

LES **DO**

#472

AOÛT-SEPTEMBRE 2017

LES DOSSIERS  
**DE L'OBSTÉTRIQUE**



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

44<sup>e</sup> année ISSN 0767-8293



DOSSIER  
**Assistance Médicale  
à la Procréation  
et Parentalité** 2<sup>E</sup> PARTIE

**REPORTAGE**

**Naissance et Parentalité en pleine conscience**

**PUBLICATION**

**Éducation à la santé orale de la grossesse à la petite enfance**

**FICHE TECHNIQUE**

**Les mouvements actifs fœtaux**

**MANAGEMENT**

**Repérage et prise en charge cliniques  
du syndrome d'épuisement professionnel ou *burn-out***



## 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 modèles<sup>1</sup> hospitaliers et compacts sont à un tarif unique de 12,07<sup>2</sup> € 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](mailto: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](http://leblogallaitement.com)

[www.grandir-nature.com](http://www.grandir-nature.com)

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

<sup>2</sup> L.P.P.R. : 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° FINISS 672656030

## COMITÉ DE RÉDACTION

### RÉDACTEUR EN CHEF

Benoît LE GOEDEC, Sage-femme

### SAGE-FEMME

Christine BUZENET, Sage-femme

## CONCEPTION GRAPHIQUE

### AGPA Éditions

12 rue du Quatre-Septembre

75002 Paris

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

agpaedit@wanadoo.fr

## MARKETING - CONGRÈS ET PUBLICITÉ

Serge KEBABTCHIEFF et Adeline MARÉCHAL

serge.kebachtchiff@eska.fr et congres@eska.fr -

Tél. 01 42 86 55 65

## ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Joëlle BELAISCH-ALLART, Service de Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction Centre Hospitalier des 4 Villes - Saint Cloud (92)

Hélène DE GUNZBOURG, Sage-Femme

Perrine MAL, Sage-femme

Virginie RIO, Bureau de l'association COLLECTIF BAMP!

Élisa TRAMUS, Chirurgien-dentiste et Sage-femme,

Metz (57)

Jérôme JANICKI, Docteur en Histoire des Sciences

(Lens - 62)

Marie-Paule STÉPHAN, Conception, réalisation,

suivi du numéro

## FONDATEUR DE LA REVUE

JEAN OSSART

## ÉDITION

agpaedit@eska.fr

## ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

adv@eska.fr

## DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF

## PUBLICITÉ - CONGRÈS - COMMUNICATION

Adeline MARÉCHAL - Tél. 01 42 86 55 69

congres@eska.fr

Serge KEBABTCHIEFF - Tél. 01 42 86 55 66

serge.kebachtchiff@eska.fr

## Éditions ESKA

12 rue du Quatre-Septembre

75002 Paris

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

<http://www.eska.fr>

## Périodicité mensuelle 11 numéros par an.

Tous les mois sauf août.

## Vente au numéro 8,50 euros

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

Revue adhérente au S.N.P.M., membre de la F.N.P.S.

Commission paritaire n° 0217 T 81395

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

Dépôt légal : Septembre 2017

Photo de couverture ©Banana Stock

Programme du IV<sup>e</sup> Congrès "Je suis la sage-femme" - 10-11 novembre 2017

Encart jeté à l'intérieur du Numéro. P. 5

Encart jeté à l'intérieur du Numéro.

Encart jeté à l'intérieur du Numéro.

Encart jeté à l'intérieur du Numéro.

Encart jeté à l'intérieur du Numéro.

Encart jeté à l'intérieur du Numéro.

Encart jeté à l'intérieur du Numéro.

Encart jeté à l'intérieur du Numéro.

Encart jeté à l'intérieur du Numéro.

Encart jeté à l'intérieur du Numéro.

Encart jeté à l'intérieur du Numéro.

Encart jeté à l'intérieur du Numéro.

Encart jeté à l'intérieur du Numéro.

## SOMMAIRE

# 472 - AOUT-SEPTEMBRE 2017

### 02 TRIBUNE

La violence gynécologique et les sages-femmes

HÉLÈNE DE GUNZBOURG

### 09 REPORTAGE

Naissance et Parentalité en pleine conscience

BENOÎT LE GOEDEC



### 17 PUBLICATIONS

Éducation à la santé orale de la grossesse à la petite enfance

ÉLISA TRAMUS

### 40 FICHE TECHNIQUE

Les mouvements actifs fœtaux

PERRINE MAL

### 42 MANAGEMENT

Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out

HAS

### 45 COMMUNIQUÉS

### 47 JURIDIQUE

### 48 KIOSQUE

### 49 HISTOIRE

Réflexions sur la quête des influences subies par les femmes de la conception à la naissance

JÉRÔME JANICKI

### 53 AGENDA



### 53 FORMATIONS

### 23 DOSSIER ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION ET PARENTALITÉ

2<sup>E</sup> PARTIE

24 Avis du Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé sur les demandes sociétales de recours à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP)

33 Épidémiologie et résultats de l'AMP

JOËLLE BELAISCH-ALLART

34 Qu'est-ce que le "Collectif BAMP !" ?

36 Tabac et fertilité

JOËLLE BELAISCH-ALLART



## LES ANNONCEURS

C2 Grandir Nature

C3 Techmed

C4 Medela

15 45<sup>es</sup> Journées Jean Cohen à Paris

Encart jeté à l'intérieur du Numéro.

16 18<sup>e</sup> Journée de l'AMP à l'Hôpital Américain

Encart jeté à l'intérieur du Numéro.

22 Matilia

32 Journées d'études ANSFC

38 Laboratoire Vygon

41 Cooper

53 CIRDH Franz Veldman

54 Association Nationale Natation & Maternité

54 ANSFL

54 Institut Naissance & Formation

55 Médicformation

Programme du IV<sup>e</sup> Congrès "Je suis la sage-femme" - 10-11 novembre 2017  
Encart jeté à l'intérieur du Numéro. P. 5

Pour vous abonner, retournez-nous le bulletin en page 56.

ABONNEMENTS  
DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

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

[www.eska.fr](http://www.eska.fr) - [adv@eska.fr](mailto:adv@eska.fr)

# La violence gynécologique et les sages-femmes

**L**a question de la violence gynécologique est un nouveau concept qui survient depuis quelques mois dans le débat public, les blogs des féministes contemporaines, les médias, les politiques. La nouvelle Secrétaire d'État chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, a courageusement pris position pour la dénoncer et diligenter un rapport sur la question de l'épisiotomie qui en est un des marqueurs, parmi d'autres, mais symboliquement très important car il s'agit d'une mutilation chirurgicale du corps et du sexe des femmes.

La nouvelle vague féministe venue des USA et de l'Europe du Nord s'est emparée à juste titre de ce concept et les féministes français (car il y a aussi des hommes et même des médecins, par exemple Martin Winckler depuis longtemps) dénoncent cette violence faite aux femmes.

Le concept est nouveau, la réalité est ancienne mais elle n'était jusqu'alors pas nommée donc déniée, même si dans les récits des femmes, la violence qui leur était faite lors de leurs consultations en gynécologie ou de leurs accouchements, sans parler de la période de suites de couches où les femmes sont particulièrement fragiles et ont besoin d'accompagnement dans leur découverte de la maternité, était toujours présente. Je puis en témoigner en écoutant pendant trente ans les récits des femmes lors des séances de préparation à la naissance que j'ai pratiquées en tant que sage-femme libérale.

La dénonciation de cette violence est juste et j'y adhère pleinement, mais il me paraît important non de relativiser mais de réfléchir aux conditions politiques de cette

## Pourquoi les femmes contemporaines acceptent-elles cette violence ?

à laquelle elles font appel pour supporter leur condition féminine et sortir de la fatalité de la procréation. Comme si elles devaient obéir à la lettre aux injonctions médicales afin de prévenir et éventuellement soigner les maladies dites gynécologiques, de suivre leur grossesse et accompagner leur accouchement avec toute l'aide de la technique actuelle qui sonde par tous les moyens leur corps et celui de leur bébé en gestation et qui intervient, avec là encore toute sa technique de pointe, pour leur assurer une naissance non pas sereine et sans violence mais sans risque, le risque étant celui

de violence : pourquoi les femmes contemporaines l'acceptent-elles ? Comme si elles devaient se soumettre à cette médecine

du handicap ou de la mort. C'est la promesse de la médecine contemporaine et c'est aussi la menace de la punition si la femme ne s'y soumet pas.

Difficile de résister, surtout lorsque l'on admet que les femmes sont soumises, volontairement ou non, aux injonctions contradictoires de réussir leur vie professionnelle en faisant de longues études et en s'installant dans une carrière au même titre que les hommes, d'accepter leur désir de maternité et d'accueillir leur enfant dans les conditions les plus douces en étant disponibles, en les allaitant le plus longtemps possible, en respectant leur rythme, en prévenant leurs maladies, leur névrose, bref en leur promettant le bonheur. Quelle "charge mentale" en effet.

La médecine est violente, elle l'a toujours été, ignorante jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle, analytique et expérimentale depuis le XIX<sup>e</sup>, scientifique et hyperteknique depuis la deuxième moitié du XX<sup>e</sup>. La gynéco obstétrique fut le terrain de cette évolution ; depuis que les découvertes et la technoscience ont permis d'agir sur la procréation et de modifier le cours divin ou naturel de l'évolution humaine, cette branche de la médecine jusqu'alors dévalorisée est devenue le lieu de tous les fantasmes, de tous les espoirs et demandes, de tous les progrès, même politiques et sociaux : la possibilité d'agir sur la procréation humaine a permis aux couples dits infertiles de procréer et donc aux homosexuels d'obtenir (même si c'est encore très difficile) les mêmes droits ainsi qu'aux célibataires.

Certains obstétriciens se sont pris pour des dieux.

Plusieurs facteurs favorisent la violence des intervenants dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique.

Le fait bien sûr qu'il s'agisse du corps des femmes et que la violence patriarcale, la violence sexuelle masculine, semblent pouvoir s'y exercer sans contrôle. En consultation la femme est seule face à celui qui détient le pouvoir médical, obligée de surmonter sa pudeur et de se livrer nue au regard, à l'examen de son vagin, de ses seins avec toute la transgression que ces gestes impliquent et qui, s'ils mettent la femme dans un apparent état de soumission, troublent fortement le jeune médecin en formation qui souvent est dans un état de fort refoulement sexuel ou affectif dû entre autres à l'enfermement des longues études médicales. Quant aux grands spécialistes gynécologues accoucheurs qui sont souvent sollicités au prix fort pour leur expertise dans le domaine de la PMA, la vénération dont ils sont l'objet parfois auprès des femmes, et surtout des médias, leur accorde, semble-t-il, le droit d'exprimer sans contrainte leur misogynie. Pas tous, bien sûr, il faut le préciser.

Lors de l'accouchement les femmes sont dans une situation de grande vulnérabilité, l'angoisse, la douleur, la dépendance à la disponibilité à la bienveillance et à l'expertise de l'autre, en l'occurrence le "soignant", les fragilisent. La nudité, les sensations extrêmes ou l'anesthésie que provoque la péridurale transforment leur conscience et diminuent leur capacité de défense, d'autant qu'elles sont

## Lors de l'accouchement les femmes sont dans une situation de grande vulnérabilité.

obligées de se concentrer avant tout sur la naissance de leur enfant. Les femmes se sentent en danger de mort

pour elles, pour leur enfant, tout particulièrement dans le système obstétrical français où l'idéologie régnante défendue par le pouvoir médical est celui du risque maximum pendant toute la période périnatale particulier pendant l'accouchement. Cette idéologie imprègne tous les esprits : soignants, patients, médias et elle diffuse dans tous les enseignements y compris dans ceux qui sont dispensés dans les écoles de sages-femmes.

Plusieurs personnes interviennent tout au long de ce parcours, de l'hôtesse d'accueil jusqu'au chirurgien en passant par l'infirmière, la sage-femme et aussi l'anesthésiste, qui en France, avec la prédominance de la péridurale, joue un rôle essentiel et, si tous ne sont pas conscients de l'état particulier dans lequel se trouve la femme en train de mettre au monde son enfant, les dérives éthiques et les violences verbales ou corporelles peuvent surgir à tout moment.

Cependant la violence ordinaire s'installe sur un fond d'habitudes, d'épuisement professionnel, d'ignorance, de peur et de bureaucratie. C'est pourquoi cette violence nous concerne tous et nous les sages-femmes en particulier.

**L'habitude et la bureaucratie.** En effet dans la plupart des services, les soignants sont obligés de suivre des "protocoles" et de cocher des cases après chaque geste pour alimenter un immense système informatique qui permettra de gérer l'organisation et la comptabilité de l'hôpital, donc de ses finances (T2a ou tarification à l'activité depuis 2007) mais aussi d'entretenir une recherche épidémiologique destinée à la technoscience médicale et à la transmission généralisée des données médicales. Chaque acte est ainsi comptabilisé et surveillé. Il devient plus difficile de se montrer disponible, à l'écoute et surtout d'enfreindre un de ces protocoles lorsqu'il paraît inadapté au cas particulier d'une patiente ou de son enfant. Cela exige un certain courage, une remise en question et un désir de liberté, et l'environnement médical actuel ne semble guère l'autoriser. La loi est le nombre, la statistique ou l'économie (même si elle devient absurde comme c'est souvent le cas avec la tarification à l'activité).

**La peur et l'épuisement.** En effet les soignants, et tout particulièrement les médecins, vivent dans la peur,

non pas du danger obstétrical car nous sommes tous formés à répondre à l'urgence qui peut survenir à tout moment, mais la peur de la transgression qui pourrait donner lieu à une critique de la part de la hiérarchie encore très puissante à une sanction voire à un procès. Sortir du protocole de la soumission, s'opposer à une injonction absurde, prendre du temps avant de réagir ou simplement, par fatigue, oublier de cocher une case mettrait en danger une carrière ou un poste.

**Voilà ce qui ne favorise ni la bienveillance, ni le respect de l'éthique ni même l'intelligence.**

Les sages-femmes participent à cette violence, elles y sont soumises en tant que femmes et la produisent aussi. D'ailleurs dans la dénonciation actuelle de la violence gynécologique, les sages-femmes ne sont pas épargnées, à juste titre. Elles en sont conscientes et nombreuses sont celles qui préfèrent sortir du système hospitalier, s'installer en libéral, exercer autrement leur art, en pratiquant l'accompagnement global et même l'accouchement à domicile ou sur des plateaux techniques qui acceptent de les accueillir, avec le risque cependant de ne pouvoir bénéficier d'une bonne assurance professionnelle

**Mais ce choix individuel infiniment respectable ne résout en rien la question de la violence gynécologique.**

## Les jeunes élèves sages-femmes que je rencontre lors de mes interventions dans leurs écoles évoquent cette violence et leur incapacité de réagir.

Dans les hôpitaux les sages-femmes sont de moins en moins nombreuses car les restrictions budgétaires du système hospitalier pèsent sur elles aussi. Leur disponibilité est limitée et elles doivent obéir aux protocoles. En outre leur formation dans les écoles de sages-femmes, et dans les stages surtout, ne les incite guère à se révolter devant la violence faite aux femmes et à résister. Les jeunes élèves sages-femmes que je rencontre lors de mes interventions dans leurs écoles évoquent cette violence et leur incapacité de réagir. Elles observent cette humiliation faite aux femmes en détresse car ce sont évidemment les plus fragiles qui la subissent : les adolescentes, les femmes seules, les étrangères qui parlent mal ou pas du tout le français, les marginales, les toxicomanes ou atteintes de troubles psychiatriques, les femmes terrorisées par l'accouchement, celles qui se sentent coupables après une IVG antérieure ou après un deuil, enfin toutes les femmes qui, dans cette situation, sont en demande, seules et vulnérables.

**Avec le silence, la culpabilité et la honte s'installent** et elles redoutent de reproduire ces comportements plus tard lorsqu'elles seront elles-mêmes responsables.

Si je repense à ma formation de sage-femme à la fin des années 70 je suis cependant enchantée de l'évolution de ma profession et de sa formation. Nous n'avions que trois années d'études très techniques sans aucune réflexion ni psychologique, ni juridique, ni éthique. La gestion de la douleur était à peu près inexistante, la préparation à l'accouchement qui avait été révolutionnaire malgré son aspect "soviétique" dans les années 50 et 60 était passée de mode et abandonnée ou presque et la péridurale qui commençait à peine semblait réservée à certaines patientes dites à risques; l'utilisation des forceps était brutale, douloureuse et parfois dangereuse. Quant à l'épisiotomie, c'était pratiquement la règle définie par la hiérarchie médicale: certains chefs de service l'imposaient à toute leur équipe et leurs assistants servaient de relais. Les sages-femmes qui s'y opposaient devaient être bien expérimentées et avoir un certain courage pour s'opposer à cette doxa. Nos enseignantes en général nous transmettaient la norme en vigueur.

Le Conseil de l'Ordre des Sages-femmes était présidé par un médecin qui les méprisait et ma profession n'avait pratiquement aucune autonomie pour réfléchir à sa pratique et l'enseigner librement, d'autant que les écoles étaient, elles aussi, dirigées par le chef de service de la maternité où elles étaient implantées. (c'est toujours le cas).

De nos jours, après bien des luttes, les sages-femmes ont gagné en autonomie, en indépendance professionnelle. L'Ordre s'est émancipé de la tutelle du médecin, le concours très sélectif d'entrée dans la formation est commun à toutes les formations médicales donc à celle des médecins, les écoles se transforment pour devenir "universitaires", les études durent cinq ans avec

### Mais est-ce pour autant que les sages-femmes se libèrent du pouvoir médical ?

la nécessité de présenter un mémoire de recherche équivalent au master, les enseignements se diversifient avec l'introduction, encore très relative, des sciences humaines et de l'éthique. Mais est-ce pour autant que les sages-femmes se libèrent du pouvoir médical, qu'elles apprennent à remettre en question leur pratique, à prendre la parole quotidiennement dans les services pour dénoncer certains abus ou imposer une autre approche du corps des femmes ?

**L'intervention de Marlène Schiappa**, même si elle s'est trompée sur les chiffres concernant le nombre d'épisiotomies actuellement réalisées en France, a le

mérite de poser le problème de cette violence gynécologique à laquelle tous et toutes nous participons. La dénonciation ne suffit pas, cette violence est celle que subissent les femmes et particulièrement, comme l'ont analysé les grandes figures de l'anthropologie comme Levy Strauss, Françoise Héritier et les féministes du siècle dernier comme Antoinette Fouque, en raison de leur pouvoir d'engendrement, pour ne citer que ces exemples.

Les blogs comme celui de Marie-Hélène Lahaye jouent un rôle essentiel de lanceurs d'alertes et de libération de la parole des femmes, d'apport de témoignages, mais ils peuvent aussi parfois donner lieu à des dénonciations injustes et contre-productives.

### Les sages-femmes dans leur ensemble peuvent profiter de ce mouvement de révolte des femmes qui se sont tues si longtemps et qui désormais prennent la parole.

Les sages-femmes dans leur ensemble peuvent profiter de ce mouvement de révolte des femmes qui se sont tues si longtemps et qui désormais prennent la parole et c'est le fruit de l'évolution d'un féminisme contemporain qui dénonce le harcèlement sexuel, la violence faite aux femmes dans la famille, les institutions, le travail et l'espace public. L'hôpital ne sera pas épargné, ni les femmes ou les sages-femmes qui y participent en se soumettant à la violence machiste, patriarcale ou mandarinale.

**La formation des jeunes sages-femmes devrait leur permettre de prendre en compte cette violence** qu'elles subissent elles aussi et d'avoir le courage ou la liberté de réagir. Les plus anciennes, souvent conscientes de cette réalité, devraient pouvoir s'organiser pour faire barrage et des lieux de réflexion éthique au sein des services où il serait possible d'y réfléchir ensemble avec les autres intervenants, à égalité, sans hiérarchie, car pour les femmes la violence est aussi blessante, qu'elle vienne de l'hôtesse d'accueil, de l'infirmière, de la sage-femme ou du médecin. Qu'elle soit liée à un mot, à un geste, à un silence ou un déni.

**C'est une nécessité et elle est urgente** si nous voulons regarder en face ce juste mouvement politique et y répondre en tant que sages-femmes, profession essentielle et unique dans ce questionnement sur le rapport des femmes et donc de nous-mêmes aussi, à la gynécologie, à l'obstétrique, confrontés à la violence, qu'elle soit ou non médicale. •

# IV<sup>e</sup> 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<sup>e</sup>, 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



**SOUS LA PRÉSIDENTE D'HÉLÈNE DE  
La sage-fem**

**VENDREDI 10 NOVEMBRE 2017**

8h30 Accueil des participants  
9h00 OUVERTURE DU COLLOQUE

### **CORPS, MYTHES ET RELIGION**

9h15 Du bébé vampire au bébé zombie  
.....**Marika MOISSEFF**, anthropologue

**10h45 PAUSE**

11h15 La femme, un corps au risque de l'altérité  
.....**Dominique GAUCH**, psychanalyste, théologienne

11h45 Les organes médiateurs de la naissance  
.....**Hélène de GUNZBOURG**, sage-femme, philosophe

**12h15 DÉJEUNER**

### **CORPS, ARTS ET POLITIQUE**

14h00 Création de danse: corps mécanique, corps esthétique  
.....**Kylian CAMPBELL**, chorégraphe, danseur

14h30 Corps en scène, enjeu de lutte et de pouvoir pour le comédien,  
pour la Sage-Femme .....**Jean Christophe DUTREY**, metteur en scène

15h00 Le contrôle des corps en prison, la double peine pour les mères  
.....**Coline CARDI**, sociologue

**15h30 PAUSE**

16h00 La Sage-Femme a-t-elle un corps ?  
.....**Benoit LEGOEDÉC**, Sage-femme et coach  
**Celine PUILL**, Sage-femme et sociologue

16h30 Le corps dans l'enseignement en maïeutique : récit d'une expérience originale  
.....**Maï LE DU**, Sage-Femme enseignante et sociologue  
**Claire PERRIN**, directrice de l'école de sages-femmes de Tours

**PSYCHANALYSE**

**PHILOSOPHIE**

**SEXUALITÉ**

GUNZBOURG ET BENOÎT LEGOEDEC

## me et le corps

SAMEDI 11 NOVEMBRE 2017

- 8h30 Accueil des participants  
9h00 OUVERTURE DU COLLOQUE

### CORPS, HISTOIRE ET PHILOSOPHIE

- 9h15 La naissance d'un corps professionnel au XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup>, les Sages-Femmes  
.....**Nathalie SAGE PRANCHÈRE**, historienne  
9h45 La femme entre corps et chair, « parfum de femme »  
.....**Dominique FOLSCHEID**, philosophe

10h15 PAUSE

### CORPS, GENRE ET SEXE

- 11h15 La revanche de la chair.....**Dominique MEMMI**, sociologue  
11h45 Faut-il accueillir le nouveau né en l'assignant à un genre ?  
.....**Mathieu LE MENTEC**, infirmier sociologue

12h15 DÉJEUNER

14h00 à 17h00, UNE HEURE PAR ATELIER, TROIS GROUPES

ATELIERS :

LE DÉGOÛT PROFESSIONNEL

**Dominique MEMMI**, sociologue / **Gilles RAVENEAU**, sociologue

AUTRES ATELIERS :

EXPÉRIENCES CORPORELLES, SENSITIVES ET PHÉNOMÉNOLOGIQUES,  
*intervenants en attente de confirmation*

SOCIOLOGIE

HISTOIRE

ART

RELIGIEUX

## LA SAGE-FEMME ET LE CORPS

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

Nous interrogeons le rapport de la sage-femme et du corps, le sien, celui de la femme, de la mère, du fœtus, du nouveau né, le corps physique, imaginaire, politique, le corps psychique et le corps vulnérable.

