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2005 [consulté le 30/04/2016]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmesenceintes?xtmc=&xtcr=1
4. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité : Recommandations professionnelles [en ligne]. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2005 [consulté le 30/04/2016]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-etalaparentalite?xtmc=&xtcr=1
5. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. [en ligne].
- Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2007 [consulté le 30/04/2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmesenceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
6. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité [en ligne]. Guide pratique. Paris : CNNSE ; 2014 [consulté le 19/05/2016]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des_femmes_en_situation_de_precarite_ou_de_vulnerabilite.pdf
7. Creutzmeyer G. Périnatalité et vulnérabilité en alsace État des lieux de l'existant [en ligne]. Réseau périnatal Naître en Alsace ; 2015 [consulté le 24/03/2016]. Disponible sur : http://www.naitreenalsace.fr/wpcontent/uploads/2014/11/2015_NEA_Etat_lieux_vulnerabilite_alsace.pdf
8. Dufour V. Aspects périnataux de la maltraitance - Bilan d'activité des staffs de parentalité à Paris : quelle réponse pour quel type de difficultés ? J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005 ; 34 Suppl 1 : 2S74-2S77.

motilio®

Recommandé par
les Sages-Femmes

- Enrichi en vitamines et minéraux importants pendant la grossesse

- N'attendez pas d'être enceinte pour en consommer

- Variez les plaisirs avec deux parfums

Pomme
Cranberry
Raisin

Orange
Mangue
Banane



Smoothie



- 100 % Fruits
- Sans sucres ajoutés
- 1 bouteille par jour



Faites le plein de vitamines
fruitées toute l'année !

Vendu par pack de 4 bouteilles de 200 ml.
Déjà disponible sur notre boutique Internet :
www.francebebe.fr/shop/

www.francebebe.fr



DOSSIER

Assistance Médicale à la Procréation et Parentalité



Vaste dossier... où les deux notions sont intimement liées. En effet, l'AMP a ouvert la procréation et de multiples combinaisons de parentalité au-delà des possibilités de la nature : infertilité, âge, sexualité...

Nous aborderons ce dossier en deux temps afin de mieux comprendre les enjeux.

Cette première partie s'intéresse à l'évolution historique de ces deux sujets.

SOMMAIRE DU DOSSIER

17

DU COUPLE
HOMOSEXUEL FÉMININ
À L'HOMOPARENTALITÉ.
PERCEPTION DU CORPS
MÉDICAL PAR LES FEMMES

24

ESSOR ET ÉVOLUTION
DE L'ASSISTANCE
MÉDICALE À LA
PROCRÉATION
JUSQU'EN 2012

Du couple homosexuel féminin à l'homoparentalité

PERCEPTION DU CORPS MÉDICAL PAR LES FEMMES

INTRODUCTION

Bourdieu estimait déjà à son époque que la famille, loin d'être « une donnée immédiate de la réalité sociale », était effectivement « un instrument de construction de cette réalité. »^[1]

Jacques Commaille, dans la même lignée, énonce qu'aujourd'hui « la famille ne s'impose plus aux individus comme une institution immuable à laquelle ils n'ont comme choix que celui de s'ajuster. Ils se donnent désormais le droit de concevoir l'organisation de leur univers privé en fonction de leurs propres aspirations et en référence à des valeurs qui prétendent relever tout autant de l'intérêt général que celui des enfants éventuellement concernés. »^[2]

Il y aurait donc « mille et une façons de faire famille » selon le sociologue français.^[2]

L'une d'entre elles fait débat depuis son existence : la famille homoparentale. Elle s'est retrouvée récemment au cœur des discussions, en France, avec l'adoption de la loi sur le mariage et l'adoption chez les couples homosexuels, en mai 2013.

→ La parenté en question

■ Définitions

Selon l'INSEE, « une famille est la partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée :

- soit d'un couple vivant au sein du ménage avec, le cas échéant, son ou ses enfants appartenant au même ménage,
- soit d'un adulte avec son ou ses enfants appartenant au même ménage.

Pour qu'une personne soit enfant d'une famille, elle doit être célibataire et ne pas avoir de conjoint ou d'enfant faisant partie du même ménage. »^[3]

Selon Claude Lévi Strauss, « la famille est une communauté d'individus réunis par des liens de parenté existant dans toutes les sociétés humaines. »^[4]

Extraits de Mémoire présenté et soutenu en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme, par Cybill JARRY, Promotion 2015. Université de Versailles - Saint Quentin en Yvelines UFR Médicale des Sciences de la Santé Simone Veil.

École de Sages-femmes Hôpital Foch-Suresnes.

D'un point de vue anthropologique et ethnologique, la parenté regroupe l'ensemble des personnes unies par des liens familiaux, que cela soit par filiation ou par alliance (on parlera de système de parentalité). Le parent c'est celui qui est de la même famille.

Dans le langage commun, la parenté désigne une relation sociale privilégiée, consanguine ou non, fondée sur l'existence réelle ou supposée, d'une filiation commune, d'une alliance ou d'une adoption. Selon les sociétés, elle donne droit à des droits et des obligations particuliers.

Selon Irène Théry, le parent, dans nos sociétés actuelles, est défini non plus uniquement par une seule composante, celle biologique, mais par une pluralité de composantes, notamment domestique (c'est-à-dire celui qui élève l'enfant sous son toit), généalogique et sociale. Ces composantes se conjuguent de manière complexe.

En droit, la filiation est définie par le lien juridique qui relie l'enfant à sa mère et à son père. Elle implique des droits et des devoirs. Cette union revêt un caractère primordial puisqu'elle constitue, avec l'appartenance sexuelle, l'un des fondements de l'identité d'une personne.

■ Les principaux courants

Claude Lévi Strauss, dans *Les structures élémentaires de la parenté*, paru en 1947, met en évidence que la prohibition de l'inceste est désormais la base de toute organisation sociale. Les structures de parenté sont liées fortement aux formes de l'échange : au sein d'une famille, elles remplissent une fonction primordiale qui est celle de codifier les règles du mariage entre membres d'une famille. Cet interdit soumet donc l'union sexuelle à une règle culturelle, celle de l'obligation d'échanger. >



Claude Lévi Strauss, dans *Les structures élémentaires de la parenté*, paru en 1947, met en évidence que la prohibition de l'inceste est désormais la base de toute organisation sociale.

Dans *Métamorphoses de la parenté*, Maurice Godelier met en lumière, quant à lui, que la famille répond moins à un besoin de reproduction qu'aux idées politiques et surtout religieuses des sociétés humaines.

D'autres normes existent, et donc d'autres types de familles comme l'explique Agnès Martial, par l'exemple des familles recomposées.

L'anthropologue Jack Goody, dans *La famille en Europe*, contredit le fait que l'on soit passé d'un schéma de grandes familles communautaires à celui d'une famille restreinte dite nucléaire (père, mère et enfant). Les évolutions récentes démontrent le contraire et l'éclatement du modèle nucléaire.

■ L'évolution de la famille

Jusque dans les années 1960, le modèle familial père-mère-enfants connaît son âge d'or. La répartition des rôles est alors établie: celui du père est matériel, le pourvoyeur des ressources financières et détenteur de l'autorité (autorité paternelle), celui de la mère, épouse du père, est affectif, la maîtresse de maison.

À la fin de ces années, ce modèle familial est remis en cause. Le *pater familias* est mis à mal par la loi du 4 juin 1970: on ne parlera plus d'autorité paternelle mais d'autorité parentale, partagée équitablement entre le père et la mère (« *Dans tous les textes où il est fait mention de la puissance paternelle, cette mention sera remplacée par celle de l'autorité parentale* »^[5]). Des chiffres marquant l'état de la famille démontrent que d'autres modèles émergent. Ceux-ci ont été favorisés par l'émancipation des femmes (la femme entre sur le marché du travail) et leur revendication quant à une égalité hommes-femmes. La crise du mariage, le développement des procréations médicalement assistées ainsi que de l'adoption font surgir de nouvelles formes familiales. Le nombre de divorces augmente: en 1963, la fréquence était de 10 divorces pour 100 mariages, elle atteint 42,5 pour cent en 2003, 44,7 pour cent en 2011.^[6]

Les familles se constituent de plus en plus tard, les mariages sont de plus en plus rares à l'opposition des divorces. Les lois évoluent en même temps que les mœurs avec notamment la création du Pacs (pacte civil de solidarité) en 1999 qui est conclu entre deux personnes majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune.

■ La filiation

Les anthropologues définissent différents types de filiation

On retrouve dans certaines sociétés, qu'elles soient anciennes ou contemporaines, une filiation dite "patrilinéaire" ou "matri-linéaire", c'est-à-dire que la filiation n'est définie que par un seul sexe. Les droits et les devoirs liés à celle-ci ne passent que par les hommes ou que par les femmes; seule une ligne généalogique est reconnue.

Le modèle européen repose sur un type de filiation différente, celle "bilatérale" ou "cognatique". Les droits et les devoirs liés à la filiation sont répartis de manière égale entre la lignée maternelle et paternelle. La définition des liens de consan-

guinité n'est donc pas dictée par un fait biologique universel mais est socialement instituée et variable. D'ailleurs, l'exemple de l'adoption plénitaire est manifeste: celle-ci fait de l'adopté le fils de ses parents adoptifs et par là même oblige à l'interdit de l'inceste.

Néanmoins, le système bilatéral de filiation fait de l'enfant le fils ou la fille d'une seule mère et d'un seul père. La procréation médicalement assistée, l'adoption ainsi que les familles homoparentales relancent le débat.

Une autre problématique se pose quant à la filiation

On peut distinguer la filiation biologique de celle domestique et de celle généalogique.

Le parent biologique d'un enfant est son géniteur, la composante repose sur la reproduction. Le parent domestique ou social est celui qui l'élève sous son toit. Par le biais d'une cohabitation physique, dans le même domicile, le parent et l'enfant partagent et échangent. Le parent a donc une responsabilité éducative. Du fait d'une augmentation des ruptures d'unions, la composante domestique a pris un essor considérable. Il n'est pas rare, effectivement, de voir un enfant, n'ayant aucun lien concret avec son père biologique, considérer son père domestique ou dit "beau-père" comme son vrai père, biologiquement parlant. Néanmoins, la séparation familiale n'efface pas complètement le sentiment d'appartenance des enfants de parents séparés: ils parlent aussi de leur "vrai père" pour désigner celui qui les a engendrés, en cherchant désespérément à renouer contact.

Les composantes biologique et domestique peuvent ne pas suffire: l'ajout de la composante généalogique est alors essentiel pour définir un parent. Celle-ci inscrit chaque individu dans une communauté sociale, régie par des droits, des devoirs et des interdits. Il devient alors une pièce dans un chaînon générationnel, qui survivra au temps: l'enfant est enfant d'un parent mais il deviendra parent d'un enfant qui deviendra lui-même parent d'un autre enfant. Le parent, dans sa dimension généalogique, n'est pas celui qui engendre ni qui éduque, il est celui qui transmet.

■ L'évolution de la filiation

Dans les années 1960, le lien de l'enfant à son père et à sa mère n'était établi que parce qu'il était né d'une femme mariée, épouse du père. L'établissement de la filiation d'un enfant de parents mariés était par conséquent automatique. Les enfants nés hors mariage – fait peu recensé à cette époque – devaient être reconnus par leur père avant ou après leur naissance.

À la fin des années 60, d'autres lois apparaissent et marquent une évolution de la filiation. Tout d'abord, la loi de 1966 sur l'**adoption plénière** donne la possibilité à l'enfant adopté de rompre tout lien de filiation avec ses parents biologiques. Il n'est donc plus légalement l'enfant de Monsieur et Madame X, mais celui de Monsieur et de Madame Y. La loi de 1972 sur la filiation naturelle permet aux concubins d'intégrer pleinement leurs enfants dans leur lignée, sans passer par le mariage. Aujourd'hui, qui dit filiation ne dit donc plus exclusivement mariage. Qui dit procréation ne dit donc pas exclusivement sexualité avec l'exemple de la procréation médicalement

“

Aujourd’hui, qui dit filiation ne dit donc plus exclusivement mariage. Qui dit procréation ne dit donc pas exclusivement sexualité avec l’exemple de la procréation médicalement assistée.

77

assistée. Cependant, en France, la filiation reste cognatique et donc bilatérale: on ne peut avoir qu’un seul père et qu’une seule mère.

Même l’adoption plénière repose sur ce fait: l’adopté renonce à ses parents biologiques. Les géniteurs sont alors exclus. Les beaux-parents, quant à eux, arrivent, grâce à la **loi du 4 mars 2002 sur la délégation de l’autorité parentale**, à bénéficier d’une reconnaissance d’une autorité parentale, mais qui reste partielle. Enfin, les familles monoparentales, composées d’un parent isolé et d’un ou plusieurs enfants célibataires, ne dérogent pas à la règle de la biologie.

On revient donc toujours à cette même problématique: la parenté repose sur un fait initialement biologique (engendrement ou procréation). Elle ne peut donc désigner que deux personnes, et qui plus est, deux personnes de sexe différent. Chez les familles homoparentales, l’idée de deux seuls parents de sexe différent n’est pas possible.

Selon Martine Gross, « *les homoparents nous confrontent à une impasse logique: soit avoir plus de deux parents; soit avoir deux seuls parents, mais de même sexe; soit être un parent seul qui ne prétend pas avoir pu, même fictivement, concevoir son enfant* »^[7]. L’homoparentalité implique, par conséquent, nécessairement la pluriparentalité, c'est-à-dire un ensemble de personnes qui possèdent à des niveaux très divers des positions parentales vis-à-vis de l’enfant, aussi limitées soient-elles: le don de sperme ou d’ovocyte (avoir contribué à sa procréation), ou contribuer à son éducation et à son entretien.

→ L’homoparentalité

■ Définitions

L’homoparentalité désigne « *les situations (biologiques, psychologiques ou légales) dans lesquelles un enfant a deux parents du même sexe, ou l’ensemble des situations dans lesquelles l’enfant a au moins l’un de ses deux parents qui se définit comme homosexuel ou lesbienne.* »^[8]

Selon l’INED, « *une famille homoparentale réunit un parent ou un couple de parents dont l’orientation homosexuelle est clairement reconnue et un ou plusieurs enfants légalement liés à l’un des parents au moins.* »^[9]

■ La difficile mesure de l’homoparentalité

La notion d’homoparentalité est récente. Le débat qui a suivi la création du Pacte civil de solidarité en 1999, le militan-

tisme de nombreuses associations homosexuelles telles que l’association des parents gays et lesbiens, mais principalement la volonté de reconnaissance des familles homoparentales mises à l’ombre en France mais dévoilées dans certains pays (Belgique, Danemark, Espagne), ont popularisé cette notion. La difficulté de mesure de l’homoparentalité tient au fait qu’elle recouvre de multiples configurations. Le recensement est donc souvent partiel: d’une part la non-explicitation d’une vie de couple homosexuel, d’autre part la non-cohabitation des couples avec des enfants partagés entre les domiciles maternel et paternel (coparentalité).

La dernière étude publiée par l’Insee date de février 2013 et s’intitule *Le couple dans tous ces états*. Elle confirme le fait que les couples homosexuels sont peu nombreux: près de 200 000 personnes déclarent vivre en couple avec une personne de même sexe. Quant à l’association des parents gays et lesbiens, en tenant compte de la pluralité des configurations familiales, elle avance le chiffre de 200 000 à 300 000 enfants, vivant dans des familles homoparentales.

■ Une pluralité de situations

Comment les homosexuels font-ils pour fonder une famille? Bien que les familles homoparentales ne soient pas encore très nombreuses en France, la diversité de leur configuration constitue aujourd’hui l’un des terrains les plus riches à observer du point de vue de la pluriparentalité.

Enfant né d'une relation hétérosexuelle

Si l’enfant naît d’une précédente relation hétérosexuelle, et que, par la suite, l’un des deux parents vit, après séparation, avec une personne de même sexe que lui, il entre alors en contact avec un autre adulte. Celui-ci aura un statut très proche qu’ont les beaux-pères et les belles-mères dans les familles recomposées.

Cas de l’adoption

L’enfant mineur (âgé de moins de quinze ans) peut être adopté en France par un ou une célibataire (âgé de plus de 28 ans, disposant de l’agrément pour adopter un enfant, et la différence d’âge entre l’adoptant et l’adopté doit être supérieure à 15 ans au moins). L’orientation sexuelle de l’adoptant n’est pas prise en compte lors du processus d’adoption.

Avant 2005, l’homosexualité était un motif de refus dans une procédure d’adoption. Depuis le 1^{er} janvier 2005, la discrimination liée à l’orientation sexuelle est punie par la loi. Or, le demandeur peut vivre en couple, avec un partenaire du même sexe. L’enfant est alors en relation avec l’autre membre du couple. Dans ce cas, sa situation est très proche de l’enfant adopté par un ou une célibataire, qui vit avec un partenaire de sexe différent.

Coparentalité

Dans une coparentalité, la vie conjugale est séparée de la vie parentale.

La configuration de coparentalité s’apparente à celle de la famille recomposée. Néanmoins, elle n’est pas la conséquence d’une rupture d’un couple, mais d’un projet de parentalité

construit par deux, trois ou quatre parents, selon que les personnes concernées soient en couple ou vivent seules. On parlera fréquemment de familles pluriparentales. La loi française ne reconnaît pas qu'un enfant puisse avoir plus de deux parents. Ainsi, seuls les parents biologiques sont reconnus légalement, l'autre ou les autres parents sont apparentés à des "parents sociaux".

L'enfant a par conséquent deux lignées familiales, deux résidences alternées et, outre son père et sa mère biologiques, il a également des beaux-parents qui peuvent se satisfaire de ce statut ou désirer légaliser leur lien à l'enfant (co-père ou co-mère, statut interdit en France).