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

## BULLETIN D'INSCRIPTION

LA SAGE-FEMME ET LE CORPS – 10 ET 11 NOVEMBRE 2017  
INSTITUT DU CERVEAU ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

à remplir et à retourner à : CFEE - Congrès - 12, rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 79 - Fax : 01 42 60 45 35

Email : inscription et renseignements : congres@eska.fr

Nom (MAJ.) ..... Prénom .....  
Adresse .....  
Code postal ..... Ville ..... Pays .....  
Spécialité ..... Tél. ..... Fax .....  
E-mail (impératif) .....

## FRAIS D'INSCRIPTION (hors déjeuners)

	Prix Avant le 30/09/17	Prix Après le 30/09/17
<input type="checkbox"/> Sage-Femme	150 €	180 €
<input type="checkbox"/> Étudiante	50 €	50 €
<input type="checkbox"/> Médecin	230 €	250 €
<input type="checkbox"/> Entreprises	280 €	300 €
<input type="checkbox"/> Abonnés aux Dossiers de l'obstétrique pour l'année 2017	100 €	100 €
<input type="checkbox"/> Déjeuner du vendredi 10/11/2017 :	30 €	
<input type="checkbox"/> Déjeuner du samedi 11/11/2017 :	30 €	

Bulletin d'inscription à retourner impérativement

## FRAIS D'INSCRIPTION TOTAL .....

**Paiement :** Je joins la somme de : ..... €

- chèque à l'ordre de CFEE  
 virement : BNP Paribas - Paris Champs Elysées (00804)  
à l'ordre de CFEE - compte n° 30004 00804 0010139858 36  
code IBAN : FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836

carte de crédit :  visa  mastercard

Carte N° .....

Date d'expiration : / / / /

Date : Signature :

## TRANSPORTS

Pour obtenir la réduction « Congrès » sur le réseau FRANCE :

SNCF : oui  non

AIR-FRANCE : oui  non



30666AF

Bénéficiaire de tarifs préférentiels avec Air France et KLM Global Meetings.

Événement : Evènements de l'Année en Médecine 2016

Lieu de l'événement : Paris, France

Code Identifiant à communiquer lors de la réservation:

Plus d'information [www.airfranceklm-globalmeetings.com](http://www.airfranceklm-globalmeetings.com)

À l'étranger, contactez le central de réservation Air France de votre pays.



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

Contacts : Serge KEBABTCHIEFF – Adeline MARÉCHAL

12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris,

Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35 - E-mail : congres@eska.fr - Site : [www.eska.fr](http://www.eska.fr)

AGRÉÉ PAR LE CONSEIL RÉGIONAL DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE - CFEE : N° 11753436775

# Naissance et Parentalité en pleine conscience

**Nancy Bardacke est sage-femme depuis quarante ans. Elle a accompagné des naissances à la maison, en maison de naissance ou en hôpital. Elle s'est formée en 1994 au Mindful Based Stress Reduction (MBSR) avec Jon Kabat Zin, son inventeur.**

**Elle va ensuite, avec son soutien, adapter ce programme aux besoins des femmes enceintes en créant le programme Mindfulness-Based Childbirth & Parenting (Se préparer à la naissance et à la parentalité en pleine conscience).**



**N**ancy est venue à Paris pour trois jours début septembre pour présenter son programme et initier les participants à la pleine conscience.

Elle se présente : « *Je suis sage-femme, formée aux USA. J'ai d'abord été infirmière avant d'être sage-femme. J'ai commencé la relation avec la naissance depuis que je suis née ! J'ai ensuite donné naissance à mon fils. J'ai entrepris d'être sage-femme puis pratiqué. J'ai commencé la pratique de la méditation en 1980 et effectué une retraite en silence de dix jours.*

*Mais c'est quand j'ai démarré mon expérience de sage-femme qu'a commencé ma méditation. Cette retraite a créé une résonance, une familiarité avec le processus de la naissance.*

*Nous sommes là et maintenant. Personne ne sait ce qui va se passer. J'ai un plan, je sais où j'aimerais aller mais il va falloir expérimenter, pratiquer, être ici et maintenant en cultivant sa capacité à être conscient de notre corps et de notre esprit.»*

Ce n'est qu'en 1998 qu'elle a pu relier ses deux pratiques, celle de sage-femme et celle de méditation.

« *C'est comme si cela venait de nulle part. Tout le monde me trouvait folle. Il était très inattendu de se préparer à la naissance par une pratique de méditation, une heure par jour, six jours par semaine. Jon Kabat Zin m'a soutenue, un peu comme un père. Je ne savais pas quel retour j'aurais des parents. J'adaptais en fonction de ce qui se passait. J'ai fait des erreurs mais j'étais satisfaite. J'ai travaillé au Centre de médecine intégrative, où les gens peuvent bénéficier de plusieurs approches telles que l'acupuncture, la nutrition, la méditation et la pleine conscience pour réduire le stress et en thérapie cognitive. »*

Une chercheuse en post-doctorat qui travaillait sur le développement des enfants, Larissa Duncan, a créé un partenariat de recherche clinique avec Nancy Bardacke pour avoir des données scientifiques et vérifier si ces données pouvaient être

démonstrées. Elles ont ensemble publié des études.

Son programme se déroule sur 9 semaines, avec un engagement méditatif quotidien.

Nancy accueille les participants en leur demandant de se présenter ainsi : « *Donnez votre prénom, d'où vous venez, comment vous êtes venu(e) jusqu'ici et combien de temps cela vous a pris* ».

Les participants, au nombre de cinquante environ, venaient des quatre coins de France, de Belgique, d'Allemagne, des Pays-Bas, d'Angleterre.

Plus tard nous comprendrons, à travers leurs propos, qu'ils exerçaient dans le champ de la pleine conscience, ou étaient psychologues, sages-femmes... Mais à cet instant présent, tous se retrouvaient pour partager cette même expérience avec Nancy. Et chacun partageait le chemin qu'il avait fait pour ce rassemblement.

\*\*\*

Puis, nous avons commencé par **un exercice sur la respiration**, en en prenant conscience, avec bienveillance, chacun allant découvrir là où il la percevait le mieux, sans jugement, du ventre, du thorax aux narines... peu importe, tout était bon car c'était ainsi, pour moi, à cet instant.

**Le deuxième exercice proposé sera autour d'un grain de raisin sec.**

Le regarder, le toucher, le sentir, l'écouter, le goûter... et le relier avec tout ce qui a pu le faire arriver jusqu'ici.

Ce travail était dirigé vers la perception qui permet à l'esprit de changer le corps.

CHACUN ALLANT DÉCOUVRIR LÀ OÙ IL LA PERCEVAIT LE MIEUX, SANS JUGEMENT, DU VENTRE, DU THORAX AUX NARINES...





Mais aussi sur le fait que, souvent, nous allons si vite que nous ne nous donnons pas la chance d'expérimenter. Expérimenter à chaque fois ne prend pas de temps : c'est une façon d'être présent à ce qui se passe.

Cela permet d'être éveillé et conscient à ce qu'est notre relation aux choses, aux autres, au monde, ici le grain de raisin.

Puis, Nancy ramène **cette expérience à la naissance**. Ce qu'on sait de la naissance ou de l'accouchement n'est que l'expérience des autres, ce qui est transmis ou ce qu'on sait de notre expérience. Mais chaque naissance est différente de ce qu'on en pense, personne n'en connaît la réalité. En étant présent au moment, cela peut être différent, différent parce que notre esprit est celui de débutant. Il adopte une attitude de fraîcheur, pas à pas, regardant ce qu'il sait mais parfois c'est ainsi, parfois autrement.

Cette présence à l'instant permet d'apprendre à vivre avec des sensations non souhaitées, d'accroître sa capacité d'être avec l'inconfort. Mais on peut traverser l'expérience avec curiosité, ne pas laisser partir l'esprit dans le passé ou l'avenir. On peut traverser l'expérience même s'il n'existe pas de soulagement ; on doit pouvoir traverser les moments inconfortables et difficiles.

Ce n'est pas un problème de travailler avec ce qu'on n'aime pas, mais une opportunité. « *C'est une histoire d'amour avec la réalité* », dit Nancy en faisant un clin d'œil à la réputation des Français...

Il n'est pas nécessaire d'analyser mais d'être à l'écoute de ce qui émane de soi, de regarder la résistance dans la situation. Par exemple, à chaque fois que nous bougeons, changeons de posture, nous cherchons le confort.

La respiration est un très bon moyen de revenir à l'instant présent, par le corps, lorsque l'esprit vagabonde.

Et cela permet de prendre soin de soi, en tant que professionnel ou en tant que parent, pour prendre soin ensuite de l'autre.

À San Francisco, les étudiants sages-femmes ont une heure de méditation par semaine car il n'est pas facile de vivre la profession de sage-femme même lorsqu'on est attiré par elle.

Chaque expérience est suivie d'un temps d'échange avec le groupe.

\*\*\*

Le lendemain matin, Nancy se met **en situation d'une séance avec les couples**. Les participants jouent ce rôle.

L'éventail des préparations à la naissance est tellement large qu'elle va rester sur la normalité. Et elle commence comme si elle s'adressait aux couples : « *C'est-à-dire qu'il n'y a rien à faire ; le travail démarre dès le début du processus de grossesse. Le fœtus grandit par lui-même. Tout est programmé. L'esprit du non-faire est à appliquer. Quel soulagement de ne rien avoir à faire, de ne pas se dire "ce matin je dois lui faire pousser les ongles"... Il faut juste être heureuse pour recevoir l'événement. Puis, un jour, le corps de la mère et le bébé sont prêts. Ils disent de concert, c'est terminé. Et le travail d'accouchement commence. Personne ne sait quand cela va démarrer. Alors les sensations utérines commencent, on appelle cela contractions. Elles sont de plus en plus proches, régulières et alors, le col se dilate. Puis il y aura une pression vaginale qui amènera à pousser ; un pas en avant, deux pas en arrière... et le vagin se dilate, s'étire. L'accouchement est la partie la plus facile, après il faut élever cet enfant.* »

Voilà ce qu'il y a à dire. Rien de plus. Pourquoi faire des cours ? Il y a tellement d'informations que les femmes sont submergées. Et pourtant elles restent avec l'inconnu. Est-ce que toutes ces informations aident à vivre avec l'inconnu ? Le ressenti est dans le corps. La pleine conscience déconnecte les sensations de la réaction.

Puis, Nancy aborde **la douleur**, sa définition, ses sensations et les réactions hormonales du travail, notamment l'ocytocine et tout ce qui amène à sa sécrétion dans la vie, et les endomorphines.

CE N'EST PAS UN PROBLÈME DE TRAVAILLER AVEC CE QU'ON N'AIME PAS, MAIS UNE OPPORTUNITÉ.

Expérience avec les glaçons



S'il n'existe pas de peur, l'organisme est programmé pour se protéger. Dans la pleine conscience, le travail se fait avec le processus naturel et pas contre. Cela ne rendra pas tout parfait, ni même ne fera pas toujours qu'il n'y ait pas besoin d'aide, mais cela permet de travailler avec l'inconnu, sans stress. Respiration après respiration. Ici et maintenant à condition de simplicité complète. Inconnu parce qu'on ne cherche pas, mais que la femme s'y laisse aller en remarquant juste ce que c'était. Chacun est responsable de son expérience.

Changer le paradigme de ce qu'est d'être humain prend du temps.

Il n'y a pas de promotion de l'accouchement naturel dans la pleine conscience mais une harmonie entre le corps et l'esprit, une possibilité de faire face au présent quel que soit l'accouchement car il existe beaucoup d'illusions ou de fantasmes sur ce que chacun avait imaginé.

Puis, **une expérience avec des glaçons** est proposée. Plusieurs exercices, la main dans la glace, permettent d'approcher l'aide de ce que peut être la pleine conscience et la respiration. Plusieurs exercices s'enchaînent, comme dans un rythme de contractions, d'abord entre soi, puis associé au toucher du partenaire. Chaque contraction est différente. Il y a un travail sur l'impermanence et la possibilité d'être dans sa présence avec l'autre. Une interconnexion au travers le toucher.

Il convient de porter attention de manière délibérée à ce qui se passe à ce moment-là, et cela sans jugement.

Il convient de s'engager. Même si dans l'engagement il existe toujours de l'hésitation, un risque de ne pas y aller, un sentiment d'inefficacité par rapport à un acte à inventer, un acte de création. Il existe une vérité élémentaire dans l'engagement : l'ignorance de ce qui va arriver quand on s'engage.

\*\*\*

Et Nancy termine les trois jours en lisant le poème suivant de Goethe :

### LE POUVOIR DE L'ENGAGEMENT

JOHANN WOLFGANG VON GOETHE

« Tant que nous ne nous **engageons** pas, le doute règne, la possibilité de se rétracter demeure et l'inefficacité prévaut toujours. En ce qui concerne tous les actes d'initiatives et de créativité, il est une vérité élémentaire dont l'ignorance a des incidences innombrables et fait avorter des projets splendides. Dès le moment où on **s'engage pleinement**, la **providence** se met également en marche.

Pour nous aider, se mettent en œuvre toutes sortes de choses qui sinon n'auraient jamais eu lieu. Tout un enchaînement d'événements, de situations et de décisions crée **en notre faveur** toutes sortes d'incidents imprévus, des rencontres et des aides matérielles que nous n'aurions jamais rêvé de rencontrer sur notre chemin.

Tout ce que tu peux faire ou rêver de faire, **tu peux l'entreprendre. L'audace renferme en soi génie, pouvoir et magie. Débute maintenant.** » •

## Article paru dans le New York Times

Beaucoup de femmes enceintes s'inquiètent de la douleur physique qui accompagne le travail et l'accouchement. De nouvelles recherches suggèrent que l'inclusion de compétences conscientes dans l'éducation de l'accouchement peut aider les primipares à faire face à leurs peurs. L'étude, publiée dans la revue *BMC Grossesse et accouchement* indique également que cette prise en compte peut aider à diminuer les symptômes de dépression chez les femmes en post-partum.

La pleine conscience, définie comme **la conscience qui résulte de la prise de l'attention dans le moment présent**, a été démontrée aider à gérer la douleur chronique, la dépression et l'anxiété. Cette étude, même si petite, est l'une des premières à se pencher sur la manière dont ces compétences peuvent être utiles aux femmes enceintes « *La peur de l'inconnu affecte tout le monde, et cela peut être particulièrement vrai pour les femmes enceintes* », a déclaré Larissa Duncan, chercheuse principale de l'étude et professeure agrégée de développement humain et d'études familiales à l'Université du Wisconsin-Madison.

L'étude comprenait 30 primipares au troisième trimestre de leur grossesse. Chaque femme a complété une série de questionnaires : une avant l'étude, une autre après avoir terminé le cours et une dernière après l'accouchement. Beaucoup de participants se sont inquiétés de la douleur de l'accouchement, tandis que d'autres avaient peur de la dépression post-partum « *Je me préoccupe de ce qui pourrait nuire au travail* », a écrit un participant au début de l'étude. « *J'ai lu des livres, mais ils me font peur. J'ai peur de la douleur, et l'inconnu est effrayant* ».

Une étude a montré que les mères primipares qui craignaient l'accouchement étaient plus susceptibles d'avoir un travail plus long – en moyenne 47 minutes de plus – que les femmes semblables qui n'avaient pas peur. Bien que de

nombreuses femmes prennent des cours d'accouchement pour se renseigner sur le processus de naissance, beaucoup de ces cours n'enseignent pas les compétences pour faire face à l'anxiété de l'accouchement. Selon le Dr Duncan, dans certains cas, ces cours peuvent même aggraver les phénomènes chez les femmes. « *L'éducation à l'accouchement qui ne comprend que de l'information sur le travail et l'accouchement peut faire craindre que les mères ne se sentent plus prêtes* », a-t-elle déclaré. Curieux de savoir si les compétences conscientes pourraient aider les femmes à gérer ces angoisses, le Dr Duncan et ses collègues ont assigné au hasard la moitié des participants à un atelier d'accouchement en pleine conscience appelé *Mind in Labor*. Les autres ont été assignés à des cours traditionnels d'accouchement.

*The Mind in Labor* est un cours de week-end développé par Nancy Bardacke, une infirmière diplômée et enseignante en soins infirmiers et enseignante à l'esprit au Centre Osher pour la médecine intégrative à l'Université de Californie, à San Francisco, Medical Center. Durant le cours, les femmes apprennent comment appliquer au processus d'accouchement et la façon d'utiliser la conscience pour faire face à la douleur et à la peur pendant le travail. Les partenaires de naissance apprennent également à donner un confort et un soutien en utilisant des techniques de conscience. « *J'enseigne aux femmes, et bien sûr à leurs partenaires, que les contractions douloureuses du travail vont et viennent, momentanément, et que, entre les contractions, ce sont des moments de calme et de facilité* », a déclaré M<sup>me</sup> Bardacke.

Elle dit que la clé de la gestion de ses craintes est d'apprendre à rester ancré dans le moment présent sans se soucier du passé ou du futur.

Pour enseigner cette compétence, M<sup>me</sup> Bardacke demande aux participants de tenir des glaçons entre leurs mains en faisant attention

>>>

&gt;&gt;&gt;

## Suite de l'article du New York Times

à leur souffle. Elle a dit que cela leur permet de connaître la nature temporaire des sensations physiques désagréables.

Elle introduit également des pratiques de méditation de base, telles que le yoga, la méditation assise et la méditation ambulante, ainsi que des pratiques informelles, telles que la consommation consciente.

« *La pratique de la pleine conscience offre une opportunité pour la découverte de ressources intérieures de la force et de la résilience précédemment non reconnues* », a déclaré M<sup>me</sup> Bardacke. « *Au moment où l'atelier est terminé, les niveaux de confiance des femmes augmentent et leurs peurs commencent à se dissiper. Ils se rendent compte que même si l'accouchement est difficile, c'est quelque chose qu'ils peuvent gérer, moment par moment.* »

Après avoir assisté au cours, les participants ont déclaré qu'ils se sentaient plus préparés à l'accouchement imminent et étaient moins susceptibles d'utiliser des médicaments contre la douleur opioïde pendant le travail.

Ces femmes ont également eu des scores inférieurs de symptômes de dépression prénatale et post-partum que ceux qui ont participé aux cours traditionnels d'accouchement. Selon l'American Psychological Association, les facteurs biologiques, tels que les changements hormonaux, peuvent affecter le risque de dépression chez la mère. L'association affirme également que les femmes peuvent avoir du mal pendant la période post-partum alors qu'elles s'adaptent à leurs nouveaux rôles en tant que mères. Les résultats de l'étude suggèrent que les compétences de conscience peuvent aider les femmes à gérer les symptômes de la dépression maternelle en leur enseignant comment faire face à l'inconnu de la nouvelle maternité.

« *Les femmes enceintes peuvent se sentir comme si elles devaient contrôler et gérer tous les aspects de l'expérience de la naissance* », a déclaré Carla Naumburg, une experte parentale attentive et travailleuse sociale clinique à Newton, Massachusetts, qui n'a pas participé à l'étude. « *Ils s'inquiètent souvent de l'avenir, et cela affecte non seulement l'accouchement, mais cela peut aussi rendre les parents plus difficiles* ».

Le Dr Naumburg a déclaré que la vigilance peut aider les femmes dans le travail à rester présentes et à répondre à leur expérience, ce qui peut aider à soulager leurs souffrances physiques et émotionnelles.

Les chercheurs ont déclaré qu'ils envisagent de mener des études plus larges pour examiner comment la conscience peut non seulement préparer les couples à naviguer dans l'accouchement avec une plus grande facilité émotionnelle, mais aussi les aider à élever des enfants.

« *En apprenant des compétences consciencielles dans le cadre de leur éducation sur l'accouchement, les femmes enceintes peuvent réévaluer la naissance imminente comme quelque chose qu'elles peuvent gérer au lieu de la considérer comme quelque chose qu'elles craignent* », a déclaré M. Duncan. •

## PUBLICATION

## Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison

Larissa G. Duncan, Michael A. Cohn, Maria T. Chao, Joseph G. Cook, Jane Riccobono and Nancy Bardacke.

*BMC Pregnancy and Childbirth*. BMC series – open, inclusive and trusted 2017 17: 140.

<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1319-3>. ©The Author(s) 2017.

## Background

Childbirth fear is linked with lower labor pain tolerance and worse postpartum adjustment. Empirically validated childbirth preparation options are lacking for pregnant women facing this problem. Mindfulness approaches, now widely disseminated, can alleviate symptoms of both chronic and acute pain and improve psychological adjustment, suggesting potential benefit when applied to childbirth education.

## Methods

This study, the Prenatal Education About Reducing Labor Stress (PEARLS) study, is a randomized controlled trial (RCT; n = 30) of a short, time-intensive, 2.5-day mindfulness-based childbirth preparation course offered as a weekend workshop, the *Mind in Labor (MIL): Working with Pain in Childbirth*, based on *Mindfulness-Based Childbirth and Parenting* (MBCP) education. First-time mothers in the late 3<sup>rd</sup> trimester of pregnancy were randomized to attend either the MIL course or a standard childbirth preparation course with no mind-body focus. Participants completed self-report assessments pre-intervention, post-intervention, and post-birth, and medical record data were collected.

## Results

In a demographically diverse sample, this small RCT demonstrated mindfulness-based childbirth education improved women's childbirth-related appraisals and psychological functioning in comparison to standard childbirth education. MIL program participants showed greater childbirth self-efficacy and mindful body awareness (but no changes in dispositional mindfulness), lower post-course depression symptoms that were maintained through postpartum follow-up, and a trend toward a lower rate of opioid analgesia use in labor.

They did not, however, retrospectively report lower perceived labor pain or use epidural less frequently than controls.

## Conclusions

This study suggests mindfulness training carefully tailored to address fear and pain of childbirth may lead to important maternal mental health benefits, including improvements in childbirth-related appraisals and the prevention of postpartum depression symptoms. There is also some indication that MIL participants may use mindfulness coping in lieu of systemic opioid pain medication. A large-scale RCT that captures real-time pain perceptions during labor and length of labor is warranted to provide a more definitive test of these effects.

**Trial registration** The ClinicalTrials.gov identifier for the PEARLS study is: NCT02327559. The study was retrospectively registered on June 23, 2014.

**Keywords** Mindfulness Childbirth Labor Fear Pain Postpartum depression.

## Interview de Thierry Cardoso, Santé Publique France

→ L'étude relayée par le *New York Times* a montré une réduction de l'anxiété, de la douleur pendant le travail et de la dépression du post-partum. Il y avait déjà des études par Larissa Duncan. À Lyon, un chercheur en Neurosciences travaille aussi sur ces sujets. Il est plus facile de trouver des références sur ces sujets maintenant : comment fonctionne le cerveau, l'effet de la méditation...

### • Et votre engagement à vous dans Santé Publique France ?

J'ai deux casquettes que j'essaie de fusionner. La casquette Santé Publique France où je suis responsable d'une unité auprès de la Direction de la Promotion de la Santé, qui va de la période périnatale jusqu'à la fin de l'adolescence. Elle a vocation à travailler sur la promotion de la santé, c'est-à-dire comment on construit des environnements favorables dans les différents environnements, la famille, la ville, l'école... et aussi un aspect prévention et réduction des risques plus classiques.

Donc, on favorise, on soutient, on potentialise les facteurs positifs pour un environnement harmonieux et on s'appuie sur toutes les avancées des neurosciences, de ce qu'on connaît aujourd'hui des effets sur le cerveau, et notamment sur celui de l'enfant, la manière dont on l'accueille. Il y a donc, à la fois la santé de la mère et aussi la santé de l'enfant dans son développement.

Par ailleurs, je suis aussi instructeur en *Mindfulness*, d'abord en réduction du stress et maintenant de manière plus générale. Je développe aujourd'hui de l'enseignement et continue ma formation aux USA.

### • Vous faites un lien entre les deux ?

Oui, pour une raison très simple, c'est que la *mindfulness* est une action de santé publique validée scientifiquement, bien connue pour être efficace par exemple dans les addictions, sur les domaines de préparation à la naissance et à la parentalité, dans les écoles (très développé aux USA).

Aujourd'hui, il existe des expériences locales et le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation nationale commencent à être intéressés.

Je leur ai fait par exemple une présentation sur les applications en santé publique de la *mindfulness*. Il faut réfléchir à ce qu'il est possible de faire.

### • Ils sont prêts à cela sans se sentir menacés dans leurs paradigmes ?

Pour le moment les discussions sont ouvertes et les premiers contacts sont positifs. Après, à l'intérieur de l'institution, je ne peux répondre ; c'est une bonne question mais je n'en sais rien. Cela prendra du temps, comme pour l'hôpital. Dans ce cadre-là, je participe à un DU à la Pitié, monté par le vice-doyen et le professeur de néphrologie qui sont tous les deux méditants et instructeurs *Mindfulness based stress reduction* et qui ont développé le premier DU pour les soignants déjà en exercice (Gestion du stress basé sur l'utilisation de la pleine conscience dans la relation patient-soignant) qui existe depuis deux ans, avec un enseignement de la pleine conscience, des ateliers pratiques, un atelier sur la bienveillance... On voit des choses institutionnelles qui commencent à s'ouvrir au sein de l'université.

### • Et à Strasbourg ?

Le DU de Strasbourg est encore autre chose : c'est le DU Médecine, Méditation et Neurosciences qui donne un aperçu de ce qui se fait aujourd'hui. C'est moins expérimentiel. Ça donne une vision, une connaissance globale mais cela ne permet pas forcément d'intégrer dans sa pratique.

Santé Publique France a un accueil très favorable parce que notre travail est de détecter tout ce qui est innovant, de voir si c'est transférable. Dans mon unité, plusieurs programmes de soutien à la parentalité sont en expérimentation. Après, la difficulté est d'avoir des praticiens formés, et on n'en est pas encore là car il faudrait une formation en français...

### • Quand les professionnels sont formés, trouvez-vous que cela les a changés eux-mêmes ?

De manière générale, complètement. Mon idée est de dire qu'il faut d'abord s'occuper des enseignants. Quand on

**Cela demande un énorme travail personnel, 24 H/24 car chaque minute est une occasion d'être présent.**

s'occupe de celui qui prend soin il peut, en s'étant occupé de lui, prendre soin de l'autre. C'est ce qui est vraiment formidable avec la *mindfulness* et pourquoi cela marche, mais c'est ce qui est aussi le plus difficile, ce n'est pas une technique mais une manière d'être. Cela demande un énorme travail personnel, 24 heures sur 24 car chaque minute est une occasion d'être présent. Et ensuite dans l'interrelation.

C'est en cela que c'est extrêmement puissant car c'est un travail de transformation personnelle. Ce n'est pas comme d'autres techniques efficaces aussi mais vous allez apprendre une compétence, un savoir-faire. Là on est sur un savoir être.

### • Est-ce que la composante santé publique n'oriente pas déjà à cette écoute par rapport à d'autres disciplines qui sont dans le versant ponctuel et thérapeutique en oubliant la globalité ?

Je suis d'accord avec vous. La promotion de la santé, c'est la globalité.

La médecine, c'est en fait la sixième roue du carrosse. Si vous êtes bien, vous prendrez la bonne décision pour vous. Il est très bien d'avoir une médecine performante mais il faut qu'elle soit utilisée de manière appropriée, mais il faut faire le chemin inverse. Tout de suite, c'est un peu comme si vous alliez acheter des chaussures, vous trouvez une super-belle paire et on veut absolument vous faire entrer le pied dedans. Les protocoles médicaux hyper-efficaces aujourd'hui, c'est super mais il faut d'abord regarder quelle est la personne qui va potentiellement en bénéficier. Avant, cela existait,

cela s'appelait la médecine humaniste. On a commencé par cela.

On ramène l'humanité au premier rang. Dans la santé publique, c'est cela : on ramène l'environnement, les conditions de vie au premier plan.

● **Normalement est-ce qu'à travailler avec les couples on ne crée pas de risques majorés si on n'a pas travaillé avec les soignants? Ne génère-t-on pas un risque de souffrance quand eux sont éveillés et qu'ils ne sont pas accueillis?**

Avec la *mindfulness* on apprend qu'on ne contrôle rien, on ne contrôle pas les événements mais notre relation aux événements, les impacts que cela a sur nous. Si je suis entraîné en *mindfulness* et que j'arrive dans un service où on m'accueille super-mal, je vais tout de suite me rendre compte de l'impact que cela a sur moi et je vais donc d'abord prendre soin de moi. Je vais me dire, soit je peux faire quelque chose, essayer d'avoir un dialogue, me dire que peut-être cette personne est stressée, fatiguée. Je vais essayer d'avoir cette relation-là et cette compassion-là. C'est le soigné qui devient compassionnel. Soit ce n'est pas possible, c'est la vie aussi, et je sais me protéger de l'événement que je ne peux contrôler. Une sorte de danse entre l'intention et l'impact.

Par exemple, je ne m'imagine pas une seconde que les gens travaillant à l'hôpital aient une mauvaise intention mais les conditions dans lesquelles ils travaillent font qu'ils sont complètement submergés. D'avoir en face d'eux des patients formés, cela peut aider à la fois le patient à moins souffrir de cette contrainte-là et éventuellement donner de l'espace pour que la personne qui est dure au début se dise : « *je peux peut-être me calmer, changer car cette personne a l'air d'écouter, etc.* » Et que finalement, quand on travaille sur la relation, quand l'un des deux change, la relation change. On n'essaie pas de changer les événements. C'est une approche d'un autre point de vue. En regardant la réalité, qu'est-ce que je peux faire maintenant ?

**Ce n'est pas la panacée, ce n'est pas une recette miracle, ce n'est pas une tendance bien-être.**

La *mindfulness* ne s'arrête pas à soi. Elle est connectée aux autres. C'est en cela que ce n'est pas une technique. Avoir une qualité de discernement. Je prends le volant de ma vie? C'est mon corps, mon esprit. Comprendre qu'on est responsable de sa propre expérience.

● **Il faudrait alors l'introduire tôt chez les enfants que cela soit une façon d'être?**

Ce qui est intéressant chez les bébés, c'est que ce sont les plus grands maîtres. Puis, il y a une cassure qui vient du conditionnement. Des injonctions qu'on leur fait. Certains retrouvent quelque chose, d'autres deviennent rigides, n'y arrivent pas et sont toujours en lutte. C'est un problème que l'on retrouve à l'école. Il est démontré des modifications sociales d'avoir pratiqué la *mindfulness* sur les addictologies mais aussi les entrées en prison... donc des gains de chances à chaque fois. On diminue les pertes de chance, les dégradations au fur et à mesure par les événements de la vie. Plus on est au courant tôt qu'on a des émotions... mais je ne suis pas réduit à cela, des événements traversent ma vie mais je ne suis pas une émotion, je ne suis pas la peur, je ne suis pas la colère... qu'il y a les autres, qu'en collaborant on apprend mieux qu'en étant en compétition...

● **Mais les politiques ne pensent pas les choses ainsi...**

Aux USA, quelqu'un a pensé la société *mindfulness*. Mais c'est resté un livre, cela n'a pas été pris en compte. Les Anglais se sont dit que c'était intéressant et ils ont formé plus de cent parlementaires à la *mindfulness* avec Jon Kabat Zin au programme de 8 semaines. Tous les jeudis soir, ils allaient au Parlement et faisaient leur programme. Du coup, entourés de scientifiques travaillant sur la *mindfulness* et sur les thérapies cognitives, ils ont écrit un projet gouvernemental transpartide dans plusieurs domaines : l'éducation, la santé, la justice, le travail avec des projets pilotes, des financements où certaines écoles par exemple vont développer des programmes complets. C'est très inspirant car c'est vraiment l'aspect politique. Cela interpelle. Mais on voit bien que, comme c'est quelque chose qui doit être intégré dans le corps et que ça relie corps et esprit, ça prendra du temps.

● **Mais il y a l'avantage pour ces personnes, de la caution des neurosciences. Ce n'est pas juste une façon d'être un peu mystique**

Exactement. Moi cela fait quarante ans que je médite, je n'ai pas besoin qu'on me dise ce qui se passe, mais grâce à la science cela ne reste pas intime, je peux le partager par des pratiques simples. Un neuroscientifique démontre l'effet de la méditation, certes, mais aussi de la compassion.

Quand vous voyez l'effet que ça fait de simplement caresser la peau, sur l'ocytocine, et bien OK. C'est quand même mieux d'aller mieux que de ne pas aller mieux. Avec ce qui est simple, être simple, plus ouvert. On entraîne l'esprit à ouvrir le cœur et on veut le faire dans la durée. C'est en fait l'amour qui est derrière. La *mindfulness* ne remplace rien mais il faut en parler de façon très juste pour ne pas en avoir peur. Ce n'est pas la panacée, ce n'est pas une recette miracle, ce n'est pas une tendance bien-être. Si vous voulez le bien-être, ce n'est pas ici. Être, oui. Si vous n'êtes pas bien, vous allez le voir de manière explosive, c'est comme si vous mettiez une loupe sur votre mal-être donc vous vous sentirez encore moins bien. Après, on va travailler et cela ira mieux.

● **Ne croyez-vous pas qu'on aurait dû garder le terme anglais? La traduction en français – méditation – fait peur à certains, comme une communauté?**

Je suis tout à fait d'accord. Moi, je l'utilise rarement. Pleine conscience est le mieux qui a été trouvé mais en même temps lié aux sectes, dès qu'on parle de conscience, nouvelle conscience... il y a des problèmes avec cela. Méditation, il y a mille manières de méditer, donc c'est vraiment la méditation de pleine conscience. On ne cherche à rien induire ici, juste à être dans la réalité. On observe ce qui est en train de nous arriver, à nous-mêmes. C'est une capacité à être à la fois l'acteur et l'observateur de ce qui nous arrive, de manière non-violente. Et c'est cela la qualité fondamentale. Ce qui est là est OK. On ne transforme pas quelque chose parce que là, on tombe dans l'évitement. Et on met de l'énergie à ajouter des inconvénients... On fait avec ce qui est là... C'est pour cela qu'on dit pleine. •

# VIII<sup>e</sup> Gynécologie Obstétrique et Reproduction 2017

## 45<sup>e</sup> JOURNÉES JEAN COHEN

### Vendredi 17 & Samedi 18 Novembre 2017

UIC-P, 16 RUE JEAN REY, 75015 PARIS

PRÉSIDENT : JEAN-LOUIS BENIFLA

COORDINATION SCIENTIFIQUE : JOËLLE BELAISCH-ALLART

#### VENDREDI 17 NOVEMBRE 2017

08h30 ACCUEIL DES PARTICIPANTS - CAFÉ

Session validante pour le DPC  
Endométriose et Infertilité

#### AMPHITHÉÂTRE

09h00-10h30 ACTUALITÉS EN ENDOMÉTRIOSE

Modérateurs : Joëlle BELAISCH-ALLART, Patrick MADELENAT

Comment faire le diagnostic d'endométriose en 2017 ? ..... Philippe MERVIEL  
Endométriose et infertilité : Excès de chirurgie ou d'AMP ? ..... Patrick MADELENAT  
Endométriose : Va-t'on là aussi se passer du chirurgien ? ..... Christian JAMIN

10h30 - 11h00 PAUSE - VISITE DES STANDS

11h00-12h30 INFERTILITÉ

Modérateurs : Jean-Marie ANTOINE et Florence SCHEFFLER

Quand l'infertilité est liée à une dysfonction sexuelle ..... Charlotte METHORST  
Place actuelle de la préservation de la fertilité ..... Jean-Marie ANTOINE  
Conisations, fertilité et grossesse ..... Jean-Luc MERGUI

12h30-13h00 ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

Jean-Louis BENIFLA

13h00-14h00

DÉJEUNER-DÉBAT : TRAVAILLER EN HARMONIE LES UNS AVEC LES AUTRES

Intervenants Sages-Femmes : Sophie GUILLAUME, Benoît LE GOEDEC (Modérateur)  
Intervenants Gynécologues médicaux : Michèle SCHEFFLER, Brigitte LETOMBE (Modératrice)  
Intervenants Gynécologues Obstétriciens : Israël NISAND (Président), Joëlle BELAISCH-ALLART (Présidente)

#### AMPHITHÉÂTRE

14h15-18h00 CONTROVERSES

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

Dépistage échographique du cancer de l'ovaire ? ..... Joëlle CREQUAT discutante Christine ROUSSET JABLONSKI  
Age du père en AMP : faut-il une limite ? ..... Joëlle BELAISCH-ALLART discutant François OLIVENNES  
Adénomyose : pour ou contre la chirurgie ? ..... Géraldine GIRAUDET discutant Arnaud LE TOHIC

16h15 - 16h45

PAUSE - VISITE DES STANDS

Dépistage organisé du cancer du sein, excès, limites ou insuffisances ..... Marc ESPIE discutante Carole MATHÉLIN  
IVG médicamenteuse : possible quel que soit le terme ? ..... Israël NISSAND discutante Marie-Laure BRIVAL

#### SAMEDI 18 NOVEMBRE 2017

08h30 ACCUEIL DES PARTICIPANTS - CAFÉ

Session validante pour le DPC  
La contraception dans tous ses états

#### AMPHITHÉÂTRE

09h00 - 10h30 CONTRACEPTION :  
QUESTIONS/RÉPONSES ; QUESTIONS SANS RÉPONSES

Parrainée par la Société Francophone de Contraception

Modérateurs : H. CHELLI, M. BOUZEKRI, M. YACOUBI, B. THIEBA-BONANE,  
David SERFATY

Contraception des femmes en situation de précarité en France ..... Danielle HASSOUN  
Les sages-femmes et la contraception en France :  
leur formation ? leurs pratiques ? ..... Dalile ELFELLAHI  
Qu'est-ce que la contraception périoïtale ? ..... David SERFATY  
Qu'est-ce que la green contraception ? ..... Philippe BOUCHARD  
Utilisation de la contraception d'urgence en Europe :  
ses conséquences sur la prévalence des IVG ? ..... Christian FIALA

10h30 - 11h00 PAUSE - VISITE DES STANDS

11h00 - 12h30 CONTRACEPTION (Suite)

Qu'est-ce que le nouveau DIU Kyleena® ? ..... David SERFATY  
La pilule pour hommes : Où en est-on ? ..... Philippe BOUCHARD  
Les SPRMs sont-ils envisageables comme contraception des  
femmes atteintes d'endométriose ? ..... Philippe MERVIEL  
Quelle contraception hormonale en post-contraception  
d'urgence ? ..... K. GEMZELL-DANIELSSON  
Contraception des femmes atteintes de cancer du sein :  
Les SPRMs y ont-ils une place ? ..... Marc ESPIE

#### SALLE 203

09h00 - 10h30 SAGES-FEMMES

Modérateurs : Catherine FOULHY et Alain PROUST

Violence sexuelles durant l'enfance, quelles conséquences  
sur la sexualité ..... Margot DOLLINGER  
Vécu césarienne en urgence et accompagnement des professionnels ..... Julie FABREGOUL  
Santé sexuelle et épisiotomie, écouter les femmes ..... Jeanne CAPEDEPUY

#### SALLE 203

09h30 - 10h30 ATELIER SÉNOLOGIE : Cas clinique autour du cancer  
du sein chez la femme jeune

Responsable du programme : Marc ESPIE

Avec :  
Florence LARRAT LEROUX gynécologue Sénopôle Saint Louis  
Cédric DE BAZELAIRE radiologue Sénopôle Saint Louis  
Marc ESPIE Oncologue Sénopôle Saint Louis

11h00 - 12h00 ATELIER UROLOGIE : Corrélation clinique et  
radiologique de troubles de la statique pelvienne.  
Apport de l'IRM statique et dynamique

Responsable du programme : Bruno DEVAL

Avec :  
Bruno DEVAL  
Pierre DENYS

Journées organisées par le Centre de Formation des Editions ESKA - CFEE : N° 11753436775

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA CONGRÈS - Adeline MARÉCHAL - Serge KEBABTCHIEFF

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





# Vendredi 24 novembre 2017

## 18<sup>ème</sup> Journée sur l'Assistance Médicale à la Procréation de l'Hôpital Américain de Paris

### ***L'AMP DU FUTUR, LE FUTUR DE L'AMP***

Auditorium de l'Hôpital Américain de Paris  
63, boulevard Victor Hugo - 92200 Neuilly-sur-Seine

#### PRÉSIDENT

Pr Gianpiero PALERMO

#### COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr Edouard AMAR, Dr Charles BRAMI, Dr Pascal BRIOT, Dr Sandrine COHEN SCALI, Dr Jean-Marc EMMANUELLI, Dr André GAUTHIER, Dr Gérard HELUIN, Dr Florence HERVE, Dr Carine PESSAH, Dr Clémence ROCHE, Dr François ROLET, Dr Eric SEDBON, Dr Alain THEBAULT, Dr Jean THOREL, Dr Charles TIBI, Dr Meryl TOLEDANO

#### COMITE D'ORGANISATION

Dr Edouard AMAR, Dr Charles BRAMI, Dr Pascal BRIOT, Dr Patrice CLEMENT, Dr Carine PESSAH, Dr Eric SEDBON, Dr Charles TIBI, Dr Alain THEBAULT

8h30 – 9h00 **Accueil**

9h00 – 10h30 **Session 1 : Rajeunissement ovocytaire : rêve ou réalité ?**

- La promesse des ovaires artificiels : quel potentiel, quelles limites ? ....Pr Christiane AMORIM
- Maturation ovocytaire.....Pr Jean-Philippe WOLF
- Transplantation ovarienne de cellules souches par l'activation folliculaire.....Pr Antonio PELLICER

10h30 – 11h00 **Pause et visite des stands**

11h00 – 12h30 **Session 2 : Implantation embryonnaire : hors des sentiers battus**

- Les cellules NK utérines maternelles et la reproduction humaine .....Pr Ashley MOFFETT
- Hémostase et infertilité.....Pr Ismail ELALAMY

12h30 – 13h30 **Déjeuner - Visite des stands**

13h30 – 15h00 **Session 3 : L'AMP du futur, le futur de l'AMP**

- ICSI: "How it came about, Current Status and the Future" .....Pr Gianpiero PALERMO
- Etude d'un nouveau marqueur de l'infertilité masculine .....Dr Arthur CLEMENT

15h00 – 15h30 **Pause et visite des stands**

15h30 – 17h00 **Session 4 : Place de la chirurgie dans l'infertilité**

- Tumeurs de l'ovaire et infertilité.....Pr Catherine UZAN
- Endométriose profonde et infertilité : FIV ou chirurgie .....Pr Pierre COLLINET
- Fibromes et infertilité : indication de la myomectomie.....Pr Hervé FERNANDEZ
- Apport de la chirurgie robotique .....Pr Frédéric CHICHE



# Éducation à la santé orale

## DE LA GROSSESSE À LA PETITE ENFANCE

→ La santé orale fait partie intégrante de la santé générale et, même si la situation s'est globalement améliorée pour l'ensemble de la population au cours des dernières décennies, de fortes inégalités persistent et constituent un défi majeur de santé publique.