Pascal Pellegrino, journaliste de formation, raconte dans son livre "*Papa gay, Lettre à mon enfant interdit*" son parcours de père homosexuel qui a conçu un enfant avec une amie lesbienne. Il y décrit la vie quotidienne de sa fille, partagée entre le domicile paternel et celui maternel, dès sa naissance: «... étant donné que Roxane était nourrie à la fois au sein et au biberon, j'ai pu la prendre chez moi une semaine [...]. Juste avant que j'emmène notre fille, elle m'a lancé: "Tu sais, elle doit s'habituer à cette situation. L'erreur serait de ne pas l'y accoutumer dès le départ." »^[10]

La procréation médicalement assistée

Définitions

L'assistance médicale à la procréation ou procréation médicalement assistée est l'ensemble des techniques ou traitements qui prend en charge médicalement l'infertilité (diminution de la fertilité) ou la stérilité (impossibilité d'avoir des enfants).

Selon l'article L. 2141-1 du Code de la santé publique et tel que modifié par la loi de bioéthique du 6 août 2004, « *l'assistance médicale à la procréation s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence de la biomédecine. La stimulation ovarienne, y compris lorsqu'elle est mise en œuvre indépendamment d'une technique d'assistance médicale à la procréation, est soumise à des recommandations de bonnes pratiques.* »^[11]

L'aspect légal

La procréation médicalement assistée est encadrée par la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique et par le Code de la santé publique. L'objectif est de « *remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité.* »^[12]

Selon l'article L. 2141-2, « *l'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans et consentant préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination.* »^[13]

La procréation médicalement assistée, pour les couples homosexuels ainsi que pour les célibataires, n'est pas autorisée. Rappelons en effet que la loi sur le mariage homosexuel et l'adoption n'a rien changé sur le sujet en France.

Même si aucune limite d'âge n'est clairement formulée, la prise en charge par l'assurance maladie est fixée au 43^e anniversaire de la receveuse.

Dans les autres pays

Les Françaises homosexuelles n'hésitent donc pas à se rendre hors de France pour bénéficier des techniques de procréation médicalement assistée. Celle-ci est autorisée pour les couples de même sexe dans sept pays européens : la Belgique, le Danemark (pour les femmes mariées uniquement), l'Espagne, la Finlande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède.

L'insémination artificielle

L'insémination artificielle est la plus ancienne méthode de procréation médicalement assistée mais également la plus utilisée. Après un cycle naturel ou après stimulation artificielle de l'ovulation, le sperme est déposé au sein du col de l'utérus. Le donneur peut être connu : au sein d'un couple hétérosexuel, le donneur est le mari (s'il n'y a pas de problème de fertilité), au sein d'un couple homosexuel, il n'est pas rare de voir certaines homosexuelles demander à leurs amis proches de les aider à tomber enceintes (appelé alors "méthode naturelle"). Le donneur peut aussi être inconnu.

La fécondation in vitro

La première étape consiste à administrer à la femme un traitement hormonal pour augmenter le nombre de follicules produits par les ovaires et contrôler le moment de l'ovulation. La femme doit d'abord prendre un médicament hormonal, habituellement une gonadolibérine ou agoniste de la GnRH (*Gonadotropin Releasing Hormone*) afin de mettre les ovaires au repos. Puis la femme s'injecte un autre médicament hormonal (la FSH, *Follicule Stimulating Hormone*) afin de stimuler les follicules pour les mener à maturation et leur permettre de produire plusieurs ovocytes. Lorsque les follicules ont assez grossi et que les niveaux d'hormones sont adéquats, l'ovulation est déclenchée par une injection d'hormone hCG (*Human Chorionic Gonadotropin*). L'échographie pelvienne par ultrason et des prises de sang sont utilisées à chaque étape pour évaluer la croissance des follicules.

Les ovaires de la femme produisent et libèrent habituellement un seul ovule par cycle. Bien que cela suffise pour une conception normale, la conception artificielle demande plus de possibilités. Il est donc nécessaire de stimuler l'activité ovarienne de la patiente. Les médicaments administrés lors d'un traitement en fécondation in vitro provoquent le développement de plusieurs follicules ovariens, augmentant ainsi le nombre possible d'ovules.

Après 32 à 36 heures de stimulation hormonale, les ovocytes mûrs sont prélevés. Les ovocytes sont ensuite sélectionnés en laboratoire. Le sperme est prélevé quelques heures auparavant (ou décongelé le jour même) et les spermatozoïdes sont séparés du liquide séminal et conservés à 37 °C.

Quelques heures après leur récolte, les spermatozoïdes et les ovocytes sont mis en contact dans un liquide de culture pendant plusieurs heures à la température du corps. Les spermatozoïdes mobiles viennent spontanément, sans aide

extérieure, au contact de l'ovocyte. Mais un seul spermatozoïde féconde celui-ci.

De 2 à 5 jours après la fertilisation, un ou deux embryons sont transférés dans l'utérus de la femme. L'embryon est introduit à l'intérieur de l'utérus et s'y développe jusqu'à son implantation.

L'adoption

La loi adoptée en 2013 sur le mariage et l'adoption par les couples homosexuels permet aux épouses des mères portant l'enfant de l'adopter après la naissance.

La gestation pour autrui

La gestation pour autrui est une méthode qui consiste à solliciter, en cas d'infertilité féminine, une mère porteuse qui prend en charge le développement *in utero* d'un embryon fourni par un couple. À la naissance, la mère porteuse remet l'enfant à ses parents biologiques. Cette pratique n'est pas autorisée en France et dans beaucoup d'autres pays, du fait de la critique qu'elle engendre: la commercialisation du corps humain et le développement du "tourisme génétique". Les couples homosexuels hommes la revendent afin de pouvoir eux aussi accéder à une parentalité.

La question de la gestation pour autrui ne sera pas abordée dans ce mémoire, notre étude se concentrera sur les couples homosexuels féminins.

→ L'évolution du droit homosexuel

■ La discrimination selon l'orientation sexuelle

De tout temps, et à travers les siècles, les homosexuels ont été rejetés des sociétés, étant considérés comme des parias. Les mentalités étaient profondément imprégnées par la religion catholique, qui considérait les relations homosexuelles comme un crime contre l'humanité, une perversion de la nature créée par Dieu.

Jusqu'au XVIII^e siècle, les lois régissant les relations homosexuelles les classaient comme "contre nature", et méritant la mort. Claude Joseph de Ferrière, juriste français, décrivait en 1769 la relation sexuelle entre deux personnes de même sexe comme une luxure abominable: « *On appelle luxure abominable celle qui consiste dans la bestialité, l'inceste, la sodomie, le commerce impudique des femmes luxuriant avec elles-mêmes, qui sont tous crimes exécrables qui proviennent de l'impiété et de l'irréligion, et qui méritent peine de mort.* »^[14]

La Révolution française, avec le Code pénal adopté en octobre 1791, dériminalise les relations homosexuelles. Néanmoins, la police administrative, créée avant la Révolution française et intensifiée jusqu'au Second Empire sous Napoléon Bonaparte, menait une politique de recensement écrit, sous forme de fiches, afin de pouvoir identifier les homosexuels, les prostituées homosexuelles et les travestis.

L'objectif de ce fichage était de prévenir chantages et autres scandales publics (outrage public à la pudeur ou attentat à la pudeur) et d'encadrer la prostitution. La dépénalisation ne signifiait pas pleine liberté ou une égalité totale. En effet, les personnes coupables d'homophobie n'étaient pas à cette époque poursuivies par la justice. L'homosexualité n'était



Les homosexuels hommes étaient donc déportés, marqués d'un triangle rose, au même titre que les juifs, et considérés comme appartenant à des "sous-races".



plus punie pénalement mais elle restait réprouvée jusqu'au XIX^e siècle, notamment par les bourgeois. C'est probablement vers 1869 que le mot *homosexualité* serait apparu, époque connue pour son développement de la médecine qui la considérait comme une maladie mentale.

Le Code Napoléon, voté le 21 mars 1804, discriminait selon l'orientation sexuelle, en fixant la majorité sexuelle à 15 ans pour les hétérosexuels et à 18 ans pour les homosexuels.

Sous le gouvernement Pétain, après la défaite de la France face à l'Allemagne et à son ralliement au Reich d'Hitler, la pénalisation de l'homosexualité a été à nouveau mise en place, sur le modèle allemand, en août 1942. Une mesure discriminatoire était de nouveau ajoutée: les pratiques homosexuelles en dessous de la majorité (21 ans, majorité civile) étaient punies pénalement. Les peines encourues pouvaient aller de 3 à 6 mois de prison, associées à des amendes. Les homosexuels hommes étaient donc déportés, marqués d'un triangle rose, au même titre que les juifs, et considérés comme appartenant à des "sous-races". Les lesbiennes étaient arrêtées en tant que personnes "asociales", marquées d'un triangle noir.

■ Une avancée du droit homosexuel...

En 1982, sous le gouvernement de François Mitterrand, l'homosexualité a été décriminalisée, sur proposition de loi de Badinter, alors ministre de la justice. La loi Vichy a été abrogée, et la majorité sexuelle, quelle que soit l'orientation sexuelle, a été définie à 15 ans. Le 17 mai 1990, l'Organisation Mondiale de la Santé retire l'homosexualité de la liste des maladies mentales.

■ ... Déterminée par une maladie

Le SIDA, découvert dans les années 1983-1984, a bouleversé la société. Cette pandémie a créé, à cette époque, une véritable psychose: elle a longtemps été nommée *la maladie des homosexuels*. Cette épidémie a surtout montré la précarité des unions homosexuelles, au sein desquelles les droits sociaux n'existaient pas, et lorsque l'un des deux partenaires décédait, il ne pouvait pas garantir à l'autre la jouissance des droits aussi élémentaires que la succession patrimoniale ou le transfert du bail.

■ Crédit du Pacte civil de solidarité, une avancée du droit homosexuel

C'est notamment à cause du SIDA que les mœurs vont évoluer ainsi que le droit homosexuel. Suite à cette hécatombe, le pacte civil de solidarité est adopté. En effet, jusqu'en 1999,

aucune reconnaissance légale pour les couples de même sexe n'existeait, la jurisprudence de la Cour de Cassation refusant de considérer deux personnes de même sexe comme concubins. La loi votée en 1999, sous le gouvernement Jospin, a permis de reconnaître que deux personnes de même sexe puissent entrer en concubinage et ainsi a créé le Pacte civil de solidarité ouvert aux couples de sexe différent comme de même sexe. Ce contrat conclu entre deux personnes apporte des droits et des obligations réciproques, mais essentiellement une reconnaissance de leur vie commune, matérielle, financière, fiscale et sociale (reconnaissance lorsque l'un des deux décède par exemple).

Avec le Pacte civil de solidarité, l'homosexuel n'est plus un sous-citoyen, il y a une reconnaissance du couple homosexuel. « *C'est la première fois qu'il y avait une loi positive pour les homosexuels*, explique Louis Georges Tin (fondateur de la journée mondiale contre l'homophobie). En 1981, on sort l'homosexualité du code pénal ou de la liste des maladies mentales donc c'est très important mais là pour le coup avec le Pacs, on passe de la tolérance à l'égalité des droits... ou presque. »

Cependant, cette union civile n'instaure aucun lien de filiation entre les deux partenaires et l'enfant de l'un ou l'autre et n'autorise pas l'adoption conjointe. En 2006, le régime fiscal du Pacte civil de solidarité a été rapproché de celui du mariage, mais sans créer un régime similaire en termes de filiation. Les familles homoparentales ne sont ainsi pas reconnues en droit français à cette date.

L'adoption conjointe par un couple n'étant possible que pour un couple marié, l'adoption homoparentale est interdite et les homosexuels ne peuvent adopter qu'en qualité de célibataires. Toutefois, malgré cette absence de dispositions juridiques, la justice française a reconnu à plusieurs reprises l'autorité parentale au partenaire d'un parent dans le cadre d'un couple de même sexe au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant.

D'autres progressions

À la suite du Pacte civil de solidarité, d'autres avancées juridiques ont abouti.

Le 15 juin 2000, la loi autorisant les associations de lutte contre l'homophobie à se porter parties civiles lorsqu'un crime a été commis, « *en raison de l'orientation sexuelle de la victime* » est votée.

Le 27 juin 2001, le Tribunal de grande instance de Paris acceptait pour la première fois en France l'adoption par une femme homosexuelle des trois enfants de sa compagne.

Le 18 mars 2003, les peines infligées pour les crimes homophobes sont considérées à la hauteur des crimes racistes.

Le 5 juin 2004, le maire de Bègles, Noël Mamère, célébrait le premier mariage homosexuel, qui a été définitivement annulé en mars 2007, la loi française ne l'autorisant pas.

Le 30 décembre 2004, la loi réprimait les propos homophobes au même titre que les propos antisémites ou racistes et créait la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde).

Le 24 février 2006, la Cour de cassation acceptait qu'un parent homosexuel délègue l'autorité parentale à son partenaire homosexuel.

LL

Oui, c'est bien le mariage, avec toute sa charge symbolique et toutes ses règles d'ordre public, que le Gouvernement ouvre aux couples de même sexe...

77

Le 22 janvier 2008, la Cour européenne des Droits de l'homme condamnait la France pour le refus d'adoption par une homosexuelle.

■ Le mariage homosexuel

Le contenu de la loi

Treize ans après le Pacte civil de solidarité, la famille est de nouveau au cœur d'un débat français. La loi sur le mariage homosexuel et sur l'adoption, après de nombreuses et vives controversions, a été adoptée définitivement le 17 mai 2013, promulguée par le Président de la République et publiée dans le Journal Officiel le 18 mai 2013.

Oui, c'est bien le mariage, avec toute sa charge symbolique et toutes ses règles d'ordre public, que le Gouvernement ouvre aux couples de même sexe, dans les mêmes conditions d'âge et de consentement de la part de chacun des conjoints, avec les mêmes interdits [...] avec les mêmes obligations pour chaque conjoint vis-à-vis l'un de l'autre, les mêmes devoirs des enfants vis-à-vis de leurs parents et des parents vis-à-vis de leurs enfants. Oui, c'est bien ce mariage que nous ouvrons aux couples de même sexe. (Christiane Taubira, Garde des Sceaux, ministre de la Justice).

Si, selon la loi canonique, l'union ne doit se faire qu'entre un homme et une femme puisque le mariage a comme finalité la reproduction (ou fusion des chairs), le droit civil quant à lui n'a pas trouvé nécessaire de préciser tant la nature exclusivement hétérosexuelle du mariage était évidente. En effet, l'article 144 du Code civil explicitait simplement « *l'homme, avant 18 ans révolus, et la femme avant 15 ans révolus ne peuvent contracter mariage* ». Dorénavant, du fait de la loi n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe, l'article 144 est ainsi rédigé: « *le mariage ne peut être contracté avant dix-huit ans révolus.* »^[15]

Le texte de loi sur l'adoption par des couples de même sexe ne modifie pas le fonctionnement des adoptions.

Dans le cas d'une adoption simple (où le lien de l'enfant avec ses parents biologiques est toujours effectif), l'enfant d'un des deux membres du couple homosexuel peut être adopté par l'autre membre, sans qu'on le retire à son autre parent. Rappelons qu'avant cette loi, les célibataires (âgés de plus de 28 ans) étaient autorisés à adopter de manière individuelle, sans que leur sexualité ne soit prise en compte.

Dans le cas d'une adoption plénière, les parents biologiques renoncent à leurs droits, soit de leur plein gré, soit par décision de justice: l'adoption de cet enfant (âgé de moins de quinze ans, né sous X ou pupille de l'état), n'ayant plus de parents biologiques au regard de la loi, est donc désormais possible par un couple de même sexe.

Néanmoins, le Conseil Constitutionnel, lors du vote de la loi, a émis une réserve sur la question de l'adoption. L'intérêt de l'enfant sera toujours cité en premier. Cette loi ne donne pas automatiquement "droit à l'enfant".

Les conséquences réelles

Qu'en est-il alors de la question de la filiation, revendiquée par une majorité de couples homosexuels ?

La loi du 17 mai 2013 ne stipule aucun changement quant à cette problématique. L'article 318 du Code civil portant sur les actions relatives à la filiation n'a pas été modifié. L'article 311-21 dudit Code démontre en effet que la loi n'efface pas le caractère primordial de la biologie dans l'établissement de la filiation : « *Lorsque la filiation d'un enfant est établie à l'égard de ses deux parents au plus tard le jour de la déclaration de sa naissance ou par la suite mais simultanément, ces derniers choisissent le nom de famille qui lui est dévolu : soit le nom du père, soit le nom de la mère, soit leurs deux noms accolés dans l'ordre choisi par eux dans la limite d'un nom de famille pour chacun d'eux.* »^[16]

Rappelons que l'établissement de la filiation d'un enfant de parents (père et mère) mariés est automatique. Pour les couples mariés et de même sexe, cette filiation n'est pas établie, du fait que la loi du 17 mai 2013 n'a émis aucun changement sur le sujet. Ainsi, l'enfant mis au monde par une femme mariée ne pourra pas ensuite être reconnu par son épouse, c'est-à-dire qu'un enfant ne pourra avoir deux mères, reconnues en tant que telles.

Dans la lignée, ni la procréation médicalement assistée, ni la gestation pour autrui n'a été abordée dans cette loi.

En permettant aux couples homosexuels d'adopter des enfants ou d'accéder à la procréation médicalement assistée (comme c'est le cas chez nos voisins belges ou espagnols), la différence entre reproduction et filiation devient plus notable. Pour qu'il y ait engendrement, il faut qu'il y ait un spermatozoïde et un ovule, mais pour qu'il y ait filiation, bien plus que cela est nécessaire. Ainsi, l'homoparentalité rompt avec l'idée implicite selon laquelle l'homme – le masculin – renvoie à la production et la femme – le féminin – à la reproduction. Les fonctions de paternité et de maternité n'existent plus : ce sont désormais des fonctions parentales qui peuvent être échangées entre les deux individus et qui sont surtout égales.