**P**our la femme enceinte, les besoins en soins et en prévention sont augmentés au cours de la grossesse. Cependant, plus de la moitié des femmes enceintes ne consultent pas de chirurgien-dentiste pendant la grossesse mais déclarent avoir ressenti au moins un problème bucco-dentaire au cours de cette période (Vergnes et al. 2013). Le non-recours aux soins bucco-dentaires cache des disparités sociales, mais aussi un manque d'informations qui contribuent à entretenir les croyances et idées reçues du type « une grossesse une dent » ou bien « les dents de lait ne se soignent pas ».

Les périodes pré et postnatales sont particulièrement propices aux conseils pour la future mère mais également pour le tout-petit. Les parents sont à l'écoute, avides de conseils pour favoriser le bien-être de leur (futur) enfant.



▲ **Figure 1**  
Gingivite gravidique (Delbos et al. 2014)



▲ **Figure 2**  
Épulis gravidique (Delbos et al. 2014)

### Grossesse et pathologies bucco-dentaires

Les principales pathologies bucco-dentaires au cours de la grossesse sont en lien avec la physiologie de cette dernière. Les variations immunitaires (comme l'inhibition des certaines fonctions neutrophiles) et hormonales (en particulier l'augmentation des hormones stéroïdes) modifient l'état bucco-dentaire avec atteinte possible des dents et/ou des tissus qui l'entourent (Laine 2002).

#### ■ Atteinte du parodonte (tissus de soutien de la dent)

##### La gingivite gravidique

La muqueuse de la cavité orale subit des remaniements dès le second mois de grossesse : hypervascularisation, tendance œdémateuse, état congestif (Cordier et al. 2013). Les maladies parodontales (dont fait partie la gingivite) sont des maladies inflammatoires qui atteignent le tissu de soutien de la dent (gencive, os). La gingivite peut être localisée ou généralisée à l'ensemble des dents : la gencive est alors œdématisée, rouge et, à un stade plus avancé, des saignements spontanés ou provoqués apparaissent. Des études ont montré que 30 à 100 % des femmes enceintes présentent une inflammation gingivale (Bouchard et al. 2014).

##### L'épulis gravidique ou granulome pyogène

Il s'agit d'une hyperplasie gingivale localisée qui apparaît sous forme d'une masse charnue pédiculée. Son attache est le plus souvent interdentaire, sur les dents antérieures au maxillaire (Bouchard et al. 2014). Sa fréquence varie de 1 à 5 % chez la femme enceinte selon les études (Hunter 1997 ; Laine 2002).

Dans la plupart des cas il disparaît spontanément après l'accouchement ou

l'allaitement. Si la lésion s'avère importante et gênante, il est possible de réaliser son excision chirurgicale sous anesthésie locale après l'accouchement.

#### ■ Effets des maladies parodontales sur la grossesse

Si la grossesse entraîne des modifications au niveau du parodonte, les maladies parodontales seraient susceptibles d'agir sur le déroulement de la grossesse :

- La présence d'une parodontite représente une source de bactéries et de médiateurs inflammatoires pouvant pénétrer dans la circulation sanguine.
- La réaction de l'organisme se manifeste également par la production systémique de médiateurs de l'inflammation (prostaglandines, interleukines, TNF alpha...)
- Ces voies infectieuses et inflammatoires ont été impliquées dans le lien entre maladies parodontales et complications de la grossesse selon le temps et la sévérité de l'exposition aux bactéries (Nabet et al. 2010).
- Les expositions de courte durée peuvent induire une activité contractile, une dilatation du col et une rupture des membranes pouvant aboutir à un **accouchement prématuré**.
- Des expositions plus longues et/ou plus sévères peuvent conduire à un **retard de croissance intra-utérin**, des accouchements très prématurés, voire même des avortements spontanés, tardifs.
- Il est aujourd'hui établi qu'**il existe un lien significatif et indépendant entre maladie parodontale et prématurité, prééclampsie et/ou retard de croissance intra-utérin** (Nabet et al. 2010; Ide et Papananou 2013) cf. Figure 3.

## ■ Atteintes au niveau des dents

### Érosion dentaire

L'érosion, induite par une acidité, dissout l'émail en surface des dents. Chez la femme enceinte, cette attaque acide est en rapport avec les vomissements répétés en début de grossesse, mais aussi avec le reflux gastro-œsophagien plus fréquent au troisième trimestre et les modifications alimentaires (aliments trop acides). Elle atteint principalement les faces palatines des incisives supérieures et des canines. Elle peut provoquer des hypersensibilités dentaires induites par une exposition de la dentine (Pirie et al. 2007).

### Caries dentaires

La carie dentaire est une maladie infectieuse transmissible d'étiologie multifactorielle.

Au cours de la grossesse, les modifications physiologiques pourraient-elles influencer sur le pouvoir cariogène des bactéries ?

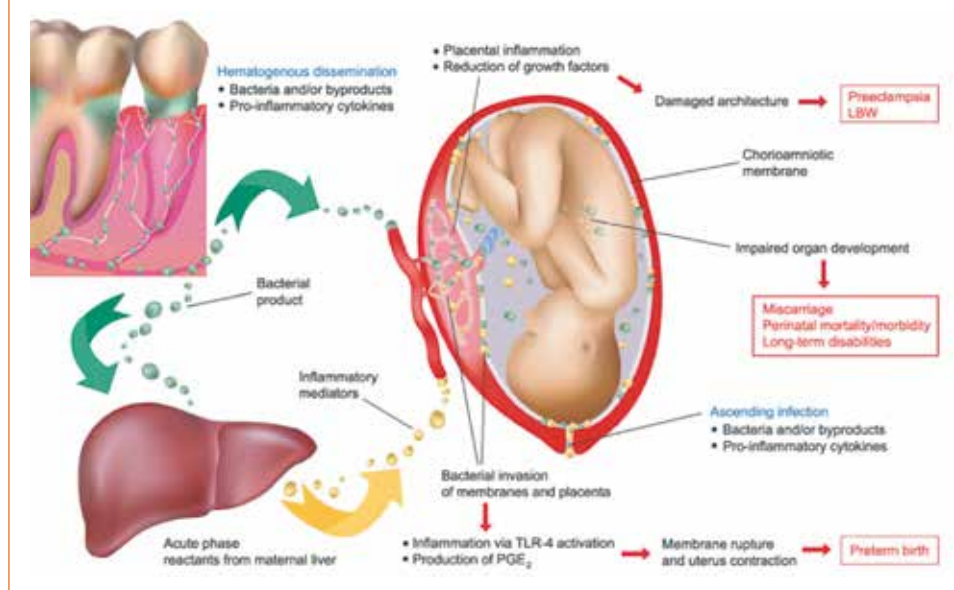
La baisse du pH salivaire buccal chez la femme enceinte (6,2 contre 6,7 chez la femme non enceinte) est accentuée par les vomissements ou le reflux gastro-œsophagien, ce qui favorise le développement de bactéries cariogènes et diminue le pouvoir tampon de la salive. L'hypersialorrhée gravidique pourrait, à l'inverse, diminuer la cariosusceptibilité.

Il n'a pas été démontré dans les études épidémiologiques que la grossesse augmentait le risque de carie. Cette notion est appuyée par les chiffres qui sont comparables entre prévalence de la carie chez la femme enceinte et celle de la population adulte générale du même âge.

En France, Vergnes et collaborateurs (2012) ont étudié une population de femmes enceintes issues de six maternités en Ile-de-France, Midi-Pyrénées et Alsace. Entre 2003 et 2006, 1 094 femmes ayant accouché d'un enfant à terme se sont soumises à un examen dentaire dans les deux à quatre jours suivants l'accouchement et ont répondu à différentes questions permettant de cerner leur statut sociodémographique et certains comportements.

Les résultats indiquaient que 51,6 % des femmes présentaient en moyenne trois dents cariées à l'issue de leur grossesse. Ces chiffres étonnamment élevés reflètent en réalité les données obtenues sur une population générale adulte française et corroborent d'autres études, avec une

**Figure 3 >** Mécanismes physiopathologiques des complications gravidiques secondaires à une parodontite (d'après Madianos et al. 2013).



prévalence de carie comprise entre 47 % et 69 % (Hescot et al. 1997 ; Brown et al. 2002 ; de Oliveira et Nadanovsky 2006 ; Radnai et al. 2007 ; Mobeen et al. 2008). Les auteurs ont ensuite distingué plusieurs facteurs de risque et ont montré qu'avoir au moins une carie était associé au fait d'être jeune (18-24 ans), ou de nationalité étrangère, ou encore d'avoir un faible statut social.

Nous retiendrons que **plus de la moitié des femmes sortent de la maternité avec au moins une carie dentaire** (Vergnes et al. 2013). Ce phénomène n'est pas nécessairement lié à la grossesse elle-même, puisque la carie peut se développer sur de plus longues périodes que neuf mois, mais les changements physiologiques augmentent le risque de progression de celle-ci.

Enfin, plusieurs études récentes (Russell et al. 2010 ; Vergnes et al. 2013) établissent **un lien significatif entre la multiparité et la présence de caries non traitées**, indépendamment de l'âge, du niveau socio-économique ou de l'origine ethnique de la patiente. Cela pourrait s'expliquer à la fois par le manque de connaissances de l'équipe médicale pluridisciplinaire (Strafford et al. 2008), mais aussi par la crainte et la méconnaissance des futures mères quant à la possibilité de pratiquer certains soins bucco-dentaires au cours de la grossesse et à ne pas les reporter systématiquement en

post-partum (Dalstein et al. 2015). Avoir des enfants n'augmenterait pas le nombre de caries de la mère, mais accroîtrait le nombre de caries non traitées. Dans le même sens, une association significative a été établie entre la multiparité et le nombre de dents manquantes chez la femme (Vergnes et al. 2013).

## ■ Risques bucco-dentaires chez le jeune enfant

L'éruption des dents temporaires commence chez le nourrisson aux environs des 6 mois et se termine entre 30 à 36 mois. Les dents vont participer à la phonation, la mastication, mais elles vont aussi jouer un rôle essentiel dans la croissance staturo-pondérale de l'enfant et favoriser son développement social (rôle esthétique des dents également).

### La Carie Précoce du jeune Enfant ou Carie de la Petite Enfance (CPE) - définitions

L'Académie Américaine de Dentisterie Pédiatrique (A.A.P.D.) et l'Académie Américaine de Pédiatrie (A.A.P.) ont défini la maladie carieuse de la petite enfance (CPE ou ECC en anglais) par :

« La présence d'une ou plusieurs dents cariées (lésions cavitaires ou non cavitaires), manquantes (pour cause de carie), ou de surfaces dentaires obturées sur toute dent temporaire d'un enfant de moins de 6 ans » (AAPD 2014).

La maladie carieuse peut toucher les dents temporaires dès leur apparition. Une enquête française réalisée dans le cadre du bilan des 4 ans a montré que plus d'un tiers des enfants présentaient au moins une lésion carieuse (Droz et al. 2006).

Le développement des lésions carieuses implique la réunion de trois éléments majeurs :

- Une flore cariogène (Streptocoques Mutans)
- Un terrain plus ou moins prédisposé
- Des hydrates de carbones (sucres) mais surtout le temps pendant lequel les sucres sont présents en bouche.

Plus de 106 autres facteurs associés ont été identifiés (ex : facteurs démographiques, alimentaires, ceux liés à l'hygiène bucco-dentaires, à la flore bactérienne, à la santé orale des parents...).

#### Cas particulier du « Syndrome du biberon »

Le syndrome du biberon est une forme sévère de caries précoces de l'enfant. Il se caractérise par la présence de caries évolutives dites « rampantes » (de la Cruz et al. 2004), en rapport avec une alimentation sucrée ou continue au biberon, persistant après l'âge de 12 mois et en relation avec une colonisation bactérienne transmissible. La pathologie est en lien avec un mode

d'alimentation inapproprié que nous allons décrire. En général, les jeunes enfants atteints par cette forme de caries s'endorment le soir ou la journée avec un biberon de lait, d'eau sucrée ou jus de fruits dans la bouche. L'enfant est bien souvent allongé sur le dos dans un lit, la tétine du biberon dans la bouche.

La carie de la petite enfance peut avoir de graves conséquences à plus ou moins long terme. Les complications peuvent être locales (infectieuses), mais les effets de la carie chez le jeune enfant ne se limitent pas uniquement aux dents : la perte des dents est parfois inévitable et peut entraîner des problèmes orthodontiques, esthétiques, mais aussi relationnels. La croissance de l'enfant peut en être affectée en raison de difficultés à se nourrir, ou à dormir du fait de l'infection et de la douleur (Ayhan et al. 1996 ; Thomas et Primosch 2002) (cf. Figure 5).

Ce sont pour toutes les raisons que nous venons d'évoquer ci-dessus que le diagnostic précoce de la carie de la petite enfance et l'identification des facteurs de risques sont indispensables afin de mettre en œuvre des mesures préventives et curatives permettant de réduire l'impact négatif des complications et des répercussions de cette pathologie.



▲ Figure 5

Syndrome du biberon : caries précoces chez le jeune enfant  
(<http://earlychildhoodcariesresourcecenter.elsevier.com>)

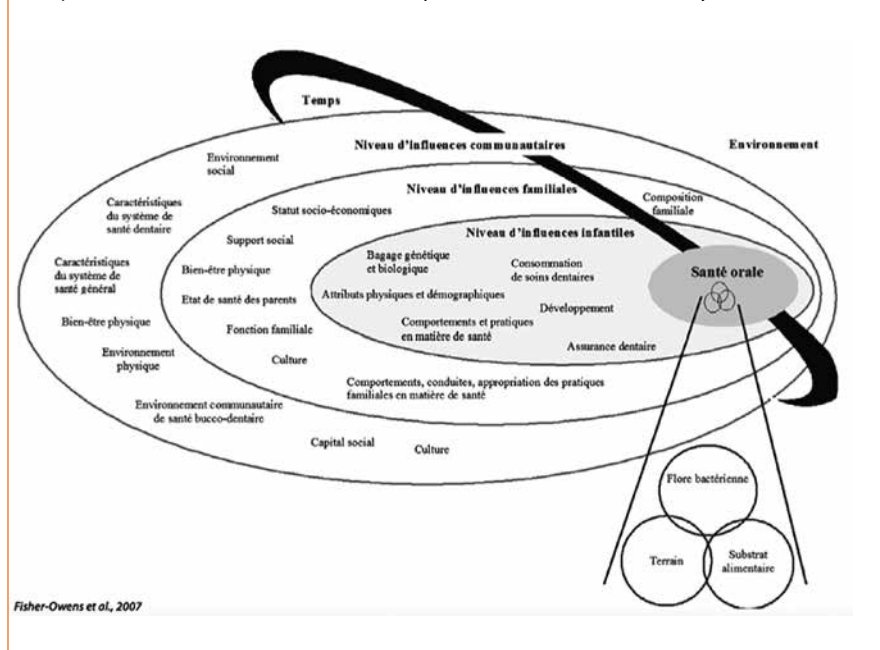
#### Actions préventives en santé bucco-dentaire pour la femme enceinte, le nourrisson et le très jeune enfant

Il est aujourd'hui reconnu que la grossesse est une période de la vie durant laquelle les besoins de soins et de préventions sont augmentés (Pirie et al. 2007 ; Vergnes et al. 2013) et qu'elle constitue aussi une période privilégiée pour transmettre à la future mère tous les conseils nécessaires avant la naissance de son enfant. Pourtant, les études ont montré que le recours aux soins dentaires pendant la grossesse était seulement équivalent, voire inférieur, à celui des femmes non enceintes du même âge (Pistorius et al. 2003 ; Jiang et al. 2008 ; Vergnes et al. 2013).

Dans cette étude récente, 57 % des femmes déclarent dans un auto-questionnaire avoir ressenti au moins un problème bucco-dentaire au cours de la grossesse et 20 % des femmes avaient ressenti une douleur dentaire. Cependant, 56 % des femmes n'étaient pas allées consulter un chirurgien-dentiste pendant la grossesse, seulement 26 % avaient consulté pour un problème perçu et 18 % pour un bilan bucco-dentaire. Notons aussi que les femmes enceintes les plus jeunes et celles sans couverture complémentaire santé étaient celles qui sollicitaient le moins un examen de prévention.

Cette étude a été réalisée entre septembre 2008 et octobre 2009, période au cours de laquelle, l'Assurance Maladie prévoyait le remboursement à 100 % du tarif de base de la sécurité sociale de tous les frais médicaux à partir du premier jour du 6e mois de la grossesse jusqu'au 12e jour après l'accouchement. Les soins étaient donc intégralement remboursés avec une dispense de frais.

Figure 4 Déterminants de la santé bucco-dentaire de l'enfant. D'après le modèle de Fischer-Owens (Fisher-Owens et al. 2007).



D'autres mesures nationales ont été prises depuis 2013 :

### Examen Bucco-Dentaire (EBD des femmes enceintes - Assurance Maladie 2013)

Arrêté du 26 novembre 2013.

Concerne toutes les femmes enceintes remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie et maternité.

La femme enceinte peut consulter le chirurgien-dentiste de son choix, l'examen est pris en charge à 100 % avec dispense d'avance de frais, à compter du 4<sup>e</sup> mois de grossesse et jusqu'au 12<sup>e</sup> jour après l'accouchement. L'examen comprend obligatoirement : une anamnèse, un examen bucco-dentaire, des éléments d'éducation sanitaire comprenant une sensibilisation de la future mère à la santé bucco-dentaire (hygiène orale...), à l'hygiène alimentaire, une information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance (Assurance Maladie 2013). Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés oralement par le chirurgien-dentiste.

En 2015 et 2016, une étude Nancéienne réalisée au sein de la maternité du CHRU a mesuré les connaissances de 130 femmes au sujet de la santé bucco-dentaire de la femme enceinte et du jeune enfant afin d'identifier d'éventuels défauts d'information (Tramus 2016). Cette étude a permis de mettre en évidence :

### POUR LA FEMME ENCEINTE

- Moins d'un quart des femmes interrogées connaissaient le lien entre les pathologies gingivales et un risque d'accouchement prématuré ou naissance d'un bébé de petit poids.
- La méconnaissance de la possibilité d'entreprendre des soins dentaires ou de faire réaliser des avulsions au cours de la grossesse.
- Il en est de même pour la possible réalisation :
  - d'anesthésies locales au cours de la grossesse
  - de radiographies dentaires sans risque pour le fœtus
- Après un épisode de vomissement, il faut éviter de se brosser les dents dans l'heure qui suit et éventuellement se rincer la bouche avec un bain de bouche au bicarbonate de sodium ou à l'eau seule.

### POUR LE JEUNE ENFANT

- Trois quarts des femmes interrogées ne savent pas que la première consultation chez un chirurgien-dentiste doit avoir lieu vers un an.
- 20 % des patientes ne savent pas qu'une dent de lait peut être cariée et
- 30 % ne savent pas qu'une dent de lait cariée peut être soignée.
- 40 % des patientes de l'échantillon ne savent pas que le lait est naturellement sucré, de plus, 50 % d'entre elles ne

savent pas que l'endormissement avec un biberon de liquide sucré en bouche peut augmenter le risque de caries chez l'enfant.

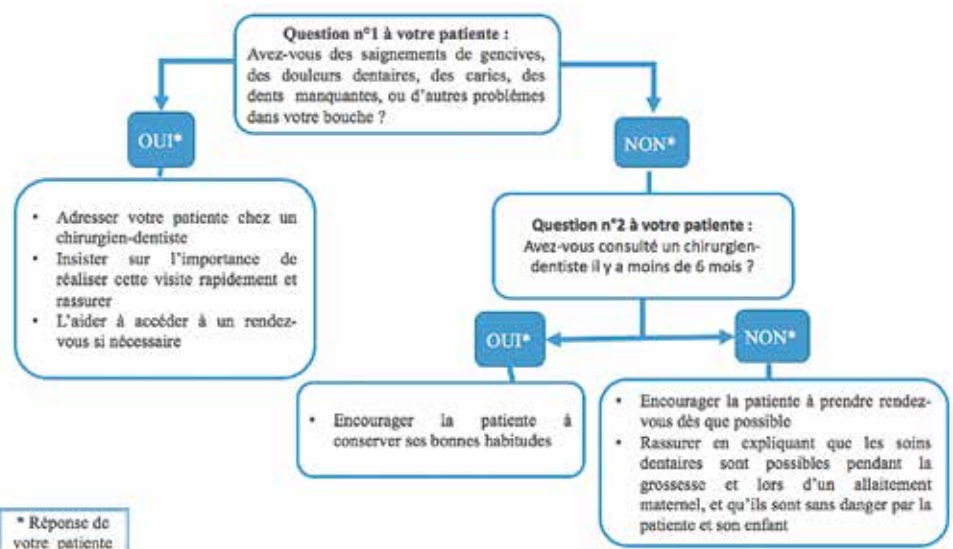
- Il faut également souligner que c'est la fréquence des prises sucrées qui est la principale cause de carie (40 % des patientes de l'étude pensent que c'est la quantité de sucre ingérée qui prime).
- La transmission verticale des streptococcus mutans se fait essentiellement par des objets mis à la bouche de la mère puis à celle de l'enfant, or 25 % des patientes interrogées testeraient la température de la nourriture avec la cuillère de l'enfant.