La sage-femme, selon l'article R. 4127-305 du Code de déontologie, doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quelles que soient son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou sa non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, son handicap ou son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard, et quel que soit le sexe de l'enfant. »^[17]

Il n'est effectivement pas rare de rencontrer des couples de femmes désirant être parents. De ce fait, la sage-femme est amenée à accompagner des mères dans la construction de leur parentalité, soutenues non pas par des pères, mais par des mères illégitimes au regard de la loi, leurs compagnes. •

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] BOURDIEU P. 1993. *À propos de la famille comme catégorie réalisée*, Actes de la Recherche en Sciences Sociales n° 100, p. 32-36.
- [2] COMMAILLE J, STROBEL P, VILLAC M. 2002. *La politique de la famille*, Paris, La Découverte, coll. "Repères".
- [3] INSEE. Définition. Famille. [En ligne]. Consultable à l'URL: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/famille.htm>
- [4] LEVI-STRAUSS C. *Les Structures élémentaires de la parenté*. Paris, La Haye: Mouton et Maison des Sciences de l'Homme, 1967 (1^{re} édition 1947).
- [5] Code civil. Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale. Article 6.
- [6] INSEE. Divorces et divorcialité. [En ligne]. Consultable à l'URL: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=bilandemo8
- [7] CADORET A, GROSS M, MECARY C, PERREAU B. *Homoparentalités: Ap- proches scientifiques et politiques*. Presses Universitaires de France, 2006, 442 p.
- [8] CHAMBERLAND L, JOUVIN E, JULIEN D. *Les familles recomposées homoparentales et hétéoparentales*. Nouvelles pratiques sociales. Volume XVI, numéro 1, 2003, p. 94-112.
- [9] INED. *La difficile mesure de l'homoparentalité*. [En ligne]. 2013 Avril. [Consulté le 24 septembre 2013]: [5 pages]. Consultable à l'URL: http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_actualite/difficile_mesure_homoparentalite/
- [10] PELLEGRINO Pascal. *Papa gay: Lettre à mon enfant interdit*. Favre, 2009, 135 p.
- [11] Code de la santé publique. Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. Article L2141-1.
- [12] Code de la santé publique. Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. Article 24.
- [13] Code de la santé publique. Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. Article L2141-2.
- [14] DE FERRIERE C-J. *Dictionnaire de droit pratique: contenant l'explication des termes de droit, d'ordonnances, de coutumes et de pratique, avec les juridictions de France*. Chez la veuve Brunet, imprimeur-libraire, Grand' salle du Palais, à la Providence et à l'Envie, 1779, 1423 p.
- [15] Code civil. Article 144 modifié par la loi n° 2013-404 du 17 mai 2013. [16] CODE CIVIL. Article 311-21 Modifié par la loi n° 2013-404 du 17 mai 2013.
- [16] Code civil. Article 311-21 Modifié par la loi n° 2013-404 du 17 mai 2013.
- [17] Code de déontologie des sages-femmes. Article R4127-305 du code de déontologie des sages-femmes du 19 juillet 2012.

Essor et évolution de l'Assistance Médicale à la Procréation jusqu'en 2012

INTRODUCTION

"Rends-moi mère, autrement j'en mourrai" RACHEL, À SON MARI⁽¹⁾

Les hommes ont toujours cherché à percer le mystère de la conception humaine et ce n'est qu'au XIX^e siècle que le mécanisme de la fécondation sera révélé. Les préoccupations sociétales vis-à-vis de la stérilité sont à l'origine de nombreux débats et des débuts de l'assistance médicale à la procréation. La finalité même d'un couple au sein de toutes les cultures est d'obtenir une descendance. L'idée de ne pas pouvoir avoir d'enfant n'est donc généralement pas envisagée et envisageable par le couple. Avec l'avènement de la contraception, le désir d'enfant devient un choix programmable. L'enfant est désiré au moment opportun et quand il ne vient pas, les couples ont recours aux médecines de la procréation. L'enfantement est exigé et vu comme un droit que tout le monde se réserve et auquel on ne peut renoncer.

L'assistance médicale à la procréation (AMP) vient alors en aide aux couples infertiles et ne cesse d'évoluer. De plus, l'avènement des techniques d'AMP, la médiatisation des premières avancées médicales et l'engouement des médias pour ces techniques ont répandu l'idée que maintenant la médecine pouvait tout régler.

L'intégration légale des sages-femmes dans les centres d'AMP, grâce à la loi de bioéthique de 2011, amène à s'interroger sur la place actuelle des sages-femmes exerçant en AMP, afin de savoir si les activités qu'elles y réalisent sont en adéquation avec celles décrites dans le décret du 17 juillet 2012. De plus, il est intéressant de pouvoir connaître l'opinion de ces sages-femmes à propos des enjeux éthiques actuels de l'AMP.

Extraits de Mémoire de Charlotte Dupuy "Quelle place la sage-femme occupe-t-elle dans les centres d'assistance médicale à la procréation, en France, en 2012?"
Gynécologie et obstétrique. 2013. < dumas-00873488 >

ESSOR DE L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)

→ ÉVOLUTION HISTORIQUE DE L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

■ Origine et évolution de la préoccupation médicale pour les problèmes de stérilité

Dans l'Egypte Antique

Dans l'Antiquité, la stérilité est définie comme un déséquilibre entre les grands principes fondamentaux que sont le chaud et le froid, le sec et l'humide. Elle est considérée comme une malédiction divine.

Les Égyptiens sont les premiers à se questionner sur l'origine du liquide séminal mâle et à tenter de comprendre les cas de stérilité conjugale.

Bien qu'elle ne soit pas systématiquement jugée d'origine féminine et que l'homme puisse également être mis en cause, il demeure néanmoins que la stérilité résulte en grande majorité de la femme, notamment en raison de la mauvaise "perception" du flux menstruel. En effet, les médecins de l'époque ignorent l'origine des saignements. Ils considèrent que ce sang sert à la fonction créatrice dans la formation de l'embryon puisqu'il n'en existe pas pendant la grossesse⁽²⁾. Ainsi, lorsque surviennent des anomalies du flux menstruel, à titre d'aménorrhée, de dysménorrhée, ou d'irrégularité du volume des saignements, cela n'augure rien de bon. Ces anomalies sont considérées comme des signes ou des causes de stérilité. Par ailleurs, les femmes pour lesquelles la grossesse n'aboutit pas à une naissance vivante à terme sont aussi considérées comme stériles. Elles risquent alors d'être répudiées, déshonorées. C'est ainsi que l'on retrouve, dans les récits de l'Égypte ancienne, des cas de divorce motivés par l'incapacité des femmes à donner naissance^(3, 4, 5).

C'est encore dans cette même civilisation que sont retranchés, pour la première fois, les traitements médicaux pour la stérilité. Les papyrus égyptiens de Kahoun et d'Ebers pour les plus anciens, relatent les textes traitant de la stérilité et des remèdes à appliquer aux femmes. Les méthodes thérapeutiques sont rudimentaires, incertaines et non expérimentées. Il est cependant admis que l'utérus possède un orifice ouvert dans

la cavité de l'abdomen, permettant de la mettre en communication avec les voies digestives et la bouche. C'est la raison pour laquelle les principaux moyens de pallier les difficultés d'enfantement reposent sur des règles d'hygiène alimentaire, qui agissent sur l'utérus féminin "en captant les odeurs": « *si l'odeur [de l'ail] passe dans sa bouche, elle enfantera...* »⁽⁴⁾.

Bien que les connaissances théoriques des Égyptiens soient innovantes, elles demeurent limitées par rapport à celles des Grecs.

Hippocrate et la Grèce Antique

En effet, c'est Hippocrate (460-370 environ avant J.-C.) qui établit les premiers principes scientifiques de la procréation, présents dans le *Corpus hippocraticum*. Avec lui, l'utérus devient l'organe central de la procréation. Les maladies n'ont plus d'origine divine. Il propose alors divers tests pour analyser la fertilité des femmes, proches de ceux préconisés par les Égyptiens. Cet enseignement hippocratique va perdurer ainsi pendant cinq siècles, jusqu'à Galien, malgré les protestations d'Aristote. En effet, d'après Aristote (384-322 avant J.-C.), la femme a une place mineure dans la conception : elle n'a pas de semence. L'embryon n'est donc formé que par la seule semence mâle.

Galien (129-210) prétend, quant à lui, que l'appareil génital de la femme est semblable "en creux" à celui de l'homme. La femme participe à la procréation de par sa semence, qui résulte du mélange des deux "spermes" parentaux dans l'utérus⁽⁴⁾.

Finalement, chez les Grecs anciens, la femme est seule responsable de son état de grossesse ou non. On retrouve, comme chez les Égyptiens, la notion de sang "créateur" considéré comme la nourriture du fœtus⁽²⁾. Cependant, les médecins grecs notent qu'en parallèle d'une grossesse normale, des accidents, tels que des môles embryonnaires : "embryons informes et inertes", peuvent survenir. Ces produits de grossesses avortées sont alors dus à un défaut de la semence masculine. Néanmoins, la moïse est considérée comme une promesse de fécondité et le signe précurseur d'une future grossesse⁽²⁾.

Toujours à l'époque de la Grèce antique, les récits de sages-femmes retrouvés dans la littérature se rapportent principalement à leur rôle de matrone et sont donc liés à la naissance et l'accouchement. Rares sont les écrits la faisant intervenir dans le domaine de la gynécologie et donc de la stérilité.

Cependant, il a été retrouvé que dans la Grèce ancienne, les sages-femmes avaient pour mission, hormis celle de suivre

»

C'est Hippocrate (460-370 environ avant J.-C.) qui établit les premiers principes scientifiques de la procréation, présents dans le *Corpus hippocraticum*.

77

la femme en couches et de l'aider, de conseiller l'homme dans son choix d'épouse. Il lui appartenait de choisir une épouse susceptible de donner à l'homme la meilleure descendance possible⁽⁶⁾.

Du Moyen-Âge au XVIII^e siècle

Du Moyen-Âge au XVIII^e siècle, il n'y a pas de changements fondamentaux.

Au Moyen-Âge, les aspects moraux de la procréation sont établis par les Écritures qui prennent une plus grande ampleur avec le judéo-christianisme. La stérilité reste imputée à la femme du fait d'une large influence de la culture chrétienne qui, à l'époque, attribue à cette dernière une infériorité et une imperfection fondamentales. En effet, Paul dit dans la Première Épître, à Timothée :

« Adam a été formé le premier, Ève ensuite. Et ce n'est pas Adam qui a été séduit, c'est la femme qui, séduite, s'est rendue coupable de transgression. Elle sera néanmoins sauvée en devenant mère... »⁽¹⁾.

Dieu est donc clairement impliqué dans la procréation. C'est à lui qu'il faut s'adresser s'il n'y a pas de descendance dans un couple. La stérilité reste donc perçue comme une punition divine puisque, dans l'Ancien Testament, la création de l'homme est subordonnée au souffle divin :

« Dieu modela l'homme avec la glaise du sol, il insuffla dans ses narines une haleine de vie et l'homme devint un être vivant.⁽¹⁾

De plus, diverses méthodes diagnostiques apparaissent alors, principalement basées sur la clinique. C'est ainsi que les médecins étudient, chez l'homme comme chez la femme, les urines, le sperme et le flux menstruel, la pilosité et l'embonpoint. La longueur du nez et la taille de la veine passant derrière l'oreille sont observées uniquement chez l'homme. Le but de toutes ces investigations est toujours d'apprécier la capacité de la matrice à "capter les odeurs".

Parallèlement, l'exercice des sages-femmes évolue. Aussi, en plus de leur rôle de marieuse et surtout d'accoucheuse, l'identité de la sage-femme prend une dimension particulière à partir des XVI^e et XVII^e siècles. Louise Bourgeois, sage-femme royale et ayant reçu sa formation à l'Hôtel-Dieu à Paris, est l'auteure de nombreux écrits obstétricaux tels que *« Observations diverses sur la stérilité, perte de fruit, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux naiz »*. Dans ce dernier ouvrage, elle expose les raisons pour lesquelles certaines femmes ne peuvent être enceintes et constate que les hommes aussi sont parfois frappés de stérilité. Ses observations restent imprégnées de la théorie des humeurs, théories d'Hippocrate et de Galien. Néanmoins, l'utérus n'est plus l'organe au cœur de la procréation. On parle de plus en plus de la place des ovaires^(7, 6, 8). Cet ouvrage reflète pour la première fois la véritable implication des sages-femmes en termes de réflexions et propositions dans le cadre du traitement des couples stériles.

La grande évolution technologique se fait au XVIII^e siècle. Le microscope, apparu à la fin du XVI^e siècle, se perfectionne et

devient d'usage courant pour tous les chercheurs. L'émulation pour la philosophie et les sciences médicales permet la découverte de la complexité et de l'immensité du monde vivant^(3,4). Cependant, les connaissances sur la physiologie de la reproduction restent encore succinctes et ne se précisent que vers le milieu du XX^e siècle.

La physiologie de la reproduction au XX^e siècle

Chez la femme, en 1930, la technique des frottis cervico-vaginaux permet d'explorer les cycles ovulatoires. L'évolution des cellules au cours du cycle est étudiée, permettant d'attester de la qualité de ces dernières (taille, forme, type). Papanicolaou, en 1933, aboutit à une méthode de datation de l'ovulation grâce à ces observations. La même année, Séguy et Vimeux montrent que l'état de la glaire cervicale est corrélé au cycle menstruel. La biopsie de l'endomètre évalue la qualité et l'imprégnation hormonale. Corrélée ainsi à la réalisation d'une courbe ménothermique, la qualité du cycle y est aisément appréciée.

Dans les années 1940, apparaissent la laparoscopie et les traitements hormonaux. On utilise des gonadotrophines extraites de l'urine de femmes ménopausées, dans l'induction de l'ovulation.

En 1946, Raoul Palmer réalise la première cœlioscopie pour observer directement l'appareil génital féminin. En 1961, il publie ses travaux portant sur le premier recueil ovocytaire effectué par laparoscopie. Très rapidement, la cœlioscopie évolue et remplace ce procédé.

Depuis 1950, le perfectionnement des dosages hormonaux (FSH, LH, AMH...) est la base de toute exploration de la fertilité féminine. On peut alors, en parallèle, juger de l'action des hormones sur l'ovulation et de la muqueuse utérine pendant le cycle.

En 1982, des équipes danoises et suédoises effectuent le premier prélèvement d'ovocytes sous contrôle échographique, sans recours à la cœlioscopie.

Chez l'homme, c'est en 1940 que débutent les premières explorations, notamment avec les premiers spermogrammes et spermocytogrammes. Ces examens, couplés aux techniques immunologiques et biologiques, permettent de vérifier la qualité du sperme⁽⁵⁾.

En parallèle, les nouvelles techniques d'imagerie médicale permettent d'explorer par le détail l'appareil génital féminin, notamment avec l'hystérosalpingographie. Enfin, depuis les années 1980, l'échographie permet d'estimer l'état du tractus chez l'homme et la fonction ovulatoire chez la femme⁽⁶⁾. Cette technique d'imagerie ne cesse d'ailleurs de se perfectionner. Une fois le diagnostic de "stérilité" posé, il a fallu trouver un moyen d'y remédier pour permettre aux couples de procréer.



Depuis 1950, le perfectionnement des dosages hormonaux est la base de toute exploration de la fertilité féminine.

77

■ Naissance des techniques d'assistance médicale à la procréation

Définitions

Très vite, les travaux des épidémiologistes ont permis de définir et de distinguer clairement les différents termes suivants que sont la fertilité, la fécondité, l'infertilité et l'infécondité. Ces termes sont nécessaires pour pouvoir comprendre et aiguiller les couples dans leur désir d'enfants.

La fertilité est l'aptitude à procréer. À l'inverse, l'infertilité est donc l'incapacité à procréer. Elle peut être primaire (absence de grossesse chez une femme après un an minimum de rapports sexuels non protégés et chez qui il n'y a jamais eu de grossesse) ou secondaire (chez une femme qui a déjà eu une ou plusieurs grossesses).

La fécondité est le fait d'avoir procréé. L'infécondité est le fait de ne pas avoir procréé, et ce de manière volontaire ou involontaire.

Début des techniques d'assistance médicale à la procréation

À la fin du XVIII^e siècle, John Hunter réalise pour la première fois dans le monde, une insémination artificielle intraconjugale (IAC) chez l'homme, en Écosse. En France, l'insémination intraconjugale voit le jour au début du XIX^e siècle.

La première insémination artificielle avec sperme de donneur (IAD) est réalisée aux États-Unis à la fin du XIX^e siècle.

En 1973, suite à l'émergence de cette technique, la congélation des gamètes, et plus particulièrement des spermatozoïdes, à l'azote liquide, devient possible. Georges David crée alors en France les premiers Centres d'Études et de Conservation des Œufs et du Sperme humain (CECOS), ce qui permet le don de spermatozoïdes.

Afin de répondre aux attentes des couples pour lesquels une infertilité féminine serait diagnostiquée, telle que les lésions des trompes irréparables par une chirurgie, la fécondation in vitro (FIV) apparaît. C'est en 1978 que le premier enfant né de cette technique voit le jour en Grande-Bretagne: Louise Brown. En France, la première naissance par FIV sera celle d'Amandine, surnommée le "bébé-éprouvette", en 1982 à l'hôpital Antoine Béclère de Clamart⁽⁹⁾.

Ainsi, les progrès ne cessent de croître, permettant une meilleure maîtrise des traitements hormonaux, en parallèle d'une augmentation du taux de réussite des FIV. La FIV s'impose comme la solution pour traiter des problèmes de stérilités idiopathiques et ceux liés à l'endométriose. En revanche, les infertilités masculines dont les paramètres spermatiques sont altérés, posent quelques difficultés. En effet, le taux de fécondation in vitro y est significativement abaissé par rapport aux performances obtenues avec des spermes normaux, et les risques complets d'échecs de fécondation ne sont pas négligeables. Il convient donc d'améliorer le pronostic de ces infertilités masculines. Diverses approches sont étudiées pour finalement aboutir, en 1992, à la micro-injection d'un spermatozoïde dans l'ovocyte directement, après traversée de la zone pellucide: c'est la technique par injection intra-cytoplasmique

de sperme (ICSI) ⁽⁹⁾. C'est ainsi que naît, en 1994, Audrey, le premier bébé conçu grâce à une ICSI, technique majeure dans le traitement des infertilités d'origine masculine.

Un nouveau pouvoir apparaît dès lors : celui de maîtriser et de diriger la procréation chez l'homme. Ce qui est caché dans l'intimité du corps utérin devient transparent.

Mise en place des dernières avancées technologiques

Avec la création des CECOS et la première naissance par FIV, de nombreuses discussions éthiques apparaissent, avec à la clé les lois de Bioéthique de 1994. Dès lors, l'assistance médicale à la procréation apparaît clairement au grand public.

Il est maintenant possible d'enfanter grâce à la médecine. Des innovations voient donc le jour, pas toujours approuvées par le législateur, garant d'un des grands principes de la République : le respect de la personne humaine et de son intégrité corporelle.

Du don de gamètes au diagnostic pré-implantatoire, l'AMP s'est enrichie de succès techniques ouvrant un champ d'investigations où la dimension éthique de l'acte médical devient de plus en plus préoccupante.

Le don de gamètes et leur conservation

Le don de gamètes masculins et féminins s'impose comme une éventualité pour pallier les infertilités vraies, des hommes et des femmes. La procréation leur sera possible grâce à un tiers. Les médecins doivent informer régulièrement leurs patients sur le don de gamètes. Celui-ci est stipulé dans la loi comme consistant en l'apport par un tiers, de spermatozoïdes ou d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation.

Le don instauré, se pose alors le problème de la conservation des gamètes.

La découverte de cryoprotecteurs, tels que le glycérol utilisé pour la première fois en 1949, permet la mise au point de techniques de congélation/décongélation dès 1963. Les premières naissances après inséminations de sperme congelé datent des années 1950, au Japon et aux États-Unis. La congélation des ovocytes est plus difficile que celle du sperme ou des embryons. En effet, le composant principal des ovocytes est l'eau dont 30 % sont liés aux macromolécules. Celles-ci sont non congelables. Le reste, alors libre, va s'échanger avec le milieu extra-cellulaire. C'est la formation de glace intra et/ou extra-cellulaire qui représente une réelle difficulté pour la congélation lente.

En 1986, la méthode de congélation lente ovocytaire a permis la première naissance humaine vivante, en Chine. En France, ce n'est qu'en novembre 2010 que cette naissance vivante (gémellaire de surcroît) a lieu, grâce à l'équipe du Pr. Frydman. Mais cette technique pose des problèmes en termes de survie de l'ovocyte, avec des taux variables de 50 à 80 % selon les équipes. Une amélioration apparaît nécessaire. Ainsi, la vitrification, technique de congélation ultrarapide, avec une plongée rapide à -196 °C, s'impose comme une solution évidente. La première naissance vivante a lieu en Australie, en 1996, suivie par un millier d'autres depuis dans le monde.

En France, la loi de Bioéthique du 7 juillet 2011, par l'article 31, permet la congélation des ovocytes par "la technique de congélation ultrarapide" ⁽¹⁰⁾.

C'est un réel avancement en matière de reproduction, les résultats sont beaucoup plus encourageants qu'avec la technique de congélation lente, jusqu'ici utilisée. Le taux de survie après décongélation est de 90 % et le taux de fécondation de 75 % ⁽¹¹⁾.

La congélation permet également la mise en réserve des gamètes, du sperme comme des ovocytes, des jeunes hommes et jeunes femmes atteintes de tumeurs ou subissant des traitements agressifs qui entraîneront une potentielle infertilité. Il s'agit d'une congélation pour convenance médicale. À l'heure actuelle, la préservation de la fertilité pour des raisons non médicales (cryopréservation ovocytaire de convenance) n'est pas autorisée en France ⁽⁵⁾.

La congélation embryonnaire

Lors d'un cycle de FIV, plusieurs ovocytes peuvent être ponctionnés et donc fécondables. Ainsi, plusieurs embryons sont potentiellement obtenus mais tous ne seront pas transférés à la femme pour limiter le risque de grossesses multiples. Que faire alors de ces embryons non transférés, dits "surnuméraires"? La solution proposée est celle de les conserver et de les mettre en attente, en les congelant. Cette technique est utilisée en France dès les années 1981-1982. La congélation permet à la fois de diminuer le risque de grossesse multiple et, d'offrir, en cas d'absence de grossesse, une chance supplémentaire de succès sans recourir d'emblée à un nouveau protocole de stimulation ovarienne ⁽⁴⁾.

Les embryons congelés sont conservés dans les CECOS, tout comme les gamètes. La loi de bioéthique de 1994 autorise cette pratique mais la première naissance n'a lieu qu'en juin 2004. Ce retard est dû principalement au fait que les embryons congelés peuvent être gardés dans le centre pendant une durée de cinq ans, avant que les couples ne prennent une réelle décision. Deuxièmement, le décret n'a été publié qu'en novembre 1999, soit 5 ans après.

L'accueil d'embryon

Le don (ou autrement dit l'accueil) d'embryon constitue l'une des techniques offertes à un couple pour lequel l'assistance médicale à la procréation avec tiers donneur ne peut ou n'a pu aboutir. Il s'agit de transférer à un couple demandeur les embryons d'un autre couple, conçus lors d'une précédente FIV et qui avaient, à ce moment-là, été congelés. Mais, la loi précise que ce don doit être exceptionnel. Ainsi, elle établit une hiérarchie d'acceptabilité : elle veut favoriser en priorité l'AMP interne au couple, puis l'AMP avec donneur (IAD ou don d'ovocyte) et, seulement en dernier lieu l'accueil d'embryon. La filiation de l'enfant à naître est établie comme en matière d'AMP avec donneur ⁽¹²⁾.

Ainsi, chaque année, le centre ayant congelé ces embryons, demande aux parents leur devenir. Le couple se retrouve donc dans l'obligation de faire un choix :

- Celui de détruire les embryons ;

- Celui de faire don des embryons à un autre couple receveur;
- Celui de donner les embryons à la recherche.

En l'absence d'une réponse du couple au bout de cinq ans, les embryons sont automatiquement détruits.

Si 16 % des couples se déclarent favorables à un don envers un autre couple, à peine 6 % des couples le font réellement⁽¹³⁾.

La recherche sur l'embryon humain

Le troisième choix peut être celui du don à la recherche. Le cadre législatif est fixé par l'article L2151-5 du code de la santé publique (CSP) :

« La recherche sur l'embryon humain, les cellules-souches embryonnaires et les lignées de cellules-souches est interdite »⁽¹⁴⁾.

Cependant, par dérogation, la recherche est autorisée si certaines conditions se trouvent réunies. De plus, une recherche ne peut être menée qu'à partir d'embryons conçus *in vitro* dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation et qui ne font plus l'objet d'un projet parental. La recherche ne peut être effectuée qu'avec le consentement écrit préalable du couple, ou du membre survivant de ce couple, dont les embryons sont issus. C'est l'Agence de la biomédecine qui autorise les protocoles de recherche, et les embryons sur lesquels une recherche a été conduite ne peuvent être transférés à des fins de gestation par la suite⁽¹⁴⁾.

La recherche permet ainsi d'aboutir à de nouvelles découvertes. Par exemple, dans le cadre de maladies génétiques, la recherche permet de déterminer le statut sain ou atteint de tout embryon conçu *in vitro*, pour telle ou telle maladie.

Le Diagnostic Pré-Implantatoire

Le Diagnostic Pré-Implantatoire (DPI) permet le diagnostic d'une maladie génétique, d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Il se réalise à partir d'une voire deux cellules de l'embryon conçu *in vitro*, comme le stipule l'article L2131-4 du CSP, depuis la révision des lois de bioéthique de 2011.

Il ne peut être pratiqué, sous certaines conditions, que dans un établissement spécifiquement autorisé à cet effet, par l'Agence de la biomédecine⁽¹⁴⁾.

En cas de diagnostic sur un embryon de l'anomalie ou des anomalies responsables de la maladie, les deux membres du couple, s'ils confirment leur intention de ne pas poursuivre leur projet parental en ce qui concerne cet embryon, peuvent consentir à ce que celui-ci fasse l'objet d'une recherche ou à ce qu'il soit détruit. Les embryons sains seront transférés au couple et congelés si cela est possible.

Et si le couple a déjà un enfant atteint qu'il souhaite guérir ? Les cellules-souches du sang de cordon ombilical sont indifférenciées et peuvent être utilisées en vue d'une greffe. Ceci permet de "guérir" les personnes atteintes d'une maladie incurable, à l'origine. La loi, par l'article L 2134-1 du CSP, autorise les parents à concevoir un enfant sain grâce au DPI et d'utiliser les cellules du cordon ombilical de façon à soigner leur premier enfant, qui serait atteint. Ce sont les bébés "double espoir" ou encore dits "bébés médicaments".

Et après... ?

Enfin, d'autres possibilités sont envisageables dans le cadre de l'AMP, notamment à l'étranger : c'est le cas de la gestation pour autrui (GPA). En France, cette possibilité n'est pas légale pour la raison première qu'elle s'oppose à l'un des principes fondateurs du droit républicain : la filiation. Cette pratique y est fortement réprimandée par le Code pénal, de déontologie médicale et de la santé publique.

Au regard de notre législation, il est intéressant de noter que dans d'autres pays comme le Canada, le Royaume-Uni, la Grèce et certains états des États-Unis, la gestation pour autrui est autorisée à titre gratuit⁽¹⁵⁾.

Par ailleurs, la maîtrise des techniques d'AMP et la demande de certains couples amènent la problématique de la procréation post-mortem. En effet, de par la congélation des gamètes, tout semble possible sur le plan technique. L'idée est simple : il s'agit de procéder à l'insémination d'une femme avec le sperme recueilli du vivant d'un homme, décédé depuis, ou de transférer un embryon conçu avec ses gamètes. Cependant, cette procréation post-mortem soulève indubitablement de nombreuses questions éthiques. Au niveau du droit, le législateur affirme clairement l'interdiction de la procréation post-mortem avec la définition même de l'AMP :

« L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants [...] » et « fait obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons le décès de l'un des membres du couple », article L2141-2 et suivants du CSP⁽¹⁶⁾.

Toutes ces avancées techniques conditionnent l'émergence de nouveaux questionnements sur ce qui fonde l'identité d'être humain.

Ces questionnements laissent donc place à de multiples débats sur le pouvoir médical et les limites que certains membres de la société veulent imposer.

→ CADRE LÉGISLATIF

■ Premières réflexions éthiques et création du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE)

Création du Comité Consultatif National d'Éthique

Dans les années 1980, l'activité d'assistance médicale à la procréation est en plein essor. La FIV a succédé à l'IAD et fonctionne sans législation spécifique. En effet, la législation repose sur des textes régissant l'activité hospitalière et les principes constituant la charte des CECOS⁽¹⁷⁾.

Dans ce contexte, le comité consultatif national d'éthique (CCNE) est créé par le décret du 23 février 1983, à l'initiative du Président de la République, François Mitterrand. Cet organisme national est chargé de l'étude des questions d'ordre bioéthique⁽¹⁷⁾. Il n'a qu'un rôle consultatif, et pour chaque question qui lui est posé, il rend un rapport accompagné d'avis ou de recommandations. Ces questions lui sont posées, en règle générale, à l'initiative de hauts personnage de l'État mais aussi par tout citoyen ayant une question éthique jugée fondamentale. Il n'a aucune légitimité à produire des lois ou à prononcer des interdits⁽¹⁸⁾.

La France est le premier pays à créer ce type de comité dont les travaux vont servir de socle à la promulgation des premières lois de bioéthiques en 1994.

Auparavant, l'absence de législation a conditionné le recours au droit existant afin de condamner certaines pratiques. Mais les principes du droit civil se sont vite révélés insuffisants à encadrer les nouvelles techniques dans le domaine des sciences de la vie.

CECOS, débats et rapports dans les années 1980

Plusieurs réflexions éthiques ont alors émergé dont la première par Georges David en 1972, relative à l'utilisation des CECOS et sur les IAD.

Mais, les années 1980 marquent aussi l'apparition de grands débats éthiques, auxquels les médias ont contribué en alertant l'opinion publique. Les scandales du sang contaminé (à partir de 1980) et de la maladie de Creutzfeld-Jakob (1990), en sont des exemples probants. En ce qui concerne l'AMP, ce sont les problématiques sur la fin de vie (1978) et sur la congélation embryonnaire (1984) qui seront retenues. Ces débats auront permis d'alerter les médecins et les chercheurs qui, inquiets des questions éthiques soulevées par leurs innovations, se poseront la question d'une loi de bioéthique dès la fin des années 1980.

Des réflexions pluridisciplinaires qui s'ensuivent, naissent de nombreux colloques, comme celui de "Génétique procréation et droit", en 1985.

En parallèle, en 1986, l'association FIVNAT est créée afin d'évaluer et de contrôler l'activité de la fécondation in vitro en France. Elle constitue aujourd'hui le plus important registre épidémiologique au monde.

De nombreux documents de réflexion, accompagnant les débats parlementaires, se succèdent de 1986 à 1993⁽¹⁹⁾. Par exemple, le CCNE sort, en décembre 1986, l'avis n° 8, relatif aux recherches et utilisations des embryons humains *in vitro* à des fins médicales et scientifiques⁽²⁰⁾. Cet avis a servi de base à l'instauration des lois de bioéthique⁽¹⁸⁾.

À la fin de l'année 1988, le Premier Ministre, Michel Rocard, demande à Guy Braibant de constituer un groupe de travail dont la mission est de faire des propositions juridiques pour régler la question du diagnostic prénatal, des procréations médicalement assistées, de l'utilisation des éléments du corps et de l'embryon humain. Guy Braibant remet, en mars 1989, un avant-projet de loi relatif "aux sciences de la vie et aux droits de l'homme" qui suscitera pressions, résistances et obstructions. Une étude sera élaborée à partir de ce rapport et rendue publique par le sénateur Frank Sérusclat, en février 1992⁽²¹⁾.

Et, en 1991, le rapport Noëlle Lenoir insiste sur la nécessité de légitimer sur la procréation médicalement assistée, d'obtenir le consentement libre avant toute intervention de nature médicale, de protéger le patrimoine génétique, et de prendre des mesures législatives sur la non-commercialité du corps humain, la technique des empreintes génétiques et l'épidémiologie⁽⁷⁾.

Les questions sociales, éthiques et juridiques soulevées par les nouvelles avancées médicales ont donc alimenté plusieurs

débats publics. Ceci a permis d'aboutir à l'adoption des lois de bioéthique de 1994 qui ont pour but d'encadrer le développement du progrès biomédical pour protéger les droits fondamentaux de la personne humaine.

■ Loi de bioéthique de 1994

Les premières lois de bioéthique

Le terme de bioéthique est apparu pour la première fois en 1971, dans le livre *Bioethics. Bridge to the future*, du biologiste Van Rensselaer Potter.

Étymologiquement, ce terme signifie les mœurs de la vie et a vocation à couvrir l'ensemble des questions d'ordre éthique qui se passent dans le domaine de la santé⁽²²⁾.

Le 29 juillet 1994, la loi n° 94-653 relative au respect du corps humain est promulguée ainsi que la loi n° 94-654 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. Elle repose sur un grand principe, auquel le CCNE a conféré une valeur supérieure à la loi : le respect de la dignité de la personne humaine. L'AMP y est clairement définie.

Par la suite, les professionnels de l'AMP souhaitent créer une autorité qui régulerait et expertiserait spécifiquement les activités de la médecine de la biologie et de la reproduction. Il s'agit pour eux, de s'exprimer et faire valoir librement leur point de vue. Cette autorité est l'Agence de Biomédecine.

L'Agence de Biomédecine

Cette agence d'expertise rassemble des domaines qui ont en commun un essor rapide, dû au progrès des connaissances et des techniques et à l'évolution de la société. Sa mise en place est effective depuis le 10 mai 2005, à la suite du décret d'application 2005-420 du 4 mai 2005⁽¹⁴⁾. Ainsi, sous la tutelle du ministère de la Santé, elle négocie un contrat de performance renouvelable tous les 4 ans, et permettant de définir avec précision les objectifs stratégiques de chaque centre. Son premier objectif est de sécuriser l'offre de soins pour les couples. Toutes les activités d'AMP relèvent donc de ses compétences. De par ce même décret, sont également créés les centres d'assistance médicale à la procréation⁽²³⁾.

La volonté d'encadrement des pratiques a conduit à cette loi dite de bioéthique et à sa réévaluation tous les 5 ans pour contrecarrer l'évolution des mœurs et de la médecine.

■ Révisions des lois de bioéthiques et code de la Santé publique

Définition de l'AMP

En 1994, « *l'assistance médicale à la procréation s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que de toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel* », article L 152-1 du CSP⁽¹⁴⁾.

La loi de bioéthique du 7 juillet 2011 rajoute à cette définition « *la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons* » et le fait que « *les pratiques sont réservées aux*

couples hétérosexuels vivants, en âge de procréer, mariés ou pouvant justifier d'au minimum deux ans de vie commune. » par l'article L 2141-1 du CSP⁽¹⁴⁾. Il s'agit bien du respect d'un modèle familial classique⁽¹⁵⁾.