Ces données soulignent la nécessité d'informer les femmes sur la santé bucco-dentaire au cours de la grossesse et pour le jeune enfant. Certains points semblent méconnus du public et il est important de pouvoir transmettre ces connaissances au plus grand nombre de femmes. Pour cela, une collaboration avec les professionnels de la périnatalité et de la petite enfance est indispensable. Même si le chirurgien-dentiste reste l'interlocuteur principal pour communiquer ces informations, un relais est possible et nécessaire par d'autres professionnels (gynécologues, sages-femmes, infirmières puéricultrices, auxiliaires de puériculture, médecins généralistes, pédiatres...) pour :

- Rassurer et inciter la patiente à consulter ;
- Informer sur la santé orale au cours

Figure 6

Arbre décisionnel destiné aux praticiens de périnatalité, modifié d'après le NYSDH, dans Oral Health during pregnancy and early childhood practice guidelines, (2006), traduit et modifié par Laczny et al. (Laczny et al. 2016).



de la grossesse et sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire;

- Donner des conseils d'hygiène bucco-dentaire.

Ces informations doivent être délivrées, si possible, au plus tôt au cours de la grossesse (par exemple lors de l'entretien prénatal précoce).

Un arbre décisionnel, déjà utilisé aux États-Unis pourrait être utilisé dans les consultations obstétricales françaises : il suffit de poser deux questions à la patiente qui permettent de l'orienter le plus efficacement selon ses besoins (cf. Figure 6).

## Conclusion

Il paraît nécessaire de renforcer les connaissances des soignants (sages-femmes, pédiatres, médecins généralistes, gynécologues...) dès leur formation initiale, avec une coordination des enseignements, afin de pouvoir relayer la prévention bucco-dentaire de manière interprofessionnelle et que chacun puisse transmettre les mêmes informations aux patients.

De nombreux programmes de prévention bucco-dentaire pour la femme enceinte et le jeune enfant ont été validés à l'international et en France. L'implication à la fois du chirurgien-dentiste et de tous les professionnels de la périnatalité est nécessaire pour améliorer la santé orale des enfants et de leurs parents.

La mise en place de programmes personnalisés pour les futurs parents et les jeunes enfants, comme l'éducation à la santé orale, sont à encourager pour que la prévention bucco-dentaire soit au cœur de la santé. •

## BIBLIOGRAPHIE

1. AAPD. *Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies* [Internet]. 2014 [cité 2 déc 2015]. Disponible sur: [http://www.aapd.org/media/policies\\_guidelines/p\\_eccclassifications.pdf](http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/p_eccclassifications.pdf)
2. Assurance Maladie. Avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes [Internet]. 2013 [cité 1 avr 2016]. Disponible sur: [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Avenant\\_3\\_CD\\_arrete\\_26112013\\_JO\\_30112013.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Avenant_3_CD_arrete_26112013_JO_30112013.pdf)
3. Ayhan H, Suskan E, Yildirim S. *The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference*. J Clin Pediatr Dent. 1996; 20 (3): 209-12.
4. Bouchard P chirurgien-dentiste, Brochery B, Maujean E. *Parodontologie & Dentisterie implantaire*. Lavoisier. Paris: Lavoisier Médecine Sciences. DL 2014, cop. 2015.; 2014. (Odontologie; vol. 1).
5. Brown LJ, Wall TP, Lazar V. *Trends in caries among adults 18 to 45 years old*. J Am Dent Assoc 1939. juill 2002; 133 (7): 827-34.
6. Cordier G, Lézy J-P, Vacher C. *Stomatologie et grossesse*. EMC-Obstétrique/ Gynécologie. 2013; 8 (4): 1-5.
7. dela Cruz GG, Rozier RG, Slade G. *Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers*. Pediatrics. nov 2004; 114 (5): e642-652.
8. Dalstein A, Camelot F, Laczny E, Clément C. *Prise en charge des urgences chez la femme enceinte: la fin des idées reçues...* Inf Dent. 2015; 97 (17).
9. Delbos Y, Bandon D, Rouas P, d'Arbonne F. *Santé orale de la femme enceinte et de la petite enfance*. EMC-Médecine buccale. 2014; 9 (6): 1-12.
10. Droz D, Guéguen R, Bruncher P, Gerhard J-L, Roland E. [Epidemiological study of oral dental health of 4-year-old children in french nursery schools]. Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie. sept 2006; 13 (9): 1222-9.
11. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader M-J, Bramlett MD, et al. *Influences on Children's Oral Health: A Conceptual Model*. Pediatrics. 1 sept 2007; 120 (3): e510-20.
12. Hescot P, Bourgeois D, Doury J. *Oral health in 35-44 year old adults in France*. Int Dent J. avr 1997; 47 (2): 94-9.
13. Hunter. *Oral Healthcare In Pregnancy & Infancy*. Hampshire England: Macmillan Distribution; 1997.
14. Ide M, Papananou PN. *Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes - systematic review*. J Clin Periodontol. 2 avr 2013; 40: S181-94.
15. Jiang P, Bargman EP, Garrett NA, Devries A, Springman S, Riggs S. *A comparison of dental service use among commercially insured women in Minnesota before, during and after pregnancy*. J Am Dent Assoc 1939. sept 2008; 139 (9): 1173-80.
16. Laczny E, Mercier T, Clément C. *Santé bucco-dentaire: chez la femme enceinte et la femme qui allaite*. Rev Sage-Femme. Décembre 2016; 15 (6): 270-276.
17. Laine MA. *Effect of pregnancy on periodontal and dental health*. Acta Odontol Scand. oct 2002; 60 (5): 257-64.
18. Madianos PN, Bobetsis YA, Offenbacher S. *Adverse pregnancy outcomes (APOs) and periodontal disease: pathogenic mechanisms*. J Periodontol. 1 avr 2013; 84 (4-s): S170-80.
19. Mobeen N, Jehan I, Banday N, Moore J, McClure EM, Pasha O, et al. *Periodontal disease and adverse birth outcomes: a study from Pakistan*. Am J Obstet Gynecol. mai 2008; 198 (5): 514.e1-8.
20. Nabet C, Lelong N, Colombier M-L, Sixou M, Musset A-M, Goffinet F, et al. *Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case-control Epipap study*. J Clin Periodontol. janv 2010; 37 (1): 37-45.
21. de Oliveira BH, Nadanovsky P. *The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women*. J Orofac Pain. 2006; 20 (4): 297-305.
22. Pirie M, Cooke I, Linden G, Irwin C. *Dental manifestations of pregnancy*. Obstet Gynaecol. 1 janv 2007; 9 (1): 21-6.
23. Pistorius J, Kraft J, Willershausen B. *Dental treatment concepts for pregnant patients - results of a survey*. Eur J Med Res. 30 juin 2003; 8 (6): 241-6.
24. Radnai M, Gorzó I, Nagy E, Urbán E, Eller J, Novák T, et al. *The oral health status of postpartum mothers in South-East Hungary*. Community Dent Health. juin 2007; 24 (2): 111-6.
25. Russell SL, Ickovics JR, Yaffee RA. *Parity & untreated dental caries in US women*. J Dent Res. oct 2010; 89 (10): 1091-6.
26. Strafford KE, Shellhaas C, Hade EM. *Provider and patient perceptions about dental care during pregnancy*. J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet. janv 2008; 21 (1): 63-71.
27. Thomas CW, Primosch RE. *Changes in incremental weight and well-being of children with rampant caries following complete dental rehabilitation*. Pediatr Dent. avr 2002; 24 (2): 109-13.
28. Tramus E. *Education à la santé orale, de la grossesse à la petite enfance: théorie et pratique* [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire]. [Nancy]: Université de Lorraine, Faculté d'odontologie; 2016.
29. Vergnes J-N, Pastor-Harper D, Constantin D, Bedos C, Kaminski M, Nabet C, et al. *Santé bucco-dentaire perçue et recours aux soins pendant la grossesse: étude MaterniDent*. Santé Publique. 2013; 25 (3): 281 - 292.

Recommandé par  
les Sages-Femmes

# matilia<sup>®</sup>



Grossesse



BISCUITS ANTI-NAUSÉE

Allaitement



SMOOTHIES POUR  
FEMMES ENCEINTEES



BOISSONS LACTÉES POUR  
FEMMES ENCEINTEES ET ALLAITANTES

Recevez gratuitement vos  
**ÉCHANTILLONS**  
en vous inscrivant sur :



<http://bit.ly/2uR47Cs>

Produits spécifiques pour toutes les mamans  
enrichis en vitamines, minéraux et composés actifs

*Disponibles sur notre boutique en ligne*

# matilia<sup>®</sup>

[www.matilia.fr](http://www.matilia.fr)



## DOSSIER

# Assistance Médicale à la Procréation et Parentalité

### 2<sup>E</sup> PARTIE

Les progrès scientifiques ont permis depuis maintenant une génération de procréer avec l'aide de la médecine. Ces possibilités ont toujours fait objet de débats éthiques car elles ouvrent à de nombreux champs et des possibilités importantes et insoupçonnées à son origine.

Le Comité National d'Éthique en a fait une partie importante lors de son dernier avis et les débats politiques continuent. Des associations soutiennent les femmes et les couples et œuvrent pour faciliter leurs parcours dans le monde social.

Et il est important aussi de se pencher sur les modes de vie qui peuvent modifier la fertilité.

---

## SOMMAIRE DU DOSSIER

**24**

AVIS DU COMITÉ  
CONSULTATIF NATIONAL  
D'ÉTHIQUE POUR LES  
SCIENCES DE LA VIE ET  
DE LA SANTÉ SUR LES  
DEMANDES SOCIÉTALES DE  
RECOURS À L'ASSISTANCE  
MÉDICALE À LA  
PROCRÉATION (AMP)

---

**33**

ÉPIDÉMIOLOGIE ET  
RÉSULTATS DE L'AMP

---

**34**

QU'EST-CE QUE LE  
"COLLECTIF BAMP!" ?

---

**36**

TABAC ET FERTILITÉ

---

# Avis du Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé sur les demandes sociétales de recours à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP)



AVIS N° 126 DU 15 JUIN 2017 (EXTRAITS)

## CHAPITRE 3 > RÉFLEXIONS SUR LES DEMANDES D'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP) PAR DES COUPLES DE FEMMES OU DES FEMMES SEULES

### → INTRODUCTION

→ Ce chapitre a pour objet d'analyser les enjeux d'un éventuel accès aux biotechnologies de la procréation par des couples de femmes et des femmes à titre individuel<sup>25</sup>. Notre réflexion portera sur une seule des techniques d'AMP, l'insémination artificielle avec donneur (IAD). La demande va au-delà des situations actuellement prévues par la loi : pallier des infertilités d'origine pathologique, médicalement constatées, chez des couples formés d'un homme et d'une femme vivants et en âge de procréer. Cette demande interroge donc la possibilité de passer des indications médicales de l'IAD à des demandes concernant des couples de femmes ou des femmes seules, dites sociétales.

La demande d'IAD des couples de femmes et des femmes seules est de deux ordres :

- 1 Le recours à la technique pour procréer sans partenaire masculin, en dehors de toute infertilité d'origine pathologique ;
- 2 La reconnaissance et l'institutionnalisation par la société de ce mode de procréation.

La demande des couples de femmes et celle des femmes seules sont ici formulées et discutées ensemble<sup>26</sup>, mais nous verrons que les situations doivent être distinguées<sup>27</sup>.

25. Nous ne traiterons pas ici des couples "no sex" – le nombre de personnes concernées par cette démarche pouvant être très minime. Nous n'aborderons pas non plus la situation des transsexuelles qui posent des problèmes particuliers qui devraient être abordés dans un avis spécifique sur la procréation chez les transsexuels.

26. Les pays qui ont ouvert l'IAD aux couples de femmes l'ont ouverte aussi aux femmes seules.

27. Les deux situations ont en commun la nécessité du recours à un don de sperme en dehors des indications médicales actuellement reconnues par la loi, le fait qu'il n'y aura pas de père socialement présent, ni juridiquement institué dans la vie de l'enfant, et des répercussions potentielles sur les structures familiales dans lesquelles les enfants seront élevés, sur les enfants eux-mêmes, et sur l'organisation médicale de la prise en charge de ces demandes.

La liberté fait partie des valeurs qui fondent une société démocratique. Elle comprend la liberté des femmes de procréer, ou non. Cette liberté, lorsqu'elle s'exerce dans la sphère privée, que les femmes soient seules ou en couple, n'autorise pas de droit de regard de la société, qui assure toutefois la prise en charge de la grossesse et la protection de l'enfant à venir. Mais, lorsqu'il est demandé à la société de reconnaître une possibilité d'accès à des techniques médicales jusqu'à présent réservées aux infertilités de nature pathologique, il est de sa responsabilité de mettre en question les intérêts de ces femmes en les confrontant à d'autres intérêts.

La société n'a pas pour seule fonction de promouvoir la liberté des personnes et l'égalité dans l'accès aux techniques existantes, elle a aussi la responsabilité de tenir compte des conséquences des nouvelles situations qu'on lui demande d'autoriser et, partant, de les organiser.

### → LES DISJONCTIONS

La technique d'IAD entraîne dans tous les cas une disjonction entre sexualité et procréation et une disjonction entre procréation et filiation.

#### ■ Disjonction entre sexualité et procréation

Dans le cadre de la demande d'IAD par des couples de femmes ou des femmes seules, la procréation est disjointe de la relation sexuelle entre un homme et une femme, la fécondation par IAD impliquant le recours à un don de sperme.

Si cette disjonction existe pour toute IAD, elle est ici particulière parce qu'elle introduit :

- Une nouveauté anthropologique dans le choix d'un couple de femmes ou d'une femme seule d'utiliser la technique à la place de l'acte sexuel fécondant pour accéder à la procréation ;
- Une disjonction médicale : la demande ne s'inscrit plus dans un contexte d'infertilité.

#### ■ Disjonction entre procréation et filiation

Cette disjonction n'est pas nouvelle dans son principe : toute IAD amène à distinguer le rôle du donneur ou du "géniteur"

et celui du "père" désigné comme tel par le droit de la filiation (voir glossaire). Il y a bien ici un géniteur, mais pas d'homme institué juridiquement comme père.

### ■ **Disjonction entre maternité d'origine ovocytaire (génétique) et utérine (gestationnelle)**

Certaines femmes au sein de leur couple souhaitent pouvoir alterner leurs positions de mère et se succéder l'une l'autre dans les grossesses. D'autres choisissent d'avoir recours à une FIV (fécondation in vitro) avec donneur de sperme, de manière à ce que l'une donne l'ovocyte et l'autre porte l'enfant (ce qui est possible dans certains pays étrangers). S'y jouent de nouvelles situations dans la façon de combiner le biologique et la structure de la parenté, et, par conséquent, de la cellule familiale et de la fratrie.

## → **LES NOUVELLES RELATIONS ET LEURS CONSÉQUENCES**

### ■ **Le fondement des demandes d'ouverture : l'égalité dans l'accès aux techniques d'AMP pour répondre à un désir d'enfant**

La demande d'IAD dans ce contexte s'inscrit dans une évolution historique d'émancipation des personnes, de revendications de liberté et d'égalité envisagées du point de vue de la personne qui demande l'accès à l'IAD, quelle que soit la structure familiale destinée à accueillir l'enfant, et du point de vue de l'enfant.

Si les différences dans les possibilités d'accéder ou non à l'IAD – telles que définies par la loi – peuvent donc être vécues comme une "inégalité de traitement" par les femmes qui actuellement n'ont pas accès à la technique, l'élargissement de l'accès à l'IAD pourrait, à son tour, être à l'origine d' "inégalités" pour les enfants qui naîtraient de telles AMP parce qu'ils se verraient privés de père dans le cas des couples de femmes, de père et d'un double lignage parental dans le cas des femmes seules.

Dans ce même contexte d'émancipation des personnes, la disponibilité des techniques permet aujourd'hui la réalisation de certains désirs. Certains pensent que ces désirs pourraient se transformer en vouloir, et, de proche en proche, en une contrainte qui s'exprimerait sous la forme « *puisque c'est possible, il faut le faire* ».

### ■ **Relations de l'enfant à son environnement familial**

Le recours à l'IAD amène à prendre position sur la responsabilité éventuelle de la société et, en particulier, du législateur, à l'égard des conséquences d'un recours des couples de femmes et des femmes seules à ces moyens médicaux pour procréer. La réflexion ici porte sur les changements dans les relations humaines, particulièrement l'environnement dans lequel vivra l'enfant.

### **DISTINGUER LES DEMANDES D'ACCÈS À L'IAD DES COUPLES DE FEMMES ET DES FEMMES SEULES**

Nous avons évoqué ci-dessus le désir d'enfant et la demande procréative communs aux couples de femmes et aux femmes à titre individuel. Ces deux situations ne sont pas superposables. Dans la première, celle des couples de femmes désirant un enfant, deux personnes apportent des disponibilités complémentaires vis-à-vis des besoins, des aléas de la vie et de l'éducation de l'enfant. On a noté que les femmes combinaient de manières diverses le biologique et les structures de la parenté, mais on manque de recul pour savoir comment ces différentes situations seront vécues<sup>28</sup>.

Les situations qui amènent une femme seule à envisager d'avoir recours à la technique pour obtenir la naissance d'un enfant sont multiples, et ne relèvent pas de notre réflexion. Comme les couples de femmes, les femmes seules qui veulent un enfant sans avoir de relations sexuelles avec un homme doivent recourir à un donneur de sperme. Mais, au final, elles seront seules pour accueillir l'enfant et en prendre soin.

### **Relations de l'enfant à son environnement : ses origines, l'absence de père, les repères familiaux**

Le choix pour les couples de femmes ou les femmes seules de ne pas passer par une relation sexuelle fécondante pour procréer implique de recourir à un donneur de sperme. Celui-ci peut être un donneur connu dans le cadre d'une auto-insémination<sup>29</sup>; il peut aussi être anonyme. Ces choix différents conditionneront l'environnement de l'enfant.

Si des enfants ne connaissant pas leur père et des enfants élevés par un seul parent ou dans un couple homosexuel existent depuis toujours, il y a une différence entre le fait de « faire face » à une telle situation survenant dans le cadre de la vie privée sans avoir été planifiée ni organisée par la société, et l'instituer *ab initio*.

Cela pose trois questions : quelles conséquences cela peut-il avoir sur la relation des enfants à leurs origines ? Que signifie le fait de grandir sans père ? Et qu'en sera-t-il de leurs repères familiaux ?

### **Relation aux origines**

Dans toute IAD, le fait de devoir passer par un don de sperme implique une rupture du lien entre l'origine au sens biologique et la filiation.

La question de l'origine que peut se poser un enfant est double : comment suis-je venu au monde, ou, plus généralement, comment fait-on les enfants ? Et, plus spécifiquement, qui sont mes parents, et quelles sont mes origines ?

28. On commence seulement à avoir un retour, trop faible pour être pertinent, sur les difficultés en cas de divorce.

29. Auto-insémination : insémination dans un cadre privé par une méthode dite "artisanale", encore appelée "conviviale" (J. Testart. *Faire des enfants demain*. Seuil 2014, p. 166) : obtention de sperme hors relation sexuelle, recueil dans un flacon et auto-insémination intravaginale de la femme. Les couples homme-femme "no sex", ou les couples dont l'homme souffre d'éjaculation précoce, y ont recours lorsqu'ils ont un désir d'enfant.



Les difficultés rencontrées par certaines personnes nées d'une IAD sont en partie liées au secret qui a entouré les circonstances de leur conception et dont la révélation a pu être douloureuse.



**La première question peut surgir chez tout enfant, mais n'est généralement pas essentielle.** Pour la plupart d'entre eux, quelles que soient les modalités de leur naissance, l'essentiel est l'affection, l'attention, le sentiment de sécurité qu'apportent les parents. Lors d'un recours à l'AMP, la technique peut paradoxalement être parfois moins énigmatique que la sexualité des parents, et plus simple à expliquer.

**La seconde question est plus intime.** Elle porte sur ses origines, ses parents, les modalités de sa venue au monde<sup>30</sup>, données essentielles à la construction de son identité. Cette interrogation se pose différemment selon les conditions de sa naissance. On a constaté qu'un certain nombre d'enfants nés après IAD, telle qu'elle est juridiquement organisée en France, donc dans des couples hétérosexuels, s'interrogent sur "leur" donneur et son lignage, quand bien même ils ont un père juridiquement institué et qui, dans la majorité des cas, assume cette fonction d'origine<sup>31</sup>. Pour les enfants nés par don de sperme dans un couple de femmes ou d'une femme seule, il n'y aura pas de lignée paternelle, ni de référence à la succession des générations de ce côté-ci de sa généalogie. Ce n'est que dans le cas du recours à un donneur connu que l'enfant aurait accès à ce qu'il est convenu d'appeler son "origine".

Les difficultés rencontrées par certaines personnes nées d'une IAD sont en partie liées au secret qui a entouré les circonstances de leur conception et dont la révélation a pu être douloureuse. Un tel secret est évidemment exclu à l'égard d'enfants dont

les deux parents sont de même sexe. Reste la question de l'anonymat – en France la loi le garantit aux donneurs<sup>32</sup> – et celle de l'accès aux origines biologiques qui n'est pas autorisé, à l'heure actuelle, pour les enfants nés par don de sperme.

Or, la question de l'accès aux origines tend à évoluer, d'une part sous la poussée des idées et des pratiques, comme, par exemple, l'intérêt accru du public pour la notion d'origine biologique et de transmission du patrimoine génétique; d'autre part, sur le plan juridique, la situation pourrait aussi évoluer. Il faut distinguer le droit à l'accès à ses origines personnelles ("élément structurant de l'identité des personnes") et le droit à l'anonymat garanti aux donneurs de sperme, ces deux normes ne devant pas être confondues. Dans un contexte différent, celui des personnes adoptées et celui de l'accompagnement de l'accouchement sous secret, un équilibre entre ces éléments contradictoires – secret et demande d'accès aux origines – a été recherché par le législateur<sup>33</sup>.

Rappelons que la convention européenne des droits de l'homme a estimé que le droit de connaître ses origines relevait de l'intérêt supérieur de l'enfant (article 8 de la convention)<sup>34</sup>. On peut donc, craindre pour les uns, espérer pour les autres<sup>35</sup>, que l'anonymat absolu de la loi française concernant les données personnelles du donneur de sperme, confirmé par le Conseil d'État<sup>36</sup>, soit un jour remis en cause au niveau européen<sup>37</sup>.