L'année suivante, le code de déontologie médicale adapte les pratiques professionnelles aux nouvelles lois sur la bioéthique et les expérimentations biomédicales, via le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995.

Révisions des lois de 1994

En 1999, le Conseil d'État rend un rapport visant à actualiser les lois de bioéthique de 1994. En effet, ces lois sont réévaluées de façon périodique, tous les 5 ans. Ainsi, le 6 août 2004, la loi n° 2004-800 relative à la bioéthique est promulguée. Elle modifie et précise les lois précédentes. Elle redéfinit l'AMP via l'article L2141-2 du Code de la santé publique. Ainsi, destinée à répondre à la demande parentale d'un couple, l'assistance médicale à la procréation ne peut avoir pour objet que :

- De remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué ;
- Ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité⁽¹⁴⁾.

Il est précisé qu'en cas de décès d'un des deux membres du couple, la procédure est annulée. Il en est de même lors de toute séparation de corps, divorce ou annulation de consentement. À ce jour, la dernière révision de la loi relative à la bioéthique est celle promulguée au 7 juillet 2011 : loi 2011-814.

Elle accorde aux sages-femmes l'autorisation de concourir aux activités d'AMP, dans des conditions fixées par le décret n° 2012-885 du 17 juillet 2012. De plus, elle définit de nouvelles modalités et de nouveaux critères permettant d'autoriser les techniques d'assistance médicale à la procréation et d'encadrer leur amélioration^(14, 10).

Il convient de noter qu'à l'exception des inséminations artificielles et des stimulations ovarielles, les activités d'assistance médicale à la procréation doivent être pratiquées dans des établissements de santé par des praticiens agréés par l'Agence de la biomédecine. Elles doivent répondre aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques définies par l'arrêté du 3 août 2010 (articles L2142-1 et suivants du Code de la santé publique)^(24, 25).

■ La sage-femme et l'Assistance Médicale à la Procréation

La sage-femme au commencement de la fécondation in vitro

Au XX^e siècle, lorsque les médecins commencent "l'aventure" de la FIV, tout se fait en secret. Les expérimentations commencent la nuit ou lorsque l'activité en salle de naissance est moindre. La complicité sage-femme/médecin établie entre certains a permis à ces dernières d'observer et de participer à la prise en charge des femmes infertiles⁽²⁶⁾. Ainsi, les sages-femmes ont été présentes lors des premières FIV et sont, bien sûr, en salle de naissances pour mettre au monde ces bébés issus de FIV. Leur formation dans ce domaine a été

concomitante à la formation des médecins qui découvraient également le monde de la FIV.

De plus, le témoignage d'une sage-femme dans la création d'un centre de FIV au CHU de Caen, en 1986, nous apprend les prémisses de la profession dans ce domaine⁽²⁷⁾. Il a fallu à cette sage-femme une formation complémentaire. Elle peut ainsi programmer les tentatives de FIV, informer les couples sur le parcours, et gérer les dossiers. La part administrative est essentielle. Elle accompagne les couples et les familles dans leur démarche, répond à leurs questions (en faisant parfois office de relais téléphonique permanent entre le couple et le médecin), les aide et les rassure. La complicité et le travail conjoint avec le médecin et toute l'équipe médicale, et notamment les biologistes, est nécessaire. Elle participe alors à une réflexion commune autour des choix techniques, de l'observance clinique et des aspects psychologiques. Une fois formée à ce métier, c'est elle qui enseigne et forme à son tour ses collègues sages-femmes⁽²⁷⁾.

Ainsi, l'implication des gynécologues-obstétriciens dans le domaine de la procréation, a ouvert aux sages-femmes la possibilité de jouer un rôle dans le processus de la reproduction. Dès lors, l'AMP est instaurée dans le programme de formation initiale des sages-femmes.

■ L'Assistance Médicale à la Procréation dans la formation initiale et continue des sages-femmes

La formation initiale

Au XX^e siècle, l'arrêté du 19 décembre 1985, paru au Journal Officiel en janvier 1986, a fixé le programme des études de sages-femmes en quatre ans. Dans son contenu, le chapitre sur l'AMP est inscrit. La partie théorique comprend les thèmes suivants :

- Les conditions physiologiques de reproduction ;
- La stérilité du couple : méthodes de diagnostic et leur mise en œuvre, moyens thérapeutiques médicaux et chirurgicaux, CECOS ;
- Les inséminations artificielles, FIV et transferts d'embryons ;
- L'aspect éthique.

La formation en échographie obstétricale est également incluse dans ce programme.

Pendant la première phase des études, la physiologie de la reproduction est abordée. Ceci est la base pour comprendre l'infertilité féminine. Par la suite, l'arrêté du 11 décembre 2001 précise le programme de la formation initiale de la sage-femme. Il comporte des cours théoriques concernant la stérilité du couple lors de la deuxième phase des études. Sont traités les étiologies, l'exploration, le diagnostic, les traitements, l'AMP alternative, ainsi que la législation, la bioéthique, et les dons de gamètes. Un chapitre sur la sexologie est également présent. Ces éléments du programme font partie de la section gynécologie.

De plus, un stage en AMP est possible, et de durée variable en fonction des écoles concernées (jusqu'à trois semaines

Dakin

Cooper® stabilisé

“ Pour l'antisepsie des muqueuses génitales lors de l'accouchement, nous faisons confiance à Dakin Cooper® stabilisé

et vous ? ”



L'évidence antiseptique

Solution d'hypochlorite de sodium à 0,5%

Antisepsie de la peau, des muqueuses* et des plaies

* Sauf l'œil

Place du Dakin Cooper® stabilisé dans la stratégie thérapeutique.

« Sur peau lésée, cette spécialité a une place limitée dans la stratégie thérapeutique qui repose sur les soins quotidiens à l'eau et au savon ordinaire. Sur peau saine, les antiseptiques en solution alcoolique, povidone iodé alcoolique ou chlorhexidine alcoolique, doivent être privilégiés par rapport aux solutions aqueuses ou faiblement alcooliques, excepté chez l'enfant de moins de 30 mois où DAKIN peut être utilisé en première intention.

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

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

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

Visa n° 16/07/64176064/PM/001

maximum), dans le cadre de l'ouverture de la formation vers les différentes formes d'exercice de la profession.

Quant au versant psychologique du désir d'enfant, de l'infertilité, il est abordé dans le programme de psychologie de la deuxième phase des études de sage-femme. Actuellement, le changement de recrutement des étudiants sages-femmes via la première année commune aux études de santé (PACES), a induit l'obtention d'une licence de maïeutique et, courant 2013, sera entériné le décret attestant du Diplôme d'État de sage-femme niveau grade master.

La formation continue

Une fois diplômée, la sage-femme peut ensuite améliorer ses connaissances et compétences en AMP grâce aux formations disponibles.

Ainsi, des diplômes universitaires (DU) ou interuniversitaires (DIU) supplémentaires peuvent être obtenus.

En effet, le devoir de la sage-femme est d'entretenir et de perfectionner ses connaissances, dans un souci d'acquisition de nouvelles techniques et dans la limite de ses compétences. Elle participe ainsi à une politique de promotion de la santé et de la qualité des soins. À ce titre, elle se doit d'avoir une formation continue, appelée développement professionnel continu, dans le code de déontologie des sages-femmes⁽²⁸⁾.

■ Cadre législatif de la profession de sage-femme en Assistance Médicale à la Procréation

La promulgation du décret n° 2012-885 du 17 juillet 2012 crée les articles D 4151-20 et suivants du code de la Santé publique par rapport à la participation des sages-femmes aux activités d'assistance médicale à la procréation.

C'est donc tout récemment que l'activité des sages-femmes dans le champ d'application de l'AMP a été clairement légiférée. Ainsi, les sages-femmes concourent aux activités cliniques d'assistance médicale à la procréation réalisées avec ou sans tiers donneur ainsi qu'aux activités de dons de gamètes et d'accueil d'embryons^(14, 25).

De plus, l'article 20 de la loi de bioéthique n° 2011-814 corrige le fait que seul le médecin pouvait recueillir le consentement écrit des patientes, avant la réalisation des actes déterminés de l'assistance médicale à la procréation et du dépistage prénatal, et y autorise donc les sages-femmes.

Il apparaît que ces activités restent des possibilités dans le centre et non une obligation pour la sage-femme. Cela dépend donc des pratiques instaurées dans les centres par les praticiens médicaux.

Parallèlement, ce même décret du 17 juillet 2012 précise l'obligation, pour les sages-femmes, de développer leurs compétences professionnelles qui s'intègrent désormais dans le développement professionnel continu. Ceci implique "la formation des étudiants sages-femmes et de ses pairs"⁽¹⁴⁾. •

BIBLIOGRAPHIE

- 1. Anonyme. *La Bible*. Paris : Librairie Colbo; 1969.
- 2. Collectif, Maire B, Dasen V. *L'embryon humain à travers l'histoire : Images, savoirs et rites*. Infolio, 2007.
- 3. Humeau C, Arnal F. *La procréation : les biotechnologies de la reproduction humaine histoire, éthique*. Montpellier : Sauramps médical, 2003.
- 4. Gonzalès J. *Histoire naturelle et artificielle de la procréation*. Paris: Bordas, 1996.
- 5. Humeau C. *Procréer Histoire et représentations*. Paris: Jacob, 1999.
- 6. Leroy F, Papiernik É. *Histoire de naître de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé*. Bruxelles: De Boeck, 2001.
- 7. Gauquelain A, Blanchet V. *En 2002 quelle est la place de la sage-femme dans les centres d'assistance médicale à la procréation en France ? Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de sage-femme*, Université René Descartes (Paris), 2002.
- 8. Boursier LB. *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements, et maladies des femmes et enfants nouveau-nés suivie de Instructions à ma fille, 1609*. Paris: Côté-femmes éditions, réédition de 1992.
- 9. Merviel P. *Assistance médicale à la procréation*. Paris: Éditions Eska, 2005.
- 10. Légifrance, loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique. [référence du 8 mai 2012], <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=jORFTEXT000024323102>
- 11. Journo Y. *La cryopréservation ovocytaire de convenance, un enjeu éthique aujourd'hui ? Mémoire pour l'obtention du diplôme universitaire Éthique & pratiques de la santé et des soins, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris: Faculté de médecine-Université Paris-Sud 11*, 2010.
- 12. Moutel G. *Don et accueil d'embryons : une évolution novatrice qui demeure sensible*. [En ligne], 2005. <http://www.ethique.inserm.fr/>
- 13. Le Lannou D. *Réflexions sur l'accueil d'embryon*. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2007; (volume 35): 1089-91.
- 14. Légifrance, Code de la santé publique. [référence du 31 octobre 2012]. http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=17FE716F1CE6A31D6160C8F6E12DFFA5.tpd-j11v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20121023
- 15. Jouannet P, Paley-Vincent C, Institut du droit de la famille et du patrimoine, Académie nationale de médecine. *L'embryon, le foetus, l'enfant assistance médicale à la procréation (AMP) et lois de bioéthique*. Paris: Ed. Eska, 2009.
- 16. Dibie-Krajcman D. *La procréation post-mortem*. La Revue Sage-Femme. 2010 sept; 9 (volume IV): 195-8.
- 17. Depadt-Sebag V, Teboul G. *Droit et bioéthique*. 2^e éd. Bruxelles: Larcier, 2012.
- 18. Carret G, Freyett G, Boissier C, Queneau P. *Santé Société Humanité*. Manuel de Sciences Humaines en Médecine. 2^e éd. Ellipses Marketing, 2012.
- 19. Mémeteau G. *Les lois de bioéthique : cinq ans après*. Médecine & Droit 2000; (volume 41): 1-9.
- 20. Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis relatif aux recherches et utilisation des embryons humains in vitro à des fins médicales et scientifiques. CCNE, 1986.
- 21. Moutel G, Hervé C. *Les lois de bioéthique du 29 juillet 1994*. [En ligne], 1998. <http://www.ethique.inserm.fr/>
- 22. Sicard D. *L'éthique médicale et la bioéthique*. 2^e édition. Paris: Cairn.info, 2011.
- 23. Poncelet C, Sifer C. *Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain*. Paris Berlin Heidelberg [etc]: Springer, 2010.
- 24. Dibie-Krajcman D. *Les règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation*. Arrêté du 3 août 2010. La Revue Sage-Femme. 2010 déc; 9 (volume VI): 287-305.
- 25. Merger-Pélier M, Dibie-Krajcman D. *Manuel juridique de la sage-femme, nouvelles compétences, nouvelles responsabilités*. 2^e éd. Bordeaux: les Études hospitalières, 2012.
- 26. Kerbrat V, Sultan M. *Secrets de sage-femme*. Paris: Calmann-Lévy, 2010.
- 27. Bouet C. *L'expérience d'une sage-femme dans la création d'une unité de FIV*. Spirale. 2004; 32 (volume IV): 137.
- 28. CNOSF. *Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie*. Novembre 2012.

LA MASTITE

DÉFINITION ET PHYSIOPATHOLOGIE

Le terme de "mastite" tend à remplacer progressivement les termes de "lymphangite" (ou mastite inflammatoire) et de "galactophorite" (ou mastite infectieuse).

- Pathologie inflammatoire du sein,** fréquente, entre 10 à 20 % des femmes allaitantes selon les études, et la mastite infectieuse est retrouvée chez 2 à 3 % des mères.

- Douloureuse, source de complications,** telles que l'involution mammaire, la baisse de production lactée, l'abcès ou la septicémie.

- Tableau clinique souvent unilatéral:** partie douloureuse, rouge, indurée, avec une augmentation de chaleur localisée, accompagnée de symptômes généraux comme la fatigue, la fièvre à 38°C ou plus, les symptômes pseudo-grippaux. Le passage dans le sérum d'un nombre important de cytokines pro-inflammatoires expliquerait ces signes généraux.

- Apparition en général au cours des 6 premières semaines du post-partum** avec un pic la 2^e et 3^e semaine

- Évolution possible** vers une forme infectieuse avec test de Budin positif

- Causes:** stase laiteuse et l'infection

Il existe un continuum entre la stase lactée, l'engorgement, la mastite inflammatoire, la mastite infectieuse et l'abcès.

Au cours d'une mastite, des quantités importantes d'interleukine-8 sont retrouvées dans le sein. Les voies paracellulaires, c'est-à-dire les jonctions serrées entre les cellules des alvéoles mammaires sécrétant le lait, s'ouvrent alors et libèrent des substances plasmatiques dans le lait, en particulier des immunoprotéines et du sodium.

Par ailleurs, l'augmentation de la pression du lait dans les canaux galactophores et les alvéoles peut faire passer à nouveau les substances dans le tissu environnant. Les cytokines du lait peuvent alors induire une réaction inflammatoire dans ce tissu et il est également possible que d'autres éléments provoquent une réaction antigénique.

L'ouverture des voies paracellulaires entraîne une modification de la composition du lait. Les taux de sodium et de chlorure augmentent et les taux de lactose et de potassium diminuent. Le goût du lait est altéré: il devient plus salé et moins sucré. Généralement, ce goût salé n'est que temporaire, durant environ une semaine.

Parfois, le lait continue à ne pas être extrait en quantité suffisante, et la stase laiteuse et le goût particulier du lait perdurent. Cela est communément appelé un dysfonctionnement mammaire chronique unilatéral. Cependant, cette affection est réversible et, après la grossesse suivante, le sein touché retrouve habituellement un fonctionnement normal.

FACTEURS PRÉDISPOSANTS À LA STASE LAITEUSE

La stase laiteuse résulte d'une mauvaise évacuation du lait, soit du fait d'un engorgement, soit du fait que l'enfant ne draine pas totalement le sein du lait produit.

Les causes sont multiples: mauvais positionnement au sein, mauvaise prise du sein, lésions des mamelons, comme des crevasses, tête inefficace, limitation des fréquences ou de la durée des tétées, obstruction des canaux galactophores et/ou traumatismes tels qu'un accident, un antécédent de chirurgie sur le sein, des violences conjugales. Il est également retrouvé aussi, mais plus rarement, la galactorrhée ou l'allaitement de jumeaux ou plus, du fait de la surproduction lactée induite et des difficultés à parfaitement bien drainer la glande mammaire.

Lors d'une stase lactée, les jonctions serrées intercellulaires s'ouvrent, certains composants de l'espace interstitiel, tels que le sodium et le chlore, passent dans le lait maternel augmentant ainsi sa concentration en sodium. Inversement, du lait peut passer dans la circulation sanguine expliquant l'augmentation de l'excrétion urinaire de lactose.

FACTEURS PRÉDISPOSANTS À L'INFECTION

Le germe principal est le *Staphylococcus aureus*. Il est parfois retrouvé les *Staphylococcus albus coagulase-positifs*, *Escherichia coli*, les Streptocoques alpha-hémolytiques, bêta-hémolytiques et non-hémolytiques ainsi que certaines bactéries anaérobies. Très rarement, le *Mycobacterium tuberculosis*, *cryptococcus* ou le *Candida sp.*, responsables des mastites fongiques, sont impliqués.

Le lait et la peau maternels étant naturellement colonisés par des germes, il est très difficile d'interpréter le résultat bactériologique d'un prélèvement de lait. Il est important de demander conjointement une numération leucocytaire et la recherche de bactéries portant des anticorps spécifiques.

Le phénomène d'adhésion bactérienne, s'il apparaît, est un facteur prédisposant à

l'infection. C'est la première étape de colonisation de certaines bactéries et notamment du *Staphylococcus Aureus*. Cette adhésion se traduit généralement par un aspect de la surface cutanée en peau d'orange.