### Grandir sans père, c'est une situation créée par l'aide médicale à la procréation dans les couples de femmes et pour les femmes seules

La situation créée par la procréation dans les couples de femmes et pour des femmes seules est inédite pour l'enfant. Les femmes seules ou en couple qui choisissent de procréer en utilisant du sperme de donneur font le choix délibéré d'élever un enfant dans un cadre parental qui ne comprend pas de père.

Dans toutes les autres situations connues, les enfants ont, ou ont eu, un père dont l'absence survient de façon aléatoire: cela peut être le cas des femmes homosexuelles ayant eu des enfants dans le cadre de couples hétérosexuels, c'est le cas des femmes ayant pris l'initiative de quitter leur conjoint ou leur partenaire, c'est le cas des veuves.

30. E. Morin. *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*. Essai. Ed Points. Avril 2015, p. 82 « Tout être humain, toute collectivité doit irriguer sa vie par une circulation incessante entre son passé où il ressente son identité en se rattachant à ses ascendants, son présent où il affirme ses besoins et un futur où il projette ses aspirations et ses efforts ».

31. Pour un certain nombre d'enfants nés par IAD dans un couple hétérosexuel, la question de la connaissance du donneur est importante, tant au regard de leurs origines que de celles de leurs enfants, donc du rapport à une troisième génération : « Le don de gamète crée la vie, le donneur me constitue. Ma mère a été concernée dans sa chair pendant neuf mois par ce don, moi c'est toute ma vie. C'est aussi un don d'hérédité que je vais transmettre à mes enfants qui transmettront eux-mêmes cette part d'inconnu ». <http://www.genethique.org/fr/audrey-kermalvezen-souleve-les-paradoxes-du-don-de-gametes-64604.html#.V7bAxOmOySQ>.

32. D'autres pays ont depuis longtemps levé l'anonymat (Suisse, Suède, Grande-Bretagne, Allemagne).

33. La loi n° 2002-93 du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'État a notamment créé le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP).

34. CEDH 13 juillet 2006, aff. Jäggi c. Suisse. Le 14 janvier 2016, la CEDH est allée plus loin, considérant conforme à "l'intérêt de l'enfant" le fait de connaître la vérité sur ses origines (arrêt Mandet).

35. On peut se faire une idée de leurs interrogations par les demandes faites à la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) dans l'affaire du CECOS Jean Verdier de Bondy (Séance du 27 juillet 2010) de communiquer divers documents concernant des informations sur les origines de leur conception réalisée par insémination artificielle avec donneur.

36. Conseil d'État, 12 novembre 2015, M<sup>me</sup> B. <http://www.conseil-etat.fr/Decisions-Avis-Publications/Decisions/S...-objet-d-une-communication-particuliere/CE-12-novembre-2015-Mme-B>.

37. En effet, la CEDH a déclaré non conforme au droit européen la loi italienne sur l'accès aux origines des enfants adoptés, car elle n'a pas cherché de compromis entre le droit de la mère à la préservation de son anonymat, et "l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire". À l'avenir, il est possible que le secret sur des données personnelles du donneur puisse rester conforme au droit européen; en revanche, il pourrait être requis qu'il soit équilibré par une certaine ouverture sur le droit de l'enfant à connaître ses origines.

Les enfants orphelins ont eu un père dont la mémoire est transmise par la mère et le lignage paternel. Les enfants adoptés ont eu un père biologique, même s'il est inconnu dans la plupart des cas, mais ils ont un père social institué en tant que tel par le droit (sauf dans les cas d'adoption par une femme seule<sup>38</sup>). C'est encore le cas des enfants nés par IAD dans les couples hétérosexuels, qui ont un père juridiquement institué.

Dans le cadre parental résultant du choix des couples de femmes et des femmes seules, l'enfant n'aurait, dans son histoire, aucune image de père, connu ou inconnu, mais seulement celle d'un donneur<sup>39</sup>.

Cela pose la question de la place du père dans la structure familiale et de sa fonction dans le développement de la personnalité et de l'identité de l'enfant.

Selon une vision classique, la présence du père est la première expérience de l'altérité dans l'apprentissage de la vie en société. Elle contribue à faire percevoir à l'enfant, en complément du rôle de la mère, la différence sexuelle et l'altérité masculin-féminin, prélude à la diversité des genres qu'il rencontrera dans le milieu scolaire, puis le monde du travail et la société en général.

Les enfants de couples de femmes peuvent bénéficier d'une altérité des caractères et des positions parentales. Dans le cas des enfants de femmes seules, il n'y a plus ni altérité des caractères, ni apprentissage de la différence des sexes, au sein du foyer.

Dans une autre vision, la fonction paternelle n'est pas identique ni réductible à la différence des sexes. Dans l'inconscient de l'enfant, le couple parental est formé d'un père et d'une mère plutôt que d'un homme et d'une femme. L'absence d'homme dans le foyer ne veut pas dire que l'enfant exclut la représentation symbolique du père, pas plus que la représentation de l'autre sexe.

Selon les études récentes, ces enfants élevés dans des familles homoparentales ne se portent ni mieux ni moins bien que les enfants évoluant dans des familles traditionnelles. La situation semble différente pour les enfants élevés dans une famille monoparentale.

### Relation aux repères familiaux

La famille peut être définie comme le regroupement au sein d'un même foyer de personnes liées par un lien de parenté (légitime, naturelle aussi bien qu'adoptive), et par des relations de soin parental. Elle est en constante évolution, avec

LL

71 % des enfants de moins de 18 ans vivent en France dans une structure familiale avec leurs deux parents biologiques, père et mère, 18 % vivent dans une famille monoparentale et 11 % dans une famille recomposée.

77

une augmentation des familles monoparentales, séparées, recomposées, et des enfants élevés dans des familles homoparentales. Dans ce dernier cas, jusqu'à il y a quelques années, on ne connaissait pas avec précision la part des enfants qui ont été conçus par AMP et la part de ceux qui, nés dans une famille hétérosexuelle, sont élevés totalement ou en partie par l'un de leurs deux parents vivant en couple homosexuel<sup>40</sup>. Au-delà du fait que constitue aujourd'hui la diversité des formes familiales, les études se multiplient, mais les points de vue sur ces évolutions restent très divers.

À l'heure actuelle, selon une enquête de l'Insee de 2011 (enquête familles logement), 71 % des enfants de moins de 18 ans vivent en France dans une structure familiale avec leurs deux parents biologiques, père et mère, ceci malgré l'augmentation des divorces et séparations, 18 % vivent dans une famille monoparentale (surtout la mère) et 11 % dans une famille recomposée. Une évolution est soulignée par une enquête de la Fédération des familles homoparentales de 2015: 74 % (163 sur 219) des enfants de moins de 5 ans nés dans des couples de femmes ont été conçus par IAD, mais seulement 24 % (45 sur 186) de ceux de plus de 5 ans<sup>41</sup>.

Dans ce modèle homoparental, comme dans les modèles les plus classiques, les enfants ont deux familles auxquelles ils se réfèrent. Les parents insèrent l'enfant dans leur lignage<sup>42</sup> et ainsi dans la continuité familiale. Ces lignages parentaux, l'existence de grands-parents, participent au cadre qui favorise et assurent le développement de l'enfant. Dans le modèle monoparental des femmes seules, un seul lignage est impliqué.

38. Les personnes seules (le plus souvent des femmes) ont eu la possibilité d'adopter des enfants en 1923, face aux conséquences meurtrières de la guerre de 1914 et à la disparition tragique de toute une génération masculine d'époux et de pères.

39. Nombre d'enfants nés à la suite d'une IAD dérivent, chacun à sa manière, le caractère problématique de la place du donneur anonyme: « *Pourtant le sperme [...] est bien issu d'un donneur [...] en chair et en os, sur lequel ou laquelle l'enfant pourra s'interroger par la suite. À travers ses interrogations, il "redonnera vie" au donneur ou à la donneuse [...]. Les enfants issus du don de gamètes sont toujours la dernière roue du carrosse. [...] Prendre en compte l'intérêt de l'enfant passe par la possibilité de remonter les origines à sa majorité. À l'heure actuelle, c'est comme un deuil impossible à faire pour l'enfant issu du don de gamètes. Tant que la personne n'a pas vu le corps d'un proche décédé, elle ne peut faire son deuil. De même, tant que l'enfant n'a pas*

*accès à ses origines, il porte ses interrogations* ». Audrey Kermalvezen, auteur du livre *Mes origines : une affaire d'État*, entretien 18. [http://www.genethique.org/fr/audrey-kermalvezen-souleve-les-paradoxes-du-don-de-gametetes-64604.html#\\_VtcHTOI5SSQ](http://www.genethique.org/fr/audrey-kermalvezen-souleve-les-paradoxes-du-don-de-gametetes-64604.html#_VtcHTOI5SSQ).

40. Cette absence de distinction entre les deux catégories qui sont, pourtant, dans une situation très différente, est l'un des biais fréquents des études actuellement publiées.

41. Martine Gross (2015): *L'homoparentalité et la transparence au prisme des sciences sociales: révolution ou pluralisation des formes de parenté?* Enfances Familles Générations n° 23. <http://www.efg.inrs.ca/index.php/EFG/article/view/636/273>.

42. Distinguer "lignée": descendance; et "lignage": groupe de filiation unilinéaire descendant d'un même ancêtre.

## ■ Relations des demandeurs d'AMP à la médecine et aux ressources biologiques

### L'exercice de la médecine et les demandes sociétales d'IAD: conséquences dans le cadre du système de santé français

L'exercice de leur métier prend sens pour les médecins et les soignants dès lors qu'il a pour finalité de tenter de maintenir ou restaurer la santé, ce qui engage leur responsabilité. Soigner, c'est non seulement prévenir, diagnostiquer et traiter, mais c'est aussi considérer les personnes dans leur entièreté physique, psychique, morale, culturelle, et sociale. Prendre soin a pour objectif de permettre à la personne de se maintenir dans, ou de revenir à, un état de santé acceptable de mieux-être physique et psychique.

Le législateur a consacré dans le droit de la bioéthique une vision strictement thérapeutique du rôle de la médecine qui est exposée à l'évolution des demandes sociales. L'infertilité est une maladie du couple, qui se révèle lorsqu'il y a un désir d'enfant non satisfait. Le médecin est alors à la fois au service du projet parental et sollicité par la société pour que ce projet se réalise. L'ouverture de l'IAD à des personnes ne souffrant pas de pathologie responsable de stérilité se concevrait pour pallier une souffrance ressentie du fait d'une infécondité secondaire à des orientations personnelles. Cette souffrance doit être prise en compte.

Les techniques d'AMP sont des traitements contraignants et coûteux, et la rareté des dons de gamètes compromet actuellement une prise en charge satisfaisante des infertilités pathologiques; la demande d'accès à l'IAD de personnes non stériles et la revendication d'une égalité des droits appliquée à des conditions différentes, stérilité d'origine pathologique ou demandes "sociétales" d'AMP, mettraient en péril deux grands principes du système de santé en France, fondé sur la solidarité: la gratuité du don d'organes et des produits du corps humain, dont les gamètes, et la prise en charge des traitements d'infertilité d'origine pathologique par la solidarité nationale. Elles faciliteraient la constitution de circuits parallèles et renforceraient la pression qui s'exerce actuellement pour le développement et la libéralisation d'un marché procréatif, ce qui correspondrait à un bouleversement du système de santé français (cf. ci-après).

### Rareté des gamètes et conséquences sur le risque de marchandisation de l'ensemble des produits du corps humain

Qu'il s'agisse de femmes seules ou de couples de femmes, l'institutionnalisation par la société d'une prise en charge médicale de procréation à travers un don de sperme anonyme dans des conditions de ressources biologiques rares soulève un questionnement éthique.

La rareté des gamètes constitue un problème en soi. Plusieurs aspects expliquent que l'offre altruiste reste limitée: comme pour d'autres situations, les demandes ont tendance à croître; un don de gamètes ne répond pas à un besoin vital au sens strict – ce qui peut laisser les donneurs potentiels indifférents; les gamètes restent plus compliqués à prélever que le sang, par exemple<sup>43</sup>; pour certains, les gamètes, porteurs du patrimoine génétique, ne sont pas l'équivalent d'autres éléments du corps humain.

Du fait de l'insuffisance de l'offre, le risque existe – en cas d'élargissement des indications de l'IAD – de prolonger, pour tous, les délais d'attente, et donc d'augmenter l'âge auquel les femmes pourraient accéder à l'IAD et de diminuer les chances de succès de cette procédure<sup>44</sup>.

Il est possible d'envisager qu'une priorité soit donnée aux couples composés d'un homme et d'une femme dont l'infécondité serait de nature pathologique. D'un point de vue juridique, la constitutionnalité de cette solution serait douteuse si une ouverture légale et réglementaire de l'IAD entraînait une égalisation des situations entre infécondités pathologiques et sociétales, limitant les possibilités de les traiter différemment. D'un point de vue politique, cette priorisation serait aussi difficilement justifiable. Enfin, d'un point de vue pratique, il n'est pas non plus évident de savoir comment procéder: faudrait-il instaurer deux listes d'attente séparées? De ce fait, sauf augmentation inattendue du nombre de donneurs de sperme, l'ouverture de l'IAD aux femmes en couple ou seules ne déboucherait que sur des occasions très rares pour celles qui le souhaiteraient de bénéficier effectivement d'un don de sperme.

La gratuité légale du don en France participe au risque plus ou moins marqué de "pénurie"<sup>45</sup>. La rémunération des donneurs, de nature à pallier la pénurie, et déjà évoquée, poserait en revanche des problèmes considérables au regard des principes gouvernant l'ensemble des dons d'éléments et produits du corps humain (voir ci-dessous). En outre, parmi les inconvénients de ces rémunérations, le plus important est sans doute l'absence de traçabilité des "donneurs" de sperme, qui peuvent trouver un avantage à multiplier les prélèvements et les centres auxquels ils s'adressent, puisque chaque don représente une source de revenus.

Cette situation de "pénurie" est gérée à la marge par les pays qui sont attachés à la gratuité du don: pour augmenter l'offre, ils étendent le nombre d'enfants nés d'un seul donneur de sperme (en France, le chiffre est passé de cinq à dix), ou tolèrent le don dit "relationnel", déjà largement utilisé par les centres d'aide à la procréation faisant usage des dons d'ovocytes dans le cadre d'infertilité pathologique de couples hétérosexuels.

Des pays (Espagne, Danemark) ont fait le choix d'augmenter l'offre de gamètes par la perspective d'une rémunération: l'expérience de ces pays montre que l'argent gagné décide quelqu'un à faire ce qu'il ne voulait pas faire gratuitement, ce qui constitue une nouvelle figure de violence. La gratuité, qui a pour objet de canaliser la violence des relations liées à ce type de gains, se paye de la pénurie. Protéger la liberté de

43. C'est évident pour les ovocytes, mais cela reste vrai pour le sperme (plusieurs déplacements sont nécessaires: consultation, bilans, prélèvements consistant en recueils après masturbation...).

44. Voir dans l'annexe 3 les chiffres de la diminution de la fécondité avec l'âge.

45. Au Canada et en Belgique où la gratuité du don de sperme est obligatoire, l'offre altruiste ne couvre pas plus de 10 % des besoins; la Belgique achète 90 % du sperme au Danemark, et le Canada aux États-Unis.

l'offre revient à ne pas satisfaire la totalité des demandes. C'est un choix éminemment éthique et politique.

Une fois le principe de la gratuité rompu sur les gamètes, on voit mal ce qui empêcherait de faire la même chose pour les autres produits et éléments du corps humain, y compris les organes. En effet, même dans les cas où la situation offre-demande est équilibrée, comme le sang, payer les prélèvements revient moins cher à la collectivité qu'organiser un circuit de dons. Il existe, comme le montre le marché international du sang et de ses dérivés, des gamètes, ou des mères porteuses, un immense vivier de personnes qui, en raison de leurs difficultés économiques, acceptent de vendre les éléments de leur corps.

Le risque de marchandisation concerne, certes, les ressources biologiques d'origine humaine en tant que telles, mais, au-delà, toute la biomédecine, qui nécessite l'usage et la circulation de telles ressources, plus ou moins industrialisées, dans un contexte où la vie du demandeur est plus ou moins menacée : sang, moelle osseuse, organes <sup>46</sup>.

Dans les pays qui pratiquent la rémunération des éléments du corps humain, le service public du prélèvement gratuit perdure, mais il est concurrencé par les prestations des banques privées ; la recherche d'une attribution équitable des ressources rares (urgence, compatibilité génétique, liste d'attente, etc.) est doublée par la préférence donnée aux plus offrants. Cela s'intègre à un réseau de cliniques privées offrant des prestations de services plus larges et plus souples que celles du secteur public, particulièrement en matière de choix du donneur. Actuellement, certaines de ces ressources commerciales circulent librement puisqu'elles peuvent être achetées sans difficulté sur internet.

Sur ce point, les demandes sociétales d'accès à l'AMP devraient être examinées, non pas séparément, mais dans le même temps. Autrement dit, autoconservation ovocytaire de précaution sans motif médical et demande de recours à l'IAD pour raisons sociétales, qui répondent à deux objectifs bien distincts, participent néanmoins de la même logique de technicisation constante de la procréation et conduisent à augmenter le nombre d'AMP et les contraintes sur la santé des femmes, avec les marchés qui leur sont liés : commerce des gamètes, médicaments, prestations de prélèvement, de conservation, de transfert, etc. De nouveau (voir chapitre 2), le fait de réserver la prise en charge par l'assurance maladie aux stérilités d'origines pathologiques médicalement constatées pourrait être justifié par la différence entre infécondités de nature pathologique – bénéficiant d'une gratuité totale – et de nature sociétale – ne bénéficiant pas d'une telle gratuité. Les femmes dans cette seconde situation devraient payer les prestations médicales et le coût de préparation des

gamètes (les donneurs continuant d'être soumis au principe de gratuité). Mais cette mesure aurait pour effet de réserver l'accès de l'AMP dite "sociétale" à des femmes aisées. Par ailleurs, elle n'aurait aucun impact sur la question de la rareté des gamètes disponibles.

### → CONCLUSION :

## POINTS DE BUTÉE ET RECOMMANDATIONS

Après l'analyse factuelle – essentielle pour développer une argumentation – persistent quelques points de butée.

### ■ POINTS DE BUTÉE

Les points de butée concernent, avant tout, le rôle comme la définition du père, la différence de situation entre les couples de femmes et les femmes seules, la question de la rareté des ressources biologiques et des risques de marchandisation que celle-ci entraîne, la limite entre le pathologique et le sociétal.

- **Pour ce qui concerne le rôle et la définition du père,** la question n'est pas seulement de savoir si, en autorisant l'AMP pour les couples de femmes et les femmes seules, on institutionnalise "l'absence de père", mais, à travers elle, plusieurs "absences" : absence de la figure masculine, absence de père juridique et inaccessibilité du géniteur, tant que celui-ci reste anonyme. Sous le terme de "père", revient s'unifier de manière complexe tout ce que les disjonctions propres à l'AMP amènent à séparer : le géniteur masculin (donneur de sperme), le père juridique reconnu selon les règles de filiation, la figure masculine par opposition au féminin, le double lignage généalogique par opposition à l'unicité des familles monoparentales, la différence au sein du couple, chacun de ces facteurs étant important pour l'enfant, sur un plan matériel, psychique et symbolique, dans la construction de soi, ainsi que pour la société dans son ensemble.

Ne pas s'engager dans un processus qui organiserait l'absence de père, ou considérer qu'il s'agit de représentations en pleine mutation et que l'on ignore encore aujourd'hui comment les sujets concernés vont se construire dans ces nouvelles situations, constituent l'une des expressions de ce point de butée.

Il serait pertinent de pouvoir s'appuyer sur des études fiables explorant, dans ces nouvelles situations, le devenir des enfants dans ses multiples aspects (santé, réussite scolaire, relations amicales). Il ne paraît pas encore possible, au vu de la littérature publiée, de formuler une évaluation consensuelle de l'évolution des enfants élevés dans des familles homoparentales compte tenu, en particulier, de l'hétérogénéité de ces familles. Si la grande majorité de ces études émettent une conclusion positive sur le devenir des enfants, les biais méthodologiques, les disparités des critères retenus et le recul encore insuffisant ne permettent pas de l'affirmer avec certitude.

Plusieurs études scientifiques pluridisciplinaires s'appuyant sur les sciences sociales, la médecine et le droit, sont en cours en France et devraient contribuer à apporter des réponses fiables <sup>47</sup>.

46. Jean-Daniel Rainhorn : *La déshumanisation atteint aussi la médecine* (Le Monde, Science et technologies, 13 juillet 2015).

47. Citons le projet multidisciplinaire intitulé *Homoparentalité, fonctionnement familial, développement et socialisation des enfants* (devhom) financé par l'ANR et basé sur les 18000 enfants de la cohorte ELFE. Il a pour objectif général de mener une étude longitudinale de la socialisation et du développement des enfants qui grandissent actuellement au sein de familles homoparentales.

- Un point de questionnement récurrent porte sur **l'équivalence ou non des demandes des couples de femmes et des femmes seules**. La situation des femmes seules ajoute l'absence de couple à l'absence de père. À cet égard, le point de butée porte sur les conséquences pour l'enfant de la présence d'un seul parent, ainsi que d'une seule généalogie familiale. Beaucoup d'éléments montrent que les familles monoparentales rencontrent des problèmes, en partie pour des raisons socio-économiques mais bien au-delà. Toutefois, le développement d'enfants de mères célibataires par choix, nés par IAD dans ce cadre, n'a pas fait l'objet d'études spécifiques (hormis quelques études anglaises qualitatives sur de petits effectifs et des enfants très jeunes).
- **La question de la disponibilité limitée des ressources biologiques et, au-delà, celle du risque de "marchandisation" des produits du corps humain**, constitue un autre point de butée qui ne peut être ni évacué, ni minimisé. Les femmes seules et les femmes en couple, si elles ne recourent pas à une auto-insémination, ont besoin d'accéder à la disponibilité de paillettes de sperme. Or, l'insuffisance des dons pour satisfaire la totalité des besoins, des couples hétérosexuels stériles comme des couples de femmes et des femmes seules, lorsque le don est gratuit, peut rapidement conduire à la création d'un marché de la procréation qui échapperait aux dispositifs actuels d'encadrement et de protection. In fine, cela fragilise la gratuité des dons – non seulement des gamètes, mais de tous les éléments du corps humain – et fait courir le risque d'une déstabilisation de tout le système bioéthique français.