Les voies d'infections

Les microorganismes profitent habituellement des fissures ou crevasses sur le mamelon, résultant d'une malposition au cours de l'allaitement ou d'une candidose. Les voies empruntées pas l'infection sont alors ascendantes via un canal lactifère: atteignant un ou plusieurs lobes, via une fissure mamellaire, l'atteinte est lymphatique péricanalalaire. La voie hématogène est très rare.

Les différents germes

La plupart des femmes présentent des bactéries potentiellement pathogènes dans leur lait.

Cinq grandes espèces sont majoritaires:

- le *staphylocoque aureus*
- le *staphylocoque à coagulase-négative*,
- le *streptocoque du groupe B*,
- le *streptocoque viridans*,
- l'*entérococcus faecalis*.

Du fait de leur présence en situation saine, la culture est difficile à interpréter et le compte des bactéries dans le lait se révèle être sans lien avec la sévérité des symptômes cliniques.

TRAITEMENT ET PRÉVENTION

Le traitement peut comporter des moyens non pharmacologiques, des antalgiques et des antipyrétiques. Il sera possible de proposer la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie orale comme l'*ibuprofène*, le *diclofénac* ou le *kétoprofène*, s'il n'existe aucun signe de gravité d'emblée. Un suivi systématique 24 heures plus tard est à respecter.

Risque d'infection pour le nourrisson avec le maintien de l'allaitement maternel

Une politique générale d'arrêt de l'allaitement n'est pas justifiée, même en cas de présence de *Staphylococcus auréus*, compte tenu des inconvénients notoires que cela représente pour l'enfant.

Prise en charge

- Encourager la poursuite de l'allaitement maternel;
- Débuter l'antibiothérapie dans les 24 heures en cas de non-amélioration

des signes ou aggravation, puis ajustement en fonction de l'antibiogramme en cas de prélèvement de lait;

- Débuter l'antibiothérapie d'emblée en cas de signe de gravité: des signes septiques, une mastite bilatérale, une cellulite;
- Maintenir l'allaitement maternel avec des tétées fréquentes complétées par l'utilisation d'un tire-lait pour drainer complètement les seins en fin de tétées;
- Évaluer l'intérêt d'une hospitalisation au cas par cas;
- Examiner l'enfant et vérifier l'absence de cassure de la courbe de poids ou signe d'une déshydratation hypernatrémique;
- Orientation vers une consultante en lactation.

Mesures non pharmacologiques

Le professionnel devra expliquer à la mère:

- Le drainage régulier du sein affecté par le nourrisson, à la main et/ou avec un tire-lait, en conseillant des tétées fréquentes 8-12 fois/j et une vidange complète du sein systématique après chaque tétée.

- Comment faire varier la position du bébé au sein.
- Le massage manuel en douceur à l'aide de mouvements circulaires.
- Comment éviter les sources de pressions sur le sein comme des vêtements trop serrés, soutien-gorge avec des armatures voire le nourrisson.

Le professionnel devra:

- Observer une mise au sein si possible, s'assurer du bon positionnement et de la bonne prise du mamelon et de l'aréole par le nourrisson. Vérifier qu'il y a un transfert de lait et ne pas hésiter à orienter la patiente vers une consultante en lactation
- Eduquer la mère sur l'importance de l'augmentation de l'apport hydrique journalier et préconiser le repos.
- Expliquer l'importance de la prise de température régulière à domicile et de la visite du lendemain. Si les signes ne faiblissent pas sous 24 heures, un traitement antibiotique devra être mis en place.

Mesures de prévention

Tout d'abord, il faut optimiser la conduite de l'allaitement en éduquant les jeunes mères, notamment primipares, aux bonnes positions d'allaitement, au transfert de lait efficace, pouvant être évalué avant la sortie de la maternité par l'observation d'une tétée. ainsi qu'au rythme des tétées.

Les conseils doivent être personnalisés en fonction des souhaits des patientes et de leurs caractéristiques propres. Il est ainsi intéressant de repérer les mères qui ont une surproduction de lait ou qui présentent précocement des engorgements.

Il est judicieux d'orienter les primipares ou les mères ayant eu des antécédents de complications au cours d'un précédent allaitement maternel vers une sage-femme consultante en lactation.

Elle assurera le suivi d'allaitement, la prévention des risques propres aux suites de couches et le soutien psychologique. •

Journée du CNSF

PARIS

6 juin 2017

PROGRAMME*

ENVIRONNEMENT ET GROSSESSE : ENTRE CROYANCES ET RÉALITÉ !

8h30	Accueil Ouverture de la journée <i>Sophie GUILLAUME</i> (Présidente du CNSF)	14h00	Session - Les risques liés aux comportements : tous intoxiqués ? • Alimentation et grossesse : faut-il interdire ? <i>ANSES</i> (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail)
9h00	Session - Environnement et issues de grossesse • Exposition des femmes enceintes en France et dans les pays industrialisés <i>Fabienne PELE</i> (Rennes) • Quels risques pour la grossesse ? <i>Marion OUIDIR</i> (Grenoble) • Impact pharmacologique sur l'embryon et le fœtus <i>Elisabeth ELEFANT</i> (Paris)	15h30	Pause
10h30	Pause	16h00	Session - En pratique quelle stratégie de prévention ? • Comment gérer les expositions professionnelles ? <i>Jérôme LANGRAND</i> (Paris) • Le projet Femmes Enceintes Environnement et Santé : rôle des professionnels de la périnatalité dans la transmission de conseils aux futurs et jeunes parents <i>Camille GEAY</i> et <i>Mélie ROUSSEAU</i> (Lille) • Atelier nesting : comment informer les futurs parents ? <i>Delphine DUBOS</i> (Grenoble)
11h00	Session - La grossesse : une période clé pour la santé de l'individu • Et si tout se jouait avant la naissance ? <i>Marie-Aline CHARLES</i> (Paris) • L'épigénétique - ou comment l'environnement imprime sa marque sur le fœtus <i>Claudine JUNIEN</i> (Paris) • Exposition pré-natale et fertilité : bientôt tous stériles ? <i>Rachel LEVY</i> (Paris)	17h30	Clôture : risque environnemental, entre risque perçu et risque réel <i>Rémi BERANGER</i> (Rennes)
12h30	Pause déjeuner libre	17h45	Fin de la journée

* Sous réserve de modifications

LIEU ASIEM - 6 Rue Albert de Lapparent - 75007 Paris



http://cerc-congres.com/

Se former à la e-santé: un enjeu pour les sages-femmes

LE MOOC INITIATION À LA E-SANTÉ: UNE INITIATIVE À DÉCOUVRIR

→ Après le succès des deux premières sessions organisées en 2015 et 2016, l'association FORMATICSanté a organisé une saison 3 du parcours découverte du MOOC Initiation à la e-santé du 13 mars au 25 avril 2017, en accès libre et gratuit.

Qu'est ce qu'un MOOC? Quelles sont les spécificités du MOOC Initiation à la e-santé? Quel est l'intérêt des professionnels pour cette formation? Quel est leur avis sur cette formation?

VOUS AVEZ DIT MOOC?

C est acronyme qui signifie « *Massive Open Online Course* » ou *Cours en ligne ouvert à tous*, est quelquefois appelé CLOM pour *Cours en Ligne Ouvert et Massif*. Lorsque la formation en ligne est proposée aux personnels d'une même entreprise on parle aussi de COOC pour *Corporate Online Open Course*. À l'Université, il est aussi de plus en plus fréquent que les étudiants puissent accéder à des SPOC pour *Small Private Online Course* qui sont des cours en ligne auxquels sont inscrits un nombre plus limité de participants avec des modalités qui peuvent être spécifiques en fonction des filières.

Les premiers MOOC ont été organisés en France à partir de la fin 2012 - début 2013.

Actuellement on distingue deux grands modèles de MOOC :

- Le modèle du **xMOOC** construit sur la base de cours où les contenus sont essentiellement des apports de connaissances réalisés sous forme de documents vidéos et textes téléchargeables par des experts du domaine. Ces contenus sont complétés par des tests de connaissances qui servent à la validation du parcours ;
- Le modèle du **cMOOC** est construit sur la base de contenus co-construits entre les organisateurs du MOOC et les participants à partir d'activités collaboratives et d'espaces d'échanges proposés.

Depuis janvier 2014, le ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche a créé la plateforme FUN-

MOOC (France Université Numérique dédiée aux MOOC). Elle propose, en collaboration avec nombre d'universités, des formations de durée variable. Dans le domaine de la santé, les formations restent encore très limitées. Les initiatives prises par d'autres acteurs dans le domaine de la santé restent encore isolées. Le Colloque TIC Santé 2016, organisé par l'association FORMATICSanté, a permis de faire le point sur les initiatives dans ce domaine¹ et présenté les premiers MOOC dédiés à la santé.

LE MOOC "INITIATION À LA E-SANTÉ" UNE FORMATION INNOVANTE ET UNE RÉPONSE AUX BESOINS DES PROFESSIONNELS

Cette formation s'inscrit dans le cadre de l'axe 2 de la stratégie nationale de e-santé 2020 présentée en juillet 2016 par Marisol Touraine et des recommandations de l'OMS Europe en matière de déploiement de la e-santé (ou cybersanté).

Cette formation, ouverte et gratuite, est une véritable innovation en matière de formation dans le domaine de la santé. Le dispositif de formation proposé vient pallier le manque actuel de formation à la e-santé dans les référentiels de formation initiale des professions médicales et paramédicales et dans les programmes de formation continue actuellement proposés par les organismes de formation du secteur sanitaire.

Depuis l'ouverture en octobre 2015 du site <http://mooc-esante.org> qui héberge

44

Depuis l'ouverture plus de 5 500 participants sont inscrits et ont bénéficié d'un accès à la formation.

77

la plateforme de formation du MOOC **Initiation à la e-santé**, plus de 5 500 participants sont inscrits et ont bénéficié d'un accès à la formation, parmi lesquels des sages-femmes dont les profils et les motivations sont très variés (*voir encart de témoignage de participantes sages-femmes*).

L'accès à ce MOOC constitue pour tous les acteurs de santé une opportunité pour leur permettre d'enrichir leurs connaissances et compétences numériques afin de pouvoir participer et contribuer activement au déploiement des projets e-santé au sein des structures sanitaires et médico-sociales, dans tous les territoires de santé et les régions.

Ce MOOC francophone est ouvert à toute la communauté soignante internationale et, depuis sa création, de 10 à 15 % de participants inscrits à chaque session sont des professionnels travaillant dans des pays européens, principalement en Belgique, Luxembourg et Suisse ; mais aussi de nombreux professionnels exerçant dans des pays d'Afrique du Nord et d'Afrique de l'ouest, mais aussi au Canada et quelques expatriés aux quatre coins du monde...

Un MOOC et deux parcours de formation proposés :

- **Un parcours découverte** d'une durée de 6 semaines ;

¹ Colloque TIC Santé 2016 : <http://www.colloqueticssante.fr>

- **Un parcours approfondi** d'une durée de 5 semaines pour des personnes ayant validé le parcours découverte ou bénéficiant d'une expérience dans un des domaines de la e-santé.

LE PARCOURS DÉCOUVERTE DU MOOC INITIATION À LA E-SANTÉ

Il est organisé sur une période de 6 semaines et s'adresse à tous les acteurs de santé désireux de découvrir, comprendre et contribuer au déploiement de la e-santé :

- médecins, pharmaciens, sages-femmes,
- professionnels paramédicaux exerçant en structures sanitaires, médico-sociales, à domicile ou en libéral,
- formateurs travaillant dans un Institut ou un organisme de formation du secteur sanitaire ou médico-social,
- étudiants dans les différentes filières de formation santé,
- personnels travaillant au sein de directions et services assurant le système d'information,
- consultants et prestataires de solutions e-santé,
- usagers, représentants d'usagers et aidants intéressés.

➤ QUELS OBJECTIFS ET CONTENUS POUR CE PARCOURS DÉCOUVERTE DU MOOC "INITIATION À LA E-SANTÉ"?

Ce parcours de formation vise à développer la culture numérique des différents acteurs de santé afin de faciliter leur participation aux projets et applications e-santé.

LES OBJECTIFS PROPOSÉS AUX PARTICIPANTS

- **Enrichir leurs connaissances** pour mieux comprendre les enjeux et découvrir les différents domaines et les principales applications de la e-santé
- **Partager des questionnements et échanger des expériences** en vue de faciliter les démarches de collaboration et de coopération dans des projets de e-santé.

LE DISPOSITIF ET LES CONTENUS DE FORMATION PROPOSÉS

La formation est conçue et préparée par un groupe pluriprofessionnel d'experts en e-santé et en e-formation. Plus de 40

acteurs institutionnels (représentants de la DSSI-S, de la DGOS, de la HAS, de l'ASIP Santé, de l'ANAP, du CNOM...) professionnels expérimentés, représentants d'usagers, contribuent aux apports de connaissances et expériences proposés sous forme d'interviews et reportages vidéos...

Le parcours de formation est construit sur un modèle mixte de xMOOC et de cMOOC.

Les vidéos sont enrichies de documents complémentaires mais aussi par les nombreux échanges entre les participants. De nombreuses activités interactives et collaboratives sont proposées aux participants afin de leur permettre le partage de questions, d'expériences : forums de discussions, quiz, exercices interactifs, wikis collaboratifs...

LES PRINCIPAUX THÈMES ET CONTENUS ABORDÉS DANS LE PARCOURS DÉCOUVERTE DU MOOC

- **Module 0** → Introduction au MOOC Initiation à la e-santé.
- **Module 1** → Enjeux et domaines de la e-santé.
- **Module 2** → Acteurs et gestion des données de santé à l'heure du numérique.
- **Module 3** → L'information numérique au service de la santé.
- **Module 4** → Communiquer, collaborer et coopérer avec le numérique.
- **Module 5** → Télémedecine et santé mobile (applications mobiles et objets connectés).

MODALITÉS D'INSCRIPTION ET DE VALIDATION DU MOOC

Ce MOOC ne nécessite pas de pré-requis. Chaque participant intéressé s'auto-inscrit à la plateforme du MOOC sur le site <http://mooc-esante.org> en fonction du calendrier des sessions annuelles proposées.

La dernière saison 3 s'est déroulée du 13 mars au 25 avril 2017.

Le temps de formation est estimé à 3 heures de travail personnel en moyenne par semaine pour réaliser et valider le parcours de formation.

Un dispositif d'évaluation continue des différents modules est intégré au parcours de formation, sous forme de tests de connaissances et d'activités collaboratives.

Les participants reçoivent des badges au fur et à mesure de la validation des tests et de la réalisation des activités. S'ils ont



De nombreuses activités interactives et collaboratives sont proposées aux participants.



obtenu tous les badges requis à l'issue du parcours, ils reçoivent une attestation de participation et de réussite.

Pour répondre aux nombreuses demandes de personnes qui n'ont pu s'inscrire aux dates planifiées du parcours, l'association propose, depuis octobre 2016, un accès permanent au Module 1 qui constitue une très bonne introduction pour comprendre les "Enjeux et domaines de la e-santé".

Le module 1 du MOOC sera à nouveau accessible à partir du 16 mai 2017 sur le portail <http://mooc-esante.org> pour toutes les personnes intéressées.

LE PARCOURS APPROFONDI DU MOOC INITIATION À LA E-SANTÉ

Ce parcours est également proposé depuis 2015, en complémentarité du parcours découverte. Pour cette saison 3, les organisateurs ont fait le choix de l'organiser à distance du parcours découverte. Ils proposeront **une nouvelle session du parcours approfondi du 13 novembre au 18 décembre 2017**, sur une durée de 5 semaines.

Il s'adressera aux personnes qui ont déjà suivi et validé le parcours découverte au cours des saisons 1 à 3 mais aussi aux per-

"Un grand bravo pour ce MOOC! J'y ai découvert et appris énormément de choses. À mon rythme, un peu plus soutenu vers la fin car je voulais absolument le terminer et le valider, petit défi personnel! Je me suis constitué un dossier conséquent et même si je n'ai pas pu participer aux différentes visioconférences, le forum de discussion me permet de m'enrichir encore au travers des différents liens et ouvrages proposés. Encore merci, je n'avais aucune connaissance en matière de e-santé, je suis aujourd'hui convaincu que c'est un futur incontournable." Sabine

sonnes expérimentées et engagées dans un projet dans un des domaines de la e-santé.

Le programme de ce parcours approfondi sera annoncé au cours du Salon Paris Healthcare Week du 16 au 18 mai 2017, par des représentants de l'équipe projet qui seront présents sur un stand du salon (Stand K72). Les inscriptions seront ouvertes à partir de septembre 2017 sur le site du MOOC.

UN BILAN TRÈS POSITIF POUR CE PARCOURS DE FORMATION INNOVANT D'INITIATION À LA E-SANTÉ

Le bilan des deux premières sessions est très positif puisque 99 % des participants sont très satisfaits (65 %) et satisfaits (34 %) par la qualité des contenus et des intervenants au MOOC.

Ils apprécient surtout la qualité des vidéos et des activités proposées. 70 % des participants trouvent les forums de discussion "intéressants", "utiles", "importants" ou "indispensables". Seuls 11 % des participants ne les ont pas utilisés et 11 % ne les ont pas trouvés utiles.

Sur les deux sessions 2015 et 2016, près de 20 % des participants ont suivi et validé l'intégralité du parcours de formation. Les statistiques de réussite aux MOOC sont actuellement de 5 à 10 %.

Ces chiffres, qui peuvent paraître relativement bas, s'expliquent par le fait que nombre de participants s'inscrivent au MOOC à titre individuel et réalisent l'intégralité de la formation hors temps de travail.

Si, pour certains participants, l'enjeu de la validation est important pour leur parcours de formation, voire leur évolution de carrière, pour nombre de personnes inscrites au MOOC, l'objectif est surtout de participer et de s'initier à la e-santé.