## ■ RECOMMANDATIONS DU CCNE

Les analyses permises par la méthode du groupe de travail (explicitée au chapitre 1) conduisent une majorité des membres du CCNE à ne formuler aucune opposition à l'ouverture de l'IAD à toutes les femmes, mais à demander que soient définies des conditions d'accès et de faisabilité.

Les arguments retenus en faveur de l'accès aux techniques d'AMP des couples de femmes et des femmes seules à l'IAD sont de trois ordres : la demande des femmes et la reconnaissance de leur autonomie ; l'absence de violence liée à la technique elle-même ; la relation à l'enfant dans les nouvelles structures familiales.

L'autonomie des femmes s'exerce déjà dans leur accès à la parentalité par d'autres moyens : adoption dans les couples de femmes, ou démarches de procréation dans le cadre de la vie privée. La technique d'IAD elle-même, contrairement à la GPA, ne comporte pas en tant que telle de violence à l'égard d'un tiers extérieur comme le prouve son autorisation pour les indications médicales. Contrairement à l'autoconservation ovocytaire, il n'y a pas de pression sociale spécifique concernant cette technique d'IAD, dans le sens où la volonté de procréation des femmes émane d'un choix individuel. Si une pression sociale s'exerçait, ce serait plutôt contre cette forme de volonté personnelle.



Concevoir un enfant dans un contexte homoparental est un projet longuement réfléchi, concerté, qui fait de la grossesse un événement programmé et désiré.



Dans ce tissu social en mutation, les cadres déontologiques de la médecine, comme ses limites et ses objectifs, évoluent également. La demande d'accès à l'IAD formulée par les couples de femmes s'inscrit dans l'influence grandissante de la société sur l'usage de pratiques médicales pour des demandes sociétales.

Même si tout désir n'a pas vocation à être satisfait, on peut faire confiance au projet des femmes qui souhaitent accéder à la maternité en bénéficiant de procédures auxquelles, auparavant, elles n'avaient pas accès. Concevoir un enfant dans un contexte homoparental, par exemple, est un projet longuement réfléchi, concerté, qui fait de la grossesse un événement programmé et désiré. Ce serait au contraire le maintien du cadre légal actuel – qui réserve l'IAD aux couples formés d'un homme et d'une femme – qui pourrait constituer une injustice de la part de la société à l'égard des demandeuses.

La famille est en mutation, ce qu'illustre la diversification des formes de vie familiale ; dans nombre d'entre elles, des enfants sont élevés par des couples de femmes ou des femmes seules. Même si, pour la société, faire face à une situation familiale nouvelle qui n'était pas anticipée ou la programmer ne sont pas du même ordre, on ne peut ignorer la réalité de ces situations lorsqu'on se prononce sur l'accès à l'AMP pour des couples de femmes et des femmes seules.

L'homoparentalité comme la monoparentalité, issues de l'AMP, sont des réalités en France, et l'aide à la procréation pour ces femmes existe de façon légale dans nombre de pays limitrophes. Deux à trois mille femmes françaises y ont recours chaque année. Dans ce contexte, ce serait plutôt le refus de l'accès à la parentalité des couples de femmes ou des femmes seules via l'IAD qui poserait un problème. Par ailleurs, la majorité des membres du CCNE pensent qu'un maintien du *statu quo* législatif pourrait stigmatiser ces nouvelles formes familiales.

Dans ces nouvelles formes familiales, la relation à l'enfant peut se construire, de même que celle de l'enfant à celle ou celles qui l'entourent. Ces modèles familiaux partagent, outre, les préoccupations générales auxquelles toute famille est confrontée, notamment en ce qui concerne les conditions d'éducation des enfants.

La relation de l'enfant à ses origines et à sa filiation peut se construire dans cette situation particulière comme dans toute histoire familiale.

Il convient de souligner plusieurs points :

- L'importance pour l'enfant que la vérité sur son origine lui soit révélée, y compris celle de l'intervention d'un donneur dans sa conception ;
- L'importance de tenir compte des repères sexués, symboliques et sociaux, au-delà du couple de femmes ou de la femme seule ;
- L'importance de tenir compte de l'absence d'un père dans les relations éducatives, dont on sait quel point de butée elle constitue, quelle que soit la position adoptée.

**Cette ouverture de l'IAD à toutes les femmes doit cependant être accompagnée par l'établissement de conditions d'accès et de faisabilité**

Au-delà des points de convergence développés ci-dessus conduisant à formuler un avis favorable à l'ouverture de l'IAD aux demandes des couples de femmes et des femmes seules, des interrogations existent quant aux conditions d'accès et de faisabilité.

Elles concernent tout d'abord les situations différentes des couples de femmes et des femmes seules. Les rassembler dans un même avis suscite des réserves, que nous avons mentionnées comme un point de butée : dans la situation des femmes seules, l'absence de couple s'ajoute à l'absence de père, et les études s'accordent à souligner la plus grande vulnérabilité des familles monoparentales. Certains membres du CCNE conditionnent la démarche d'ouverture à la distinction de ces deux types de situations familiales. D'autres souhaitent que des dispositions d'accompagnement soient proposées, qui pourraient s'inspirer de celles qui s'appliquent au cadre de l'adoption, ou prendre d'autres formes.

L'élargissement de la possibilité du recours à l'IAD aux couples de femmes, et possiblement aux femmes seules, que préconisent la majorité des membres du CCNE, ne dissipe pas toutes les interrogations sur les conséquences éventuelles pour l'enfant de ces nouvelles configurations familiales. En effet, celles-ci sont encore l'objet de controverses, même si les études s'accordent sur le constat que la structure de la famille compte beaucoup moins que le soutien de l'environnement, la dynamique familiale, la qualité des relations entre parents et enfants ainsi qu'entre les parents eux-mêmes. Un travail de recherche scientifique, sans a priori, fondé sur une méthodologie rigoureuse et consensuelle, doit se poursuivre et impliquer une approche transdisciplinaire associant sciences sociales, médecine et droit ; il pourra, seul, apporter une réponse incontestable.

Par ailleurs, il ne saurait être question de remettre en cause la solidarité nationale et la gratuité du don des éléments du corps humain. Le maintien de cette gratuité du don est un des points de butée inévitables dans la discussion d'ouverture des techniques d'AMP, qu'il convient de prendre en compte quelle que soit la position que l'on adopte sur l'accès à ces ressources. En cas d'ouverture large à l'IAD, mener des campagnes énergiques, répétées dans le temps, dans le but d'augmenter les dons de sperme et de répondre aux besoins et aux demandes que pourrait entraîner cette évolution, est d'une



Il ne saurait être question de remettre en cause la solidarité nationale et la gratuité du don des éléments du corps humain.



absolue nécessité. Un contrôle doit être strictement maintenu par les CECOS pour éviter l'émergence d'un marché privé en France, ainsi que pour soutenir l'appel à des dons dans un cadre qui les situe clairement dans une démarche collective, respectueuse des bonnes pratiques et solidaire.

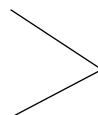
Enfin, la charge pécuniaire de l'utilisation des techniques d'AMP hors des indications médicales ne saurait porter sur les moyens financiers de l'assurance-maladie. La question se pose dès lors : les femmes en couples ou les femmes seules devraient-elles supporter seules les frais inhérents à leurs demandes d'aide à la procréation s'ils ne relèvent pas d'indications médicales, ou une certaine forme de solidarité pourrait-elle être envisagée ? Celle-ci pourrait prendre la forme d'une contribution partielle au coût du service public selon des modèles déjà en vigueur. Les prestations des centres agréés pour l'AMP pourraient être facturées au réel prix coûtant par les établissements participant au service public hospitalier et encaissées comme des "ressources propres".

**En conclusion, compte tenu de tous les points qui précèdent et notamment de l'absence de violence spécifique dans le recours à la technique considérée, la majorité des membres du CCNE se prononcent pour la recommandation d'ouverture de l'AMP aux couples femmes et aux femmes seules, sous réserve de la prise en compte de conditions d'accès et de faisabilité.**

Toutefois, au cours des discussions, s'est aussi exprimée une position divergente de certains membres du CCNE (voir positions divergentes).

La révision par le législateur des lois de bioéthique, prévue en 2018, sera l'occasion pour le CCNE d'animer une consultation citoyenne permettant notamment de réfléchir sur les évolutions du don de gamètes et des techniques d'AMP et de préciser les conditions d'ouverture de l'IAD à toutes les femmes. •

L'intégralité du texte est disponible pour téléchargement sur le site du CCNE : [www.ccne-ethique.fr](http://www.ccne-ethique.fr)





11-12-13  
octobre 2017  
LA BAULE

PALAIS DES CONGRÈS  
ATLANTIA  
119 AV. MAR. DE LATTRE  
DE TASSIGNY  
44500 LA BAULE

# 34<sup>èmes</sup> JOURNÉES D'ETUDES

## de l'Association Nationale des Sages-Femmes Coordinatrices



### Mercredi 11 octobre UNE PROMESSE DE BONHEUR

MODÉRATEURS: DOMINIQUE TRIPODI, SOPHIE GUILLAUME

- 8 h 15 > Accueil des participants
- 9 h 00 - 10 h 00 > Ouverture des journées  
SYLVIE LE ROUX - PRÉSIDENTE ANSFC
- 10 h 00 - 10 h 45 > Bien faire, une condition du bien-être au travail  
MYLÈNE ZITTOUN
  - > Discussion
- 10 h 45 - 11 h 30 > Pause
- 11 h 30 - 12 h 15 > De la sage-femme... à la sage-femme coordinatrice,  
itinéraire d'une fonction actrice des évolutions  
hospitalières  
MICHEL SIMART
  - > Discussion
- 12 h 30 - 14 h 30 > Repas

MODÉRATEURS: DOMINIQUE TRIPODI, SOPHIE MARTINEZ

- 14 h 30 - 15 h 15 > Le bonheur au travail  
RAPHAËL ENTHOVEN
  - > Discussion
- 15 h 45 - 16 h 15 > Pause
- 16 h 15 - 16 h 35 > Pourquoi aimer son travail ?  
MICHEL RODRIGUES
- 16 h 35 - 16 h 55 > Codéveloppement: une méthode pour se développer  
ensemble  
ISABELLE HUMBERT
  - > Discussion

### Jeudi 12 octobre UNE PROMESSE DE CHANGEMENT

MODÉRATEURS: SANDRINE DELAGE, CORINNE RIOU-CHIARANDINI

- 8 h 45 - 9 h 05 > Ouverture de l'hôpital sur la ville  
RÉMI FAUQUEMBERGUE
- 9 h 05 - 9 h 25 > La filière mère-enfant dans le GHT 44  
SANDRINE DELAGE, ANNE HUCTEAU
- 9 h 25 - 9 h 45 > ACCAMBU: protocole de recherche accouchement ambulatoire  
YVETTE WALLERICH
  - > Discussion
- 10 h 15 - 11 h 00 > Pause
- 11 h 00 - 11 h 20 > PACTE: programme d'amélioration continu du travail en équipe  
VÉRONIQUE TESSIER
- 11 h 20 - 11 h 40 > PACTE: exemple de mise en œuvre en salle de naissance  
LAETITIA SIONNEAU, CATHERINE KERFORM
- 11 h 40 - 12 h 00 > La démarche IHAB: levier d'amélioration du travail en équipe  
DOMINIQUE DUBOZ
  - > Discussion
- 12 h 30 - 14 h 40 > Repas

MODÉRATEURS: NATHALIE CHHUN, SYLVIE LE ROUX

- 14 h 30 - 14 h 40 > La santé numérique dans tous ses états - NATHALIE CHHUN
- 14 h 40 - 15 h 25 > Quels enjeux et bonnes pratiques éthiques pour la santé  
numérique? - JÉRÔME BERANGER
  - > Discussion
- 15 h 45 - 16 h 30 > Pause
- 16 h 30 - 16 h 50 > Start-up/e-santé: gadgets ou solutions? - CÉCILE MONTEIL
- 16 h 50 - 17 h 10 > Télé-médecine: surveillance du diabète au cours de la grossesse  
NATHALIE MEDRANO

### Vendredi 13 octobre UNE PROMESSE DE D'OUVERTURE

MODÉRATEURS: ISABELLE DERRENDERING, MANUEL FERRER

- 9 h 00 - 9 h 20 > Quels besoins en formation pour le nouveau statut ?  
KARINE GOUESLARD
- 9 h 20 - 9 h 40 > Recherche en Maïeutique - CHLOÉ BARASINSKI
  - > Discussion
- 10 h 15 - 10 h 45 > Pause
- 10 h 45 - 11 h 05 > Intérêt du e-learning dans le management d'équipe  
PATRICE LOMBARDO
- 11 h 05 - 11 h 25 > Simulation en enseignement sur site - VALÉRIE COURTIN
  - > Discussion
- 12 h 00 > Clôture des journées - SYLVIE LE ROUX

#### SIÈGE SOCIAL

A.N.S.F.C. - 251 rue JF Millet  
76230 BOIS-GUILLAUME  
[www.ansfc.fr](http://www.ansfc.fr)

N° SIRET : 403 622 749 000 55  
Code APE/NAF 9499 Z  
N° agrément formation continue : 2260 02 326 60

#### INSCRIPTIONS ET SECRÉTARIAT

Madame Gaëlle MULTON-BEVILLARD  
336 rue de l'École - 74150 Thusy  
Tél. : 06 12 18 30 47  
mail : [assistante-congres@ansfc.fr](mailto:assistante-congres@ansfc.fr)

# Épidémiologie et résultats de l'AMP

**D**epuis la naissance, en 1978, de Louise Brown, premier bébé conçu en éprouvette, près de 6 millions de bébés ont été ainsi conçus dans le monde. L'assistance médicale à la procréation (AMP) est entrée dans nos mœurs, sa pratique est devenue courante en France, néanmoins elle continue de soulever de multiples questions.

La loi dite de bioéthique de juillet 1994, revue en août 2004, puis en 2011, définit les conditions dans lesquelles l'AMP peut s'exercer en France: couples formés d'un homme et d'une femme, vivants, en âge de procréer. L'Agence de Biomédecine (ABM), recense chaque année les tentatives faites en France et leurs résultats.

Les données 2013 sont disponibles sur le site de l'ABM depuis juillet 2015. 100 centres autorisés à pratiquer la FIV/ICSI et 192 laboratoires autorisés à préparer le sperme en vue d'insémination intra-utérine (IIU), ont réalisé 56 186 IIU, 21 201 FIV, 39 299 ICSI et 22 326 transferts d'embryons congelés. 23 651 enfants sont nés de l'ensemble des techniques d'AMP soit 2,9 % des naissances de l'année. Le taux d'accouchement moyen par tentative est de 10,6 % en IIU, 19,2 % en FIV, 19,3 % en ICSI et 15,6 % après transfert d'embryon congelé. En moyenne, une tentative FIV ou ICSI sur 5 aboutit à une naissance, ces résultats varient selon de multiples paramètres: âge de la femme, réserve ovarienne, poids, tabagisme, rang de la tentative, durée d'infertilité et cause et... qualité des centres.

Les résultats de l'AMP, c'est-à-dire, les taux de grossesse obtenus s'expriment par un rapport avec au dénominateur les grossesses et au numérateur les tentatives. Les grossesses peuvent être les grossesses débutantes, les sacs vus à l'échographie, les grossesses dites évolutives ayant passé les 12 semaines d'aménorrhée. L'idéal serait de parler de bébé né en bonne santé par tentative débutée, mais les 9 mois de grossesse, plus le temps de colliger les données des accouchements ne permettent de connaître les résultats de l'année N que l'année N + 2. D'où la tentation de s'exprimer en grossesse évolutive c'est-à-dire ayant dépassé 12 semaines d'aménorrhée, les taux de FCS tardives étant très faibles, ce taux permet une bonne appréciation.

Les grossesses prises en compte peuvent être, soit uniquement les grossesses issues de transferts d'embryons frais, soit toutes les grossesses issues de la même tentative qu'elles proviennent d'embryons frais ou d'embryons congelés. De même au dénominateur, les tentatives peuvent être définies par tous les cycles commencés (y compris ceux que l'on interrompt pour réponse ovarienne insuffisante) les ponctions ou les transferts d'embryons.

Régulièrement, des palmarès sont publiés par la presse prenant en compte les résultats bruts, palmarès qui certes font vendre mais dont il n'est pas évident qu'ils soient bénéfiques pour les

LL

Une évaluation plus objective des centres existe désormais, celle de l'ABM. Il s'agit d'une évaluation nominale des centres, qui prend en compte les caractéristiques de leur patientèle et le nombre de tentatives effectuées.

77

couples... tant ils poussent à l'hyper-sélection des patientes (ne prendre en charge que les "bons cas", les femmes les plus jeunes et répondant bien à la stimulation de l'ovulation). Une évaluation plus objective des centres existe désormais et mérite d'être plus connue, celle de l'ABM. Il s'agit d'une évaluation nominale des centres, qui prend en compte les caractéristiques de leur patientèle et le nombre de tentatives effectuées. Cette présentation permet de savoir quels seraient les résultats des centres s'ils traitaient tous les mêmes femmes, ce qui est loin d'être le cas.

La proportion de femmes de 40 ans et plus prises en charge en AMP est en moyenne en France, en 2013, de 14,8 % mais varie selon les centres de 3,6 % à 30,4 %, or les résultats de l'AMP sont fonction de l'âge des femmes! L'ABM n'a pas fait un palmarès mais un graphique: le "funnel plot" (diagramme en entonnoir) représente l'intervalle de confiance autour de la moyenne nationale en fonction du volume d'activité. Les centres dont les résultats standardisés se trouvent en dehors de l'intervalle de confiance s'écartent significativement de la moyenne nationale en plus ou en moins. Le taux global d'accouchement, issu d'embryons frais ou congelés, rapporté au nombre de ponctions de l'année, reflète le taux d'accouchement "cumulé" issu d'une ponction, ce taux représente pour les professionnels la meilleure façon d'apprécier la qualité d'un centre d'AMP.

En tenant compte des grossesses obtenues après transfert d'embryon frais ou congelés, en 2013, 17 centres étaient au-dessus de la moyenne, 15 en dessous, tous les autres étant à considérer comme non significativement différents de la moyenne nationale. Ces résultats destinés aux professionnels, d'accès libre, peuvent être consultés par tous, un numéro renvoyant à chaque centre. •

## QU'EST-CE QUE LE "COLLECTIF BAMP !" ?

Créé en 2013, le Collectif BAMP est une association loi 1901 reconnue d'intérêt général. Elle regroupe des patients, ex-patients, des personnes infertiles, stériles, célibataires ou en couples. Mais aussi des personnes qui, sans être infertiles ou stériles, sont sensibles au projet BAMP (parents, donneurs et donneuses de gamètes, professionnels de l'AMP) afin de :

- **Témoigner, informer et agir sur les différents aspects de l'infertilité, de la stérilité et de l'AMP.**
- **Accompagner et soutenir les personnes infertiles et stériles, les donneurs et donneuses.**
- **Assurer des fonctions de représentativité dans le cadre de la démocratie sanitaire.**
- **Promouvoir la Semaine de Sensibilisation sur l'Infertilité et l'exposition TRACES.**

À la création du Collectif, BAMP avait élaboré un manifeste contenant une série de constats et 34 propositions nécessaires pour améliorer l'AMP en France. À la suite de l'aboutissement de certaines d'entre elles, mais aussi compte tenu des évolutions législatives, BAMP a actualisé ce document. La version 2016 du manifeste est construite autour des grands objectifs suivants :

- 1 **Prévenir et agir pour réduire l'infertilité.**
- 2 **Améliorer l'Assistance Médicale à la Procréation.**
- 3 **Reconnaître les patients de l'AMP comme acteurs de leurs parcours de soins.**
- 4 **Repenser l'organisation juridique et le cadre éthique.**

**BAMP** pour Blog Assistance Médicale Procréation, et **collectif** parce que notre fonctionnement et la gouvernance de l'association est participative, collégiale. De plus, nous nous occupons de toutes les infertilités (féminines, masculines, mixtes, don de gamètes), de tous les parcours de vie et de soins en AMP. Vous pouvez trouver sur le blog de l'association [www.bamp.fr](http://www.bamp.fr) les statuts de l'associa-

tion, notre manifeste « *48 propositions pour améliorer la prise en charge de l'infertilité et de l'AMP en France* ». Ce manifeste a été envoyé aux différents candidats à l'élection présidentielle 2017, avec un questionnaire leur demandant de nous donner leurs positions sur les différents thèmes abordés.

De notre point de vue, **l'infertilité est devenue une question médicale majeure qui dépasse le seul cadre de la médecine et concerne plus largement le devenir de notre société.**

L'objet de l'association peut se résumer en quelques mots : **Témoigner, Informer, Agir, Accompagner et Soutenir, avant, pendant et après un parcours d'infertilité et d'AMP.**

Nous accompagnons et informons aussi les donneurs et donneuses de gamètes, les familles des personnes en parcours d'AMP.

Un de nos objectifs principaux est de **faire évoluer la situation en France, tant au niveau des taux de réussite, de la prévention à faire sur la santé reproductive, sur le don de gamètes ou encore sur l'évolution des lois** sans perdre de vue la nécessité d'un cadre éthique qui préserverait la santé reproductive, l'infertilité et l'AMP de la loi du marché. La santé, et l'infertilité ne sont pas des marchandises et les patients en AMP des parts de marchés à conquérir.

Nous sommes une association, qui ne fonctionne qu'avec des bénévoles et qui est financée simplement par les dons de ses adhérents. Nous tenons fortement à notre indépendance financière et morale,

qui nous permet de ne pas être pris au piège des conflits d'intérêts et des intérêts privés.

La démocratie sanitaire (loi 2002 et loi HPST de 2009) est aussi un principe très important au sein de notre association. Nous souhaitons que dans le domaine de l'infertilité et de l'AMP, comme c'est le cas pour d'autres pathologies médicales, les voix des patients soient plus entendues. En 2016, nous avons pu travailler sur le nouveau plan stratégique "AMP" de l'Agence de la Biomédecine, ainsi que sur la révision de l'arrêté du « *guide des bonnes pratiques en AMP* » en introduisant, via des commentaires et des propositions, le point de vue des patients.