Je vous félicite pour la pédagogie progressive, innovante, panoramique et experte que permet ce MOOC original. Je partais de notions floues et vagues sur la e-santé mais arrive au bout du process avec un cartable numérique bien rempli et un cerveau mieux rangé! Le choix des thèmes et leurs orateurs variés a le mérite d'affiner au fur et à mesure notre connaissance des enjeux, la prudence à avoir, la curiosité à stimuler et l'audace à amplifier. Je l'ai recommandé autour de moi et espère vous retrouver en parcours approfondi l'an prochain... encore BRAVO pour votre pédagogie pour nous tous au service de la Santé de demain. Lydia

pour enrichir leurs connaissances et faire évoluer leurs pratiques professionnelles.

L'évaluation qualitative du parcours de formation est plus importante encore que les résultats quantitatifs. En témoignent les propos des participants dans les forums dédiés à l'évaluation du MOOC et dans le questionnaire d'évaluation du dispositif proposé à l'issue de la formation.

Au-delà de l'avis des participants, il est intéressant de noter qu'à l'issue de la formation, 85 % des participants prévoient de s'investir dans un projet relatif à la e-santé.

Les thèmes de leurs projets sont multiples : contribution à un projet de déploiement du dossier patient informatisé, mise en place et utilisation de solutions mobiles, de projet de télémédecine principalement, de déploiement de programmes d'éducation thérapeutique enrichis de supports numériques.

Le nombre de participants inscrits à cette formation, l'intérêt manifesté par

les participants et, surtout, la richesse des débats et des échanges dans les forums de discussion sont autant d'encouragements pour les organisateurs et les membres du groupe de travail à prolonger cette initiative avec un parcours approfondi fin 2017 et pourquoi pas une saison 4 en 2018.

L'association FORMATICSanté espère recevoir encore des soutiens financiers en 2017 et 2018 pour pouvoir poursuivre cette initiative et permettre de maintenir l'accès gratuit à cette formation de qualité qui répond à de réels besoins des professionnels. •

PROGRAMME du MOOC

■ MODULE 0

- Découverte de l'environnement numérique du MOOC

■ MODULE 1

- Les enjeux et la stratégie nationale de e-santé
- Les attentes des usagers
- Les différents domaines et champs de la e-santé
- La gouvernance et les acteurs de la e-santé

■ MODULE 2

- Les données de santé - Les droits des usagers
- Éthique des usages des applications e-santé
- La gestion des données de santé
- Programmes Hôpital Numérique & Territoires de soins numériques

■ MODULE 3

- La qualité de l'information santé
- Le numérique au service de l'information de santé et de l'éducation thérapeutique des patients
- Les serious games en santé
- Usages des réseaux sociaux en santé

■ MODULE 4

- Le système d'information de santé
- La messagerie sécurisée de santé
- Le dossier patient Informatisé
- Le nouveau DMP ou Dossier Médical Partagé
- La coordination des parcours de soins et de santé : PRADO, PAERPA...

■ MODULE 5

- La télémédecine : aspects réglementaires, éthiques, organisationnels et financiers
- Principales applications de la télémédecine : téléconsultations, télédépistage, télésurveillance...
- Les applications mobiles et objets connectés
- Référentiel et usages des applications mobiles et des objets connectés
- Usages des solutions mobiles par les patients et des professionnels.



L'ASSOCIATION FORMATICSANTÉ

Fondée en 2003, l'association a pour mission de promouvoir et développer l'usage des TIC au service des soins, de la santé et de la formation des professionnels de santé. Pionnière dans le secteur de la santé, elle anime un réseau d'échanges et un site portail d'informations sur les usages des TIC. <http://formaticsante.fr> Elle développe des actions pour promouvoir le développement des compétences numériques des professionnels du secteur de la santé et propose aussi un espace d'autoformation "Compétences numériques" et le site de formation <http://mooc-esante.org>



Pour tous renseignements :
contact@formaticsante.fr
Tél. : 06 86 17 08 72



LES DIFFÉRENTS PROFILS DE SAGES-FEMMES INSCRITES AU MOOC INITIATION À LA E-SANTÉ

MATHILDE

Je suis étudiante sage-femme en dernière année, passant la certification pour l'UTEP (Unité Transversale pour l'Éducation du Patient). Merci pour cette formation en ligne !

LISE

Je suis actuellement sage-femme depuis 4 ans. Je suis très intéressée par le numérique et l'innovation. J'ai hâte de découvrir ce MOOC afin d'imaginer les évolutions possibles de la médecine.

BETTY

Je suis sage-femme et j'ai exercé pendant 6 ans en tant que consultante en périnatalité à Montréal, au Canada. Je suis actuellement une formation en MBA Marketing et Communication Santé à l'IAE de Paris. Je souhaite au travers de ce MOOC acquérir une formation supplémentaire sur la e-santé afin de pouvoir la transposer dans mes pratiques et recommandations pour l'amélioration de la prise en charge des patientes dans le secteur périnatal.

GAËLLE

Sage-femme enseignante au département de maïeutique, je n'ai pas pour le moment de réelle expérience dans le domaine de la e-santé. J'ai commencé à m'y intéresser de façon plus approfondie lors d'un master où j'avais choisi l'option TICE. Grâce à ce MOOC, je souhaite connaître notamment les différentes facettes de la e-santé, ses enjeux, ses modalités de développement.

BÉATRICE

J'ai 56 ans, je suis sage-femme hospitalière Grade 2. En mission transversale sur le déploiement du Dossier Patient Informatisé. Je réalise un grand nombre de formations sur l'outil informatique et je suis curieuse de découvrir cette formation.

Le livre noir de la gynécologie Maltraitances gynécologiques

● Mélanie DÉCHALOTTE

Quand on parle maltraitance gynécologique, immanquablement, chaque femme a quelque chose à raconter, de plus ou moins grave. C'est de ce constat que part Mélanie Déchalotte, journaliste, pour mener une enquête, recueillir les témoignages des patientes autant que celui des médecins. Avec le numéro de *Sur les Docks* qu'elle y consacre, elle fera littéralement "exploser" l'audience et fera battre à l'émission un record de podcasts. Elle s'appuie notamment sur le Tumblr #payetonuterus où les femmes viennent témoigner de manière anonyme.

Avec l'enquête qu'elle propose ici, elle va plus loin : elle interroge des femmes et des soignants qui ont refusé l'antenne, et met au jour plusieurs scandales dans les pratiques des soignants : "point du mari", Cytotec.

Mélanie Déchalotte est journaliste pour France Culture sur les questions de santé (gynécologie, PMA) et au Monde des Religions.



Éditions First
18,95 €
EAN : 978-2754090285
Parution : 5 octobre 2017

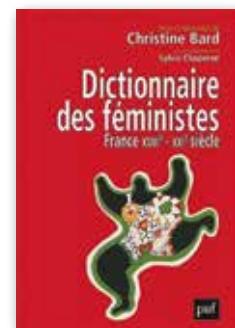
Dictionnaire des féministes France - XVIII^e-XXI^e siècle

● Christine BARD - Sylvie CHAPERON

Qu'est-ce que le féminisme au juste ? Ce dictionnaire apporte une réponse large (la contestation de l'inégalité entre les sexes), plurielle (les mouvements de femmes, les philosophies ou idéologies qui les nourrissent) et contextualisée. Il n'y a pas de définition universelle et diachronique du féminisme, forme de résistance à un contexte oppressif spécifique. La diversité des vies de militant(e)s, des moyens d'action et d'expression, des revendications et objectifs montre au contraire combien le féminisme prend les couleurs du temps et des lieux qu'il investit. Mais il est aussi, en retour, une force de transformation culturelle sociale et politique de tout premier plan.

Issu de recherches universitaires récentes, ce dictionnaire est à la fois biographique et thématique. Il rend compte, avec méthode et pédagogie, de toute la richesse du mouvement féministe en France. Il pourra accompagner les découvertes et les approfondissements pour tous les publics, à l'université, dans les médias, dans les mouvements militants. En effet, le féminisme reste un mouvement peu connu ; il est pourtant à l'œuvre dans l'une des plus profondes transformations sociétales des deux derniers siècles : le recul de la domination masculine, les progrès de l'égalité des sexes et des libertés, la mise en question de la différenciation hiérarchisée (le genre). Autant de luttes toujours d'actualité, même si le féminisme d'aujourd'hui se différencie des premières mobilisations collectives pour les droits civils et politiques.

*Christine Bard est professeure à l'université d'Angers, membre du CERHIO (IUF). Elle est l'auteure de nombreux ouvrages sur l'histoire des femmes, du genre et du féminisme dont *Les Filles de Marianne* (1995). Elle préside l'association Archives du féminisme et anime le musée virtuel Musea. Cet ouvrage est publié avec le soutien du programme GEDI. Sylvie Chaperon, professeure à l'université Toulouse-Jean Jaurès, membre de FRAMESPA, est spécialiste de l'histoire du féminisme et de la sexualité. Elle est notamment l'auteure des Années Beauvoir (2000).*



Éditions PUF
Sociologie et Sciences de l'éducation
ISBN : 978-2-13-078720-4
Parution : 15 février 2017

1754 pages - 32 €
Format : 15 cm × 21,7 cm
www.puf.com

HAS

LA HAS CRÉE UNE COMMISSION TECHNIQUE DES VACCINATIONS ET NOMME SES MEMBRES

La Haute Autorité de Santé (HAS) adapte son organisation pour intégrer sa nouvelle mission d'expertise en matière de vaccination et crée une commission spécialisée qui exercera les missions auparavant dévolues au comité technique des vaccinations (CTV) au sein du Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Après avoir lancé un appel à candidatures en février dernier, elle publie la liste des membres qui composeront la commission technique des vaccinations. Celle-ci se réunira pour la première fois le 25 avril 2017.

Afin de participer à l'élaboration de la politique de vaccination, la HAS a créé le 22 mars 2017 la commission technique des vaccinations.

L'intégration de cette mission au sein de la HAS répond à une évolution législative et vise à :

- Unifier l'expertise dans le domaine des recommandations vaccinales et du remboursement des vaccins au sein d'une même institution;
- Renforcer la dimension de l'évaluation économique dans l'élaboration des recommandations vaccinales.

La HAS souhaite que cette commission s'inscrive dans la continuité des travaux du précédent comité technique des vaccinations du HCSP.

La nouvelle commission aura pour principale mission d'**émettre des recommandations vaccinales**, y compris en urgence, et de proposer des adaptations du calendrier vaccinal arrêté par le ministre chargé de la santé.

La HAS a nommé **20 experts** pour un mandat de trois ans :

- Dominique Abiteboul, médecin de santé au travail,
- Laurent Bélec, microbiologiste,
- Agathe Billette de Villemeur, médecin de santé publique et épidémiologiste,
- Sébastien Colson, infirmier-puériculteur,
- Benoit Dervaux, économiste de la santé,
- Jean du Breuillac médecin généraliste,
- Sylvie Escolano, biostatisticien,
- Daniel Floret, pédiatre et expert en vaccinologie,
- Patricia Garcia-Méric, pédiatre,
- Valérie Garnier, pharmacien,

- Agnès Gautherot-Dejean, microbiologiste,
- Emmanuel Grimpel, pédiatre,
- Marianick Cavallini-Lambert, en qualité d'adhérente d'une association de malades et d'usagers du système de santé,
- Dominique Lavaire, médecin généraliste,
- Jean-Daniel Lelièvre, immunologue,
- Judith Mueller, médecin de santé publique et épidémiologiste,
- Annick Opinel, chercheur en sciences humaines et sociales,
- Anne Perrève, médecin de santé publique et santé scolaire,
- Sydney Sebban, pédiatre,
- Jean-Nicolas Tournier, infectiologue.

Cette commission sera **présidée par le Pr Agnès Buzyn** (présidente de la HAS), durant sa période d'installation. En outre, trois vice-présidents seront chargés de garantir la cohésion entre les travaux réalisés par les différentes commissions de la HAS amenées à travailler sur les vaccins : **le Pr Christian Thuillez** (membre du collège de la HAS et président de la commission de la transparence), **Christian Saout** (membre du collège de la HAS et président de la commission évaluation économique et de santé publique) et **le Pr Daniel Floret** (ex-président du comité technique des vaccinations au HCSP).

Elle comprendra également des membres de droit représentant les directions d'administration centrale des ministères et des agences sanitaires.

Sa composition sera complétée prochainement pour trois spécialités dont les postes restent à pourvoir : la gériatrie, la médecine interne et la gynécologie-obstétrique.

MISSIONS

La commission technique des vaccinations a été créée le 22 mars 2017, pour un mandat de trois ans, afin d'assurer les nouvelles missions en matière de vaccination de la HAS (article 4 de la loi n° 2017-220 du 23 février 2017). Elle reprend les anciennes missions du comité technique des vaccinations (CTV) du Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

La commission a pour missions, dans le cadre de la participation de la HAS à l'élaboration de la politique de vaccination, de préparer les délibérations du collège relatives notamment :

- aux recommandations vaccinales, y compris en urgence à la demande du ministre chargé de la santé;
- au calendrier vaccinal arrêté par le ministre chargé de la santé;
- aux mentions minimales obligatoires des campagnes publicitaires portant sur des vaccins.

La CTV collabore également à la préparation des avis de la commission de la transparence et la commission évaluation économique et de santé publique portant sur des vaccins.

La CTV propose au collège les outils méthodologiques nécessaires à l'exercice de ses missions en matière de vaccination.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



<http://www.has-sante.fr/>

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

Arrêté du 24 mars 2017 relatif aux modalités d'admission directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme.

JORF n° 0094 du 21 avril 2017

TEXTE N° 8

NOR: MENS1705606A

Publics concernés. Usagers des établissements publics d'enseignement supérieur.

Objet. Refonte de deux arrêtés régissant les modalités d'admission directe, l'un en deuxième année, l'autre en troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme et élargissement de l'accès à ces passerelles à de nouveaux publics.

Entrée en vigueur. Le lendemain de la publication.

Notice explicative. Le présent arrêté répond au besoin d'une diversification des profils des candidats accédant aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme.

Ses dispositions ouvrent l'accès de ces deux passerelles à de nouveaux publics, notamment aux professionnels paramédicaux. Cet arrêté rassemble dans un texte unique les dispositions permettant l'admission directe des candidats admis en deuxième ou troisième année de ces études.

Il offre une meilleure lisibilité des conditions d'accès tout en clarifiant les dispositions de deux textes qui sont abrogés.

Les professionnels paramédicaux justifiant d'un exercice professionnel de deux ans à temps plein et titulaires d'un diplôme sanctionnant au moins trois années d'études supérieures permettant cet exercice sont éligibles à ce dispositif.

Des dispositions élargissant l'accès à tous les titulaires de diplômes conférant le grade de master ainsi qu'aux titulaires de diplômes relevant de l'article D. 612-34 du code de l'éducation sont introduites. Elles visent à répondre à un besoin d'harmonisation des conditions d'accès entre titulaires de diplômes français et de diplômes étrangers européens.

Cet arrêté harmonise également le nombre de présentations possibles au nouveau dispositif – deux en tout – pour tous les candidats, qu'ils aient ou non été inscrits à la PACES.

Enfin, dans chacun des sept centres d'examen, les candidatures sont examinées par un jury unique qui affecte les candidats admis dans l'année (deuxième ou troisième) qui correspond le mieux à leur profil et les répartit entre les établissements qui relèvent de sa compétence.

Références. L'arrêté peut être consulté sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'éducation, notamment l'article L. 631-1;

Vu le code de la santé publique;

Vu l'arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales;

Vu l'arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences odontologiques;

Vu l'arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences pharmaceutiques;

Vu l'arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques;

Vu l'arrêté du 26 juillet 2010 relatif aux modalités d'admission directe en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme;

Vu l'arrêté du 26 juillet 2010 relatif aux modalités d'admission directe en troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme;

Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 21 février 2017,

Arrêtent:

→ Article 1

En application des dispositions du II de l'article L. 631-1 du code de l'éducation, les candidats justifiant d'un grade, titre ou diplôme énuméré à l'article 2 du présent arrêté peuvent présenter un dossier de

candidature en vue d'une admission directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme.

→ Article 2

Les candidats doivent, au plus tard au 1^{er} octobre de l'année considérée:

- soit être titulaires de l'un des titres ou diplômes suivants:
 - diplôme relevant de l'article D. 612-34 du code de l'éducation ou tout autre diplôme conférant le grade de master à la date de sa délivrance;
 - diplôme d'État de docteur en médecine;
 - diplôme d'État de docteur en pharmacie;
 - diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire;
 - diplôme d'État de sage-femme;
 - diplôme d'État de docteur vétérinaire;
 - diplôme national de doctorat ou titre étranger de niveau doctorat (PhD);
 - diplôme d'État d'auxiliaire médical et sanctionnant au moins trois années d'études supérieures pour les personnes justifiant d'un exercice professionnel en lien avec ce diplôme de deux ans à temps plein;
 - titre d'ingénieur diplômé;
 - titre correspondant à la validation de 300 crédits européens, obtenu dans un autre État de l'Union européenne ou État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou dans la Confédération suisse ou dans la Principauté d'Andorre, répondant aux conditions posées par l'article D. 611-2 du code de l'éducation;
- soit disposer de la qualité d'ancien élève de l'une des écoles normales supérieures à condition d'avoir accompli deux années d'études et validé une première année de master;
- soit appartenir au corps des enseignants-recherches de l'enseignement supérieur et exercer ses activités d'enseignement dans une unité de formation et de recherche de médecine, de pharmacie ou d'odontologie;
- soit, en vue d'une admission dans une filière différente de leur filière d'origine, justifier de la validation, dans l'Union européenne ou dans un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou dans la Confédération suisse ou dans la Principauté d'Andorre, de deux années d'études ou de 120 crédits européens dans un cursus médical, odontologique, pharmaceutique ou de sage-femme au-delà de la première année.

→ Article 3

Les candidats doivent déposer au plus tard le 31 mars de chaque année, auprès d'une unité de formation et de recherche médicale, odontologique ou pharmaceutique ou d'une structure dispensant la formation de sage-femme, un dossier comportant les pièces suivantes :

- copie de leur pièce d'identité ;
- curriculum vitae détaillé à partir de l'année d'obtention du baccalauréat ;
- copie du (des) diplôme(s) obtenu(s) accompagné(s) du supplément au diplôme ou attestation justifiant de la validation, dans l'Union européenne ou dans un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou dans la Confédération suisse ou dans la Principauté d'Andorre, de deux années d'études ou de 120 crédits européens dans un cursus médical, odontologique, pharmaceutique ou de sage-femme au-delà de la première année ;
- lettre de motivation précisant notamment les raisons de leur candidature ;
- attestation sur l'honneur indiquant le nombre de présentations dans le cadre de la procédure prévue par le présent arrêté avec la précision de l'année de candidature et de la filière postulée ;
- attestation sur l'honneur indiquant le nombre de présentations au titre des deux arrêtés susvisés du 10 juillet 2010 et, le cas échéant, le nombre d'inscriptions en première année commune aux études de santé ;
- justificatifs le cas échéant d'un exercice professionnel de deux ans à temps plein en lien avec le diplôme d'auxiliaire médical ;
- pour les enseignants-chercheurs, copie de l'arrêté de nomination.

Les documents écrits en langue étrangère sont accompagnés d'une traduction en langue française effectuée par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un État membre de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou de la Confédération suisse ou de la Principauté d'Andorre.

Les candidats qui estiment qu'ils seront en mesure de remplir, au 1^{er} octobre de l'année considérée, l'une des exigences mentionnées à l'article 2 du présent arrêté, présentent une attestation émanant de leur établissement d'origine et précisant la date à laquelle ils seront susceptibles de remplir ces conditions.

Au titre d'une année donnée, le candidat postule en vue d'une seule filière.

Le dossier de candidature est déposé dans une seule unité de formation et de recherche ou structure de formation.

Nul ne peut bénéficier plus de deux fois des dispositions du présent arrêté, quelle que soit la filière postulée.

→ Article 4

La procédure se déroule dans les universités désignées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ; cet arrêté précise la liste des établissements relevant de chaque centre d'examen auquel sont transmis les dossiers des candidats.

Un arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé fixe, chaque année, le nombre de places affectées en deuxième et en troisième année à chaque filière et les répartit entre ces centres d'examen.

→ Article 5

Le jury d'admission directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme, désigné par le président de l'université centre d'examen, comprend :

- un directeur d'unité de formation et de recherche de médecine ;
- un directeur d'unité de formation et de recherche d'odontologie ;
- un directeur d'unité de formation et de recherche de pharmacie ;
- un directeur d'une structure dispensant la formation de sage-femme ;
- six personnels titulaires enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires relevant du groupe des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques du Conseil national des universités, dont deux des disciplines médicales, deux des disciplines odontologiques et deux des disciplines pharmaceutiques ;
- deux sages-femmes enseignantes.

Le président du jury est désigné par le président de l'université parmi les membres.

→ Article 6

Après examen des dossiers de candidature, chaque jury retient un nombre de candidats au plus égal au double du nombre de places fixé, pour chaque filière pour chaque année, par l'arrêté mentionné à l'article 4 du présent arrêté.

Ces candidats sont convoqués individuellement à un entretien avec le jury.

Suite à ces entretiens, le jury établit la liste des admis pour chacune des années et par

filière et les répartit entre les établissements qui relèvent de sa compétence. Le nombre d'admis ne peut dépasser celui fixé par l'arrêté précité.

Cette liste est communiquée aux universités et structures de formation dispensant la formation de sage-femme relevant du centre d'examen. Celles-ci notifient les résultats aux candidats ayant déposé un dossier de candidature auprès d'elles.

Le directeur de l'unité de formation et de recherche ou de la structure d'affectation indique au candidat les enseignements complémentaires qu'il doit suivre afin de favoriser la poursuite des études.

Les candidats admis qui n'auraient pas fourni le 31 mars les justificatifs des pièces mentionnées à l'article 2 du présent arrêté présentent ces documents au plus tard le 1^{er} octobre de l'année considérée, sous peine de perdre le bénéfice de leur admission. Toutefois, leur candidature n'est pas décomptée du nombre de chances à concourir. Les candidats admis prennent une inscription dans l'université où ils ont été affectés. Ils ne peuvent bénéficier d'un report d'inscription, sauf cas de force majeure.

→ Article 7

Les dispositions du présent arrêté sont applicables à compter de la procédure organisée au titre de l'année universitaire 2017-2018. Les candidats ayant épousé les possibilités de candidature prévues par les arrêtés du 10 juillet 2010 susvisés ne peuvent pas présenter de candidature.

Les candidats disposant au 30 juin 2017 d'au moins une chance au titre des arrêtés visés dans le précédent alinéa ne peuvent présenter qu'une seule candidature au titre du présent arrêté.

→ Article 8

L'arrêté du 26 juillet 2010 relatif aux modalités d'admission directe en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme et l'arrêté du 26 juillet 2010 relatif aux modalités d'admission directe en troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme sont abrogés à compter du 1^{er} juillet 2017.

→ Article 9

La directrice générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle et la directrice générale de l'offre de soins, sont chargées, chacune en ce qui la concerne de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française. •

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 Épinière

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



AGENDA EN BREF

- **17-18-19 MAI 2017**
STRASBOURG (67)

45^{es} Assises Nationales
des Sages-Femmes
cerc-congres.com

- **18-19-20 MAI 2017**
MONACO

HÔTEL FAIRMONT
Gyn Monaco
gyn-monaco.com

- **6 JUIN 2017**

PARIS (75)

Journées à thème du
Collège National des
Sages-Femmes

Thème "Environnement et
grossesse: entre croyances et
réalité!"

cerc-congres.com

- **8-9 JUIN 2017**

NICE (06)

28^{es} Journées d'Études de
l'Association Nationale des
Sages-Femmes Territoriales

Thème "Ados vulnérables,
souffrance de femmes: le prendre
soin par la Sage-Femme de PMI"
Renseignements
formation.anst@gmail.com

- **14-15 & 29-30 JUIN 2017**
PARIS 13^e

HÔPITAL PITIÉ SALPÉTRIÈRE

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

- **21-22 SEPTEMBRE 2017**

PALAIS DES CONGRÈS - LA BAULE

34^{es} journées nationales
des Sages-femmes

Coordinatrices

anscf.fr

- **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

Association Nationale Natation & Maternité



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

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



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'Etain - BP 12050
37020 TOURS Cedex 1

Tél : 02 47 36 81 31

formation-continue@univ-tours.fr

FORMATIONS

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

FORMATIONS ANSFL 2017

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

TARIFS, DATES, ADHESION www.ansfl.org

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

L'échographie et les examens complémentaires dans le suivi de la grossesse normale
Intervenante / Évelyne Rigaut (SF-Echographiste) - Lorraine Guénédal (Biologiste)
• 21-22 septembre 2017 à Paris

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

L'installation en libéral
Intervenante / Laurence Platel (SF)
• 17 juin 2017 à Nantes

Initiation à la pensée critique les sages-femmes
Intervenante: Amélie Battaglia - Formatrice
• 10-11 juin 2017 à St germain Mont D'Or (près de Lyon)

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

FORMATIONS PROPOSÉES SEULEMENT EN "GROUPE CONSTITUÉ"

La pratique libérale: cadre réglementaire et cotations
Intervenante / Laurence Platel (SF)

Accompagnement vers la naissance et la parentalité
Intervenante / Odile Tagawa (SF)
• Session I: Prénatal • Session II: Postnatal

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

28^{ES} JOURNÉES D'ÉTUDES DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES SAGES-FEMMES TERRITORIALES

NICE 8 et 9 juin 2017

JOURNÉE DU 8 JUIN
"Violence conjugale, un enjeu pour la parentalité"

8 h 30 Café d'accueil • 9 h Allocution d'ouverture

9 h 30 Parcours d'une gynécologue

9 h 40 Femmes victimes des violences conjugales dans le département des Alpes Maritimes : parcours médical, social et judiciaire

10 h De l'intérêt des protocoles

10 h 30 Échanges avec la salle • 10 h 45 Pause

11 h Bases à la rédaction du certificat médical

11 h 10 Conséquences des violences conjugales sur la création du lien d'attachement

11 h 50 Échanges avec la salle • 12 h Repas libre

APRÈS-MIDI
Ateliers de 14 h à 16 h 30
"Le prendre soin de la femme enceinte et de son bébé"

ADRESSE Salle Laure Ecard 50 Bd Saint-Roch - 06000 Nice

POUR TOUT RENSEIGNEMENT ANSFT 17 rue des Friches - 44310 Nantes

COURRIEL formation.ansft@gmail.com

D'INFOS: <http://www.ansft.org>

Pratiquer dès le lendemain du séminaire

Institut Naissance & Formations

Connaissance & Maîtrise du Périnée
de Dominique Trinh Dinh

Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

PROGRAMME EN 3 ÉTAPES

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

Niveau 1

- **Nanterre (92) - Espace Chevreuil**
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
 - du 15 au 18 mai et du 19 au 22 juin
 - 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
 - du 9 au 12 mai et du 6 au 9 juin
- **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 Chevreuil**
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.

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

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



Medic Formation

Formation professionnelle continue médicale



OGDPC habilité à dispenser des programmes du 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

- Thérapeutiques non pharmacologiques de la ménopause et péri-ménopause
- Thérapeutiques non pharmacologiques de la grossesse et du postpartum
- Homéopathie appliquée à la périnatalité
- Phytothérapie, usage et précautions en périnatalité
- Médecine traditionnelle chinoise et acupression
- Aromatologie
- Santé environnementale
- Méditation de pleine conscience comme outil de soin

SAVOIR ACCOMPAGNER

- Accompagner en équipe le lien parents-enfant INTRA
- Bientraitance maltraitance en périnatalité INTRA
- Clés psychiques pour bien accompagner l'allaitement
- Communication hypnotique en milieu médical NOUVEAU
- La place du père autour de la naissance
- Nutrition gestion du poids pendant la grossesse NOUVEAU et image corporelle
- Tabac, grossesse, accompagner le sevrage en douceur
- Violences faites aux femmes

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...



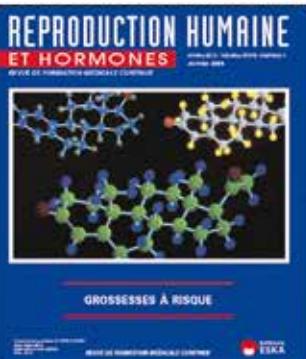
FORMATIONS EN INTRA

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

NOUS CONTACTER
POUR UN DEVIS

LA MÉDECINE AUX ÉDITIONS ESKA

LES REVUES MÉDICALES



REPRODUCTION HUMAINE ET HORMONES (RHH)

4 numéros par an
Abonnement annuel

Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



LES DOSSIERS DE L'OBSTÉRIQUE

11 numéros par an
Abonnement annuel

Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



CANCERS AU FÉMININ

4 numéros par an
Abonnement annuel

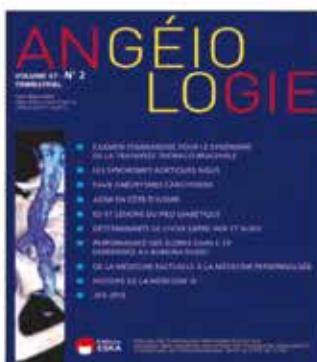
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



JOURNAL INTERNATIONAL DES CENTRES DES MALADIES DU SEIN

INTERNATIONAL JOURNAL OF BREAST DISEASE CENTERS
4 numéros par an
Abonnement annuel

Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



ANGÉIOLOGIE
4 numéros par an
Abonnement annuel

Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



JOURNAL DE GESTION ET D'ÉCONOMIE MÉDICALES
8 numéros par an
Abonnement annuel

Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



Des revues éditées par les Editions ESKA

ESKA-CFEE : N° 11753436775

Inscription à adressée à la CFEE

aux Editions ESKA CONGRÈS :

Serge KEBABTCHEFF

Fanny GASMAN

Olivier PAUL-JOSEPH

12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris

Tél : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35

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

Site : www.eska.fr



TARIF D'ABONNEMENT

11 NUMÉROS PAR AN

Abonnement Particulier	Plein tarif	Étudiant(e) s* Retraité(e) s*
FRANCE	77,00 €	42,00 €
D.O.M.	82,00 €	52,00 €
EUROPE OCCIDENTALE	90,00 €	54,00 €
T.O.M./ÉTRANGER	92,00 €	57,00 €

* Joindre attestation.

Abonnement collectif de service 153,00 €

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

ABONNEMENT 2017

VOS COORDONNÉES

M^{me} M^{le} M. (en lettres capitales)

Nom Prénom

Adresse

Code postal | | | | Ville

Pays Téléphone

E-mail

Exercice professionnel (Libéral, PMI, Public, Privé, Autre)

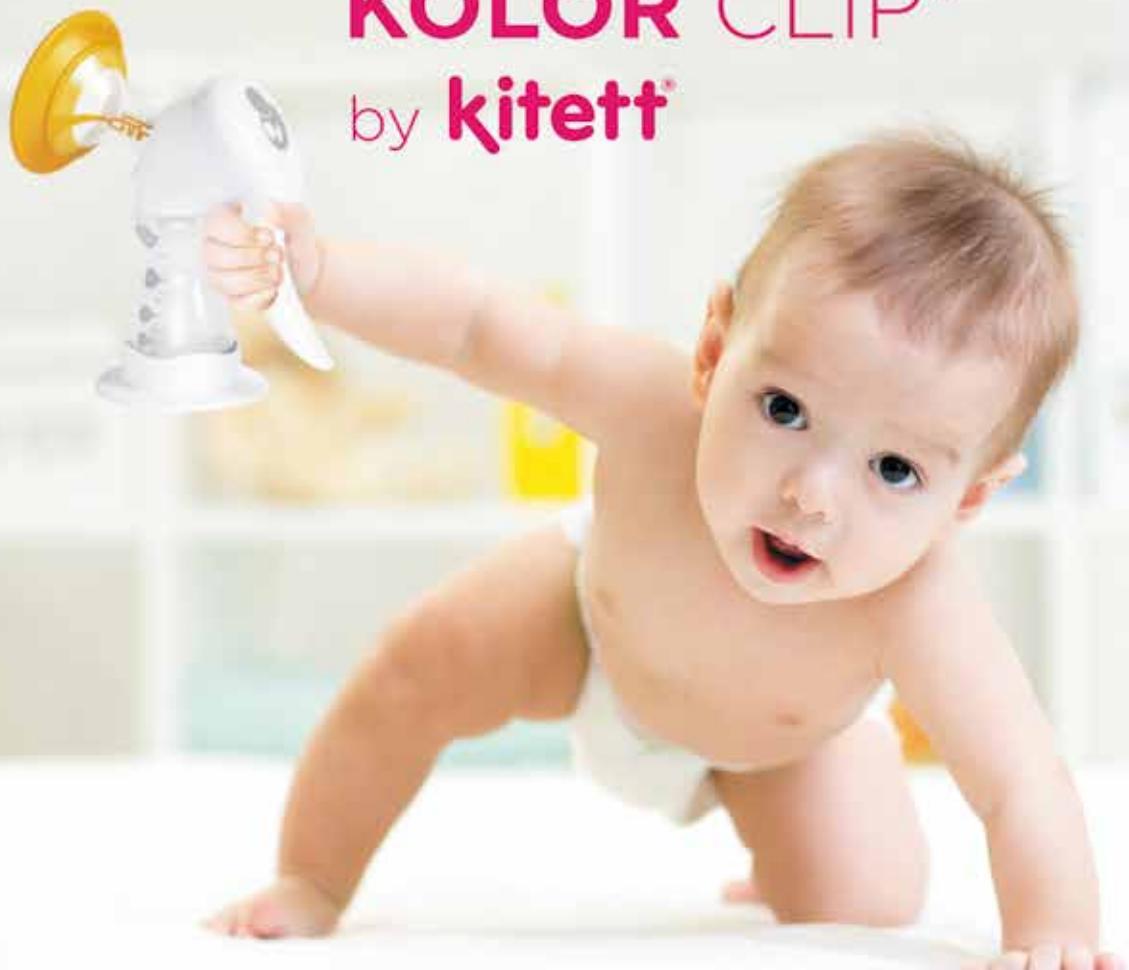
s'abonne aux **Dossiers de l'Obstétrique**

Éditions ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris

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

Renvoyer le coupon à: Dossiers de l'Obstétrique - Éditions ESKA - 12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris - Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35

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

HCDMIS FR153 D277 - 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

signé Responsable



Les nouveaux sous-vêtements Medela : *La praticité et le confort au service des Mamans allaitantes*

- Conception sans armature, garantissant un confort absolu tout en assurant un excellent maintien
- Tailles S, M, L & XL qui s'ajustent facilement à toutes les morphologies
- Matière extensible s'adaptant à l'évolution du corps et offrant un maintien parfait de la grossesse à l'allaitement
- Agréables à porter et discrets, les sous-vêtements Medela procurent un réel effet « seconde peau »
- Ils sont labellisés *Confiance Textile* pour une plus grande sécurité d'utilisation



Le soutien-gorge de jour possède des agrafes qui peuvent être manipulées d'une seule main.



L'avant croisé de **la brassière** facilite l'allaitement pendant la nuit.



Le débardeur a un effet amincissant qui atténue les rondeurs post accouchement.