Le siège de l'association se trouve en Normandie. Nous avons des antennes régionales dans différentes villes de France (Aix en Provence, Agen, Alsace, Angers, Avignon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Toulouse, Nouméa, Paris, Melun, Saint-Germain en l'aye, Saint-Cloud). Localement nous organisons des rencontres entre patients, qui permettent de rompre l'isolement, de soutenir les parcours de vie des uns et des autres. Nous organisons aussi des actions d'information et de sensibilisation sur l'infertilité en général, le don de gamètes.

Nous organisons, depuis trois ans maintenant, une **Semaine de Sensibilisation sur l'Infertilité** dans différentes villes de France (cette année du 29 mai au 3 juin). L'objectif est de faire se croiser les points de vue des professionnels du soin en AMP, les patients, les chercheurs en sciences sociales et le grand public. Toujours dans le but de témoigner, informer et agir.

### Pourquoi « BAMP ! » ?

- **B pour Blog** : une tribune pour diffuser des témoignages, des informations, pour parler de nos actions.
- **A.M.P.** pour Assistance Médicale à la Procréation.
- **!** Le point d'exclamation représente l'ambition de BAMP : énoncer avec force le point de vue des personnes infertiles.

En 2016, suite à notre mobilisation, nous avons obtenu les autorisations d'absences pour protocole de soins en AMP (article L1225-16 du code du travail). Nous soutenons au quotidien (par mail, téléphone) des couples engagés dans des protocoles de soins AMP qui ont besoin d'extérioriser leurs difficultés, qui se posent des questions. Mais aussi des personnes qui rencontrent des difficultés d'informations globales, de relations compliquées avec leur employeur à cause des protocoles de soins.

**EXPOSITION TRACES.** C'est un projet créatif et participatif qui remplit plusieurs fonctions : valoriser les créations réalisées par des personnes infertiles, stériles en parcours d'AMP. Ce sont des photos, des textes, des vidéos, des créations qui donnent à voir, au grand public, ce que peut être le vécu de l'infertilité, de l'AMP pour briser les tabous. Pour sensibiliser aux questions relatives à l'infertilité, par un support différent.

Nous pensons qu'il est essentiel que les patients et les associations qui les représentent puissent être informés, non pas pour se substituer aux professionnels, mais pour une approche complémentaire. L'information éclairée permet de mieux dialoguer avec le médecin qui vous suit, d'être plus acteur de son parcours de soin, qui est aussi souvent un parcours de vie (avoir des enfants, devenir une famille), cela permet de faire des choix, de se positionner dans un parcours de soins qui n'est pas forcément très simple à vivre, surtout lorsque les échecs s'accumulent.

### En France: un couple sur six consulte pour un problème lié à l'infertilité

3,1 % des enfants, soit 1 sur 32, sont nés en 2014 grâce à l'aide de la médecine procréative. Ce chiffre est en constante augmentation. Sans compter tous les enfants nés en France grâce à une AMP réalisée à l'étranger.

L'infertilité est devenue une question médicale majeure qui dépasse le seul cadre de la médecine et concerne plus largement le devenir de notre société.

Notre association est née du besoin de

mettre en acte la solidarité et le soutien dont les couples infertiles ont besoin. Leur parcours pour avoir un bébé se transforme souvent en calvaire. Isolement, souffrances physiques et morales, estime de soi mise à mal, effets secondaires des traitements, etc.

L'Assistance médicale à la procréation permet à ces couples d'espérer à nouveau.

### Mais ce n'est pas miraculeux : 1 couple sur 2 sort du parcours médical sans enfant.

Nous avons relancé nos députés et nos sénateurs dans la perspective de la révision de la loi de bioéthique 2018, car nous souhaitons pouvoir peser sur les débats et faire évoluer la France sur différents points que vous pouvez trouver dans notre manifeste.

Nous organisons des rencontres en régions pour permettre aux personnes qui en éprouvent le besoin de partager leurs histoires avec d'autres.

Nous avons obtenu grâce à la mobilisation de nos bénévoles, la modification de l'article 1225-16 du code du travail qui

autorise les couples en parcours d'AMP à s'absenter pour suivre les protocoles de soin. L'association COLLECTIF BAMP, porte ce dossier, depuis sa création en 2013. Nous sommes fiers d'avoir contribué par notre mobilisation et notre engagement à l'aboutissement de ce droit aux autorisations d'absence pour parcours de soins en AMP.

Nous distribuons à tous nos adhérents un dossier AMP-TRAVAIL. Il permet d'avoir tous les éléments de ce dossier (qu'est-ce que l'AMP, et son articulation avec le travail, ainsi que tous les éléments juridiques) pour argumenter et expliquer la situation et la demande auprès de l'employeur, qu'il soit privé ou public. Nous distribuons aussi, tant que possible des affiches pour informer les patients de leurs droits à ce sujet.

Prochainement, nous allons lancer une grande enquête sur l'application du point de vue des patients de ce nouveau droit. Car entre le droit et sa mise en application, il y a souvent (vu les nombreux mails que nous recevons) un écart, dont il va falloir s'occuper maintenant. •

#### + D'INFO

<https://bamp.fr/category/amp-travail/>  
[www.bamp.fr](http://www.bamp.fr)

**INFO AMP & TRAVAIL**  
**Le saviez-vous ?**

Depuis la loi du 26 janvier 2016 n°2016-41 et la modification de l'article L 1225-16 du code du travail, **VOUS POUVEZ BÉNÉFICIER D'AUTORISATIONS D'ABSENCES** pour vous permettre de gérer au mieux, les rendez-vous nécessaires à votre parcours de soins AMP et ce, pour chaque protocole.

**SONT AUTORISÉES :**

- Toutes absences en lien avec un protocole d'AMP hors ceux déjà couverts par un arrêt maladie ou nom de Madame
- Plus d'informations sur [www.bamp.fr](http://www.bamp.fr)
- 3 absences maximum (par protocole) hors ceux déjà couverts par un arrêt maladie ou nom de Monsieur

**BAMP**  
COLLECTIF

Association nationale de patients en Assistance Médicale à la Procréation (AMP) et personnes infertiles  
Reconnue d'intérêt général

# Tabac et fertilité

→ **Le tabagisme représente en France, comme dans la plupart des pays développés, la première cause de mortalité évitable dans notre société et constitue un véritable problème de santé publique. Les femmes sont entrées dans le tabagisme environ 50 ans plus tard que les hommes mais contrairement aux hommes elles fument de plus en plus, quasiment autant que les hommes. Le lien entre la consommation tabagique et de nombreuses pathologies cancéreuses (poumon, estomac, vessie), cardio-vasculaires et pulmonaires est bien connu du public, l'effet néfaste sur la grossesse commence également à être diffusé, l'effet délétère sur la fertilité naturelle ou après traitement l'est beaucoup moins. La ménopause survient en moyenne 2 ans plus tôt chez une femme fumeuse.**

## → TABAC ET FERTILITÉ NATURELLE

**D**e nombreuses études épidémiologiques ont démontré que le tabagisme augmentait le délai de conception [1, 2, 3, 4]. Une étude de cohorte réalisée en France chez 1887 couples volontaires a mis en évidence une chute de la fertilité chez les fumeuses. Le pourcentage cumulatif de grossesses à 1 an était de 15 % inférieur chez les fumeuses par rapport aux non-fumeuses, mais ce, de façon non significative, en prenant en compte de nombreuses covariables (âge, parité, contraception) [1].

Une revue de la littérature incluant 13 études entre 1968 et 1995, concernant au total 50000 femmes, conclut pour 12 d'entre elles à une diminution de la fécondité naturelle des fumeuses avec un *odd ratio* (ou risque relatif) inférieur à 1 [2]. Une deuxième méta-analyse incluant 12 études en reproduction naturelle a retrouvé que le risque d'infertilité était augmenté chez les fumeuses ainsi que le risque de mettre plus d'un an à concevoir [3].

Une étude anglaise a évalué l'effet du tabac sur le délai nécessaire à concevoir chez 8515 grossesses planifiées. Le risque de concevoir dans un délai supérieur à 6 mois était augmenté de 23 % chez les fumeuses comparé aux non-fumeuses (OR = 1.23; 0.98-1.49). Celui de concevoir au-delà d'un an était augmenté de 54 % (OR = 1.54; 1.19-2.10). Cette étude conclut qu'un retard de conception, statistiquement significatif, supérieur à 6 mois, est observé chez les femmes présentant un tabagisme actif ou passif [5].

Une enquête danoise par questionnaire sur 3773 femmes de 18 à 40 ans planifiant une grossesse entre 2007 et 2011 (474 fumeuses régulières, 212 occasionnelles, 741 ayant fumé et 2,346 n'ayant jamais fumé) étudiées sur 15,774 cycles menstruels et 2,578 grossesses a démontré que, comparé aux femmes n'ayant

jamais fumé, la fécondabilité des fumeuses régulières est de 0.89 (95 % CI 0.77 – 1.03) [6].

L'ensemble de ces études démontrent une relation indéniable entre la consommation tabagique et la diminution de la fertilité naturelle, quel que soit l'indicateur mesuré.

Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer l'effet néfaste du tabac sur la reproduction.

## ■ DES ALTÉRATIONS TUBAIRES

Une des hypothèses retenues pour expliquer la baisse de la fertilité naturelle serait une action locale de la nicotine sur le mucus cervical, et une action directe de celle-ci sur la motilité ciliaire entraînant une anomalie du péristaltisme tubaire. D'autres études ont suggéré un effet indirect lié à l'action anti-estrogène de la nicotine qui pourrait modifier la contractilité tubaire. Ces anomalies du péristaltisme tubaire pourraient expliquer le risque accru de grossesses extra-utérines et d'infections [4].

## ■ UNE DIMINUTION DE LA RÉSERVE OVARIENNE

La nicotine aurait également un effet direct sur l'axe hypothalamo-hypophysaire et induirait une diminution de la réserve ovarienne. Le tabac avance en moyenne l'âge de la ménopause de 2 ans plus tôt que les non-fumeuses et par conséquent diminue la période de fécondité [4]. L'arrêt de la consommation du tabac paraît diminuer le risque de survenue d'insuffisance ovarienne prématurée. Les ex-fumeuses atteignent leur ménopause plus tard que les fumeuses mais plus tôt que celles qui n'ont jamais fumé [4].

## ■ UN EFFET DIRECT SUR LES OVOCYTES

L'ovocyte humain semble sensible aux hydrocarbures aromatiques polycycliques contenus dans la fumée de cigarette. Le stress oxydatif et la production de radicaux libres générés par le tabac pourraient provoquer des altérations du cytosquelette de l'ovocyte [4].

## ■ UNE ACTION UTÉRINE ET ENDOMÉTRIALE

La diminution du taux de grossesse après don d'ovocyte chez les receveuses fumeuses confirme l'effet utérin [7].

## → TABAC ET FERTILITÉ APRÈS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)

Malgré une certaine hétérogénéité des études, de nombreux paramètres semblent affectés :

- Diminution de la réserve ovarienne : taux de FSH, d'œstradiol et d'androgènes à J3 du cycle plus élevé ;
- Doses de gonadotrophines consommées plus élevées en stimulation ovarienne ;
- Diminution du pic d'œstradiol le jour du déclenchement ;
- Perturbation de la stéroïdogénèse folliculaire ;
- Diminution du nombre d'ovocytes recueillis ;
- Modification de la maturation ovocytaire
  - diminution du taux de fécondation ?
  - altération de la qualité embryonnaire,

- altération de la réceptivité utérine,
- diminution des taux d'implantation et des taux de grossesse.

Les paramètres altérés diffèrent d'une étude à l'autre, ce qui peut être expliqué par les différentes techniques d'évaluation de l'intoxication tabagique utilisées (interrogatoire simple ou dosages variés). La méta-analyse de Waylen<sup>[8]</sup>, a démontré que les fumeuses obtiennent significativement moins de naissances vivantes par cycle (OR 0.54, 95 % CI 0.30 – 0.99), significativement moins de grossesses cliniques par cycle (OR 0.56, 95 % CI 0.43 – 0.73), significativement plus de FCS (OR 2.65, 95 % CI 1.33 – 5.30) et de GEU (OR 15.69, 95 % CI 2.87 – 85.76) Les taux de fécondation ne sont pas significativement différents entre fumeuses et non-fumeuses.

### → TABAC ET GROSSESSE

Les risques du tabagisme sur l'embryon et le fœtus sont liés à deux substances principales: le monoxyde de carbone (CO) et la nicotine. Le monoxyde de carbone, se fixant sur l'hémoglobine fœtale immature, est responsable d'une hypoxie profonde et prolongée de l'embryon. La nicotine a une action vasoconstrictrice sur la circulation fœto-maternelle (utéro-placentaire). Le tabagisme maternel augmente le risque de fausse couche spontanée précoce, de grossesse extra-utérine, de mortinatalité, de mort subite inexpliquée du nourrisson, le risque de prématurité et de grande prématurité. Il est associé à une diminution du risque de prééclampsie.

Son impact sur la croissance fœtale correspond à une diminution d'environ 10 à 20 g du poids à la naissance à terme par cigarette fumée par jour. Il induit probablement une augmentation du risque de malformations congénitales telles que les fentes labio-palatines ou les anomalies du système digestif ou les malformations du tube neural<sup>[9]</sup>.

### → ET LES PETITS-ENFANTS?

Chez l'animal, un effet transgénérationnel est démontré. Un effet néfaste du tabagisme de la grand-mère a même été démontré sur la fertilité de la deuxième génération<sup>[10]</sup>. Chez l'humain, des études démontrent une association entre exposition au tabac in utero et concentration spermatique plus faible et risque plus élevé d'oligozoospermie<sup>[11]</sup>, et une diminution de la fertilité des femmes exposées in utero au tabagisme de leur mère (jugée sur le délai pour concevoir)<sup>[12]</sup>.

### → CONCLUSION

Malgré quelques biais, les données épidémiologiques et expérimentales convergent pour affirmer l'influence négative du tabagisme sur la fertilité naturelle et après assistance médicale à la procréation et sur la grossesse. Les conséquences du tabac sur la fertilité naturelle ou assistée à la fois dose dépendantes et réversibles méritent une information détaillée auprès de tous les couples ayant un projet parental. L'idéal serait que l'arrêt du tabac soit systématiquement préconisé dès le désir de grossesse et non plus en début de grossesse. •



Le tabagisme maternel augmente le risque de fausse couche spontanée précoce, de grossesse extra-utérine, de mortinatalité, de mort subite inexpliquée du nourrisson, le risque de prématurité et de grande prématurité.



### BIBLIOGRAPHIE

1. De Mouzon J, Spira A. *A prospective study of the relation between smoking and fertility*. Int J Epidemiol 1988; 17: 378-84.
2. Hugues E., Brennan B., *Does cigarette impair natural or assisted fecundity?* Fertil Steril 1996; 66: 679-89.
3. Augood C, Duckitt K, Templeton A. *Smoking and female infertility: a systematic review and meta analysis*. Human Reprod 1998; 13: 1532-9.
4. De Mouzon J., Belaisch-Allart J. *Tabac et fertilité féminine*. La lettre du gynécologue 2009; 340 :33-36.
5. Hull G., North K., Taylor H., Farrow A., Ford W. and the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood Study Team. *Delayed conception and active and passive smoking*. Fertil Steril 2000; 74: 725-733.
6. Radin E., Hatch E., Rothmann K., Mikkelsen E., Sorensen H., Riss A. et al *Active and passive smoking and fecundability in Danish pregnancy planners*. Fertil Steril 2014; 102,183-91
7. Soares S., Simons C., Remohi J. and Pellicer A. *Cigarette smoking affects uterine receptivness*. Hum Reprod 2007; 22: 543-47.
8. Waylen A., Metwally M., Jones G., Wilkinson A., Ledger W. *Effects of cigarette smoking upon clinical outcomes of assisted reproduction: a meta-analysis*. Hum Reprod Update 2009; 15:31-44.
9. Slama R., Cordier S. *Impact des facteurs environnementaux physiques et chimiques sur le déroulement et les issues de grossesse*. Gynecol Obstet Biol Reprod 2013; 42 : 413 -44
10. Camlin N., Jarnicki A., Vanders R., Walters K., Hanbro P., Mc Laughlin E. and Holt J. *Grand maternal smoke exposure reduces fertility in a murine model, with great grand maternal smoke exposure unlikely to have an effect*. Hum Reprod 2017; 32: 1270-81.
11. Jensen M., Mabeck L., Toft G., Thulstrup A., Bonde J. *Lower sperm count following prenatal tobacco exposure in utero*. Hum Reprod 2005; 20: 2559-66.
12. Xibaio Y., Skjaerven R., Basso O., Baird D., Eggesbo M., Cupul Uicab L. et al. *In utero exposure to tobacco smoke and subsequent reduced fertility in females*. Hum Reprod 2010; 25: 2901-10.

# L'HYPOTHERMIE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

2016-2017 | CHU HÔPITAL NORD DE MARSEILLE

Maternité et Services de Réanimation et Soins Intensifs Néonataux.

Après 5 mois d'utilisation de la Poche « NEOHELP » adaptée pour la prévention de l'hypothermie chez le nourrisson.



## UN PROJET MENÉ À TERME

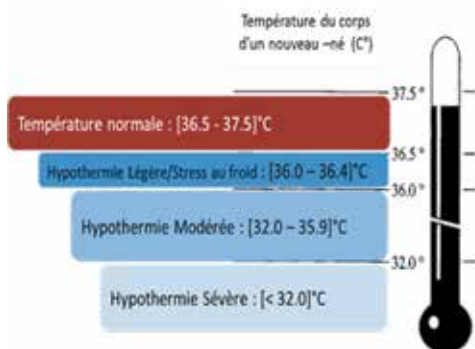
Après une période d'essai, nous avons décidé d'utiliser ce nouveau Dispositif Médical « NEOHELP » au vu des résultats positifs et efficaces apportés sur la thermorégulation des nouveau-nés.

## L'OBJECTIF DE CE PROJET

Prévenir l'hypothermie chez le nouveau-né en le protégeant des facteurs environnementaux tels que :

- La convection (courants d'airs froids);
- La radiation (au niveau du crâne, grande surface exposée à l'environnement du frais);
- L'évaporation (liquide amniotique);
- La conduction (contact avec une surface froide).

Si le nouveau-né est placé dans un environnement trop froid, la température centrale diminue de 0,2 à 1,0 °C par minute et il peut rapidement se retrouver en hypothermie <sup>1</sup>. Comme le rappelle l'OMS dans son guide pratique « *Protection thermique du nouveau-né* », dans les 10 à 20 premières minutes de vie, la température corporelle d'un nouveau-né peut chuter de 2 à 4 °C <sup>2</sup>.



Dans les 10-20 premières minutes de la vie, la température du corps d'un nouveau-né peut chuter de 2-4 °C <sup>(1)</sup>.

1. Baumgart, "Iatrogenic Hyperthermia and Hypothermia in the Neonate."

2. Organisation Mondiale de la Santé, "La protection thermique du nouveau-né: Guide Pratique."

## L'AVIS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Véronique BREVAUT-MALATY, Pédiatre référent  
Secteur naissance de la maternité

Laurence PIGEON, Cadre Sage-femme coordinatrice  
Secteur naissance de la maternité

### ☉ D.O. Quel est le nombre d'accouchements au sein de votre maternité ?

2562 accouchements sur l'année 2016.

### ☉ D.O. Quel est le nombre de prématurés que vous accueillez ?

100 prématurés nés à moins de 32 semaines.

### ☉ D.O. Quel est le matériel que vous utilisiez avant le NEOHELP ?

Nous utilisons une poche plastique, type « cassette radio » stérile dont l'utilisation était détournée. À cela nous ajoutons un bonnet en jersey.

Le problème est que ce dispositif n'était pas optimal. En effet, l'impossibilité de monitorer l'enfant comme recommandé dès les premières secondes de vie de l'enfant nous obligeait à percer le dispositif ce qui rendait, *in fine*, la protection thermique quasi-inexistante. Après le transport dans les unités de soins (réanimation, soins intensifs) après la prise en charge en salle de naissance, les nouveau-nés étaient souvent en hypothermie modérée. Le produit que nous utilisions ne nous semblait donc pas adapté.

### ☉ D.O. Que vous apporte l'utilisation du NEOHELP ?

Nous avons trouvé en ce produit un réel avancement sur nos pratiques grâce à la fermeture centrale hermétique par une bande Velcro qui peut s'ouvrir autant de fois que souhaité et qui donne accès au corps du bébé sans pour autant l'exposer aux facteurs environnementaux.

L'ouverture centrale de Neohelp est donc d'une aide précieuse tant pour la mise en place de l'enfant dans une position optimale que pour l'équipement du matériel de surveillance nécessaire à l'enfant pendant toute sa prise en charge en salle de naissance. Il aurait été cependant intéressant que la bande velcro puisse



Photo: ap

Le Pavillon mère-enfant-urgences de l'Hôpital Nord - Marseille.

## L'HÔPITAL NORD DE MARSEILLE en quelques chiffres

### MATERNITÉ DE NIVEAU III

- 2562 accouchements
- 5 salles de naissances
- 1 bloc opératoire attenant réservé exclusivement aux césariennes
- 14 Obstétriciens
- 13 Pédiatres
- 52 Sages-Femmes

78 % PÉRIDURALES

6,30 % ÉPISIOTOMIES

23,59 % CÉSARIENNES

s'ouvrir jusqu'en bas de la poche pour permettre un accès plus facile lors des soins réalisés au niveau des membres inférieurs.

**La mousse préformée** améliore le confort et la stabilisation du nouveau-né et est ergonomique pour le transport du nouveau-né. Le positionnement de sa tête permet ainsi de libérer les voies respiratoires et est utile en cas de geste d'intubation.

**La capuche** est parfaitement ajustable et diminue la perte de chaleur, par comparaison au bonnet en jersey à travers duquel le passage d'air est possible. De plus, elle n'empêche pas la mise en place d'un harnais de CPAP.

### ◉ D.O. Avez-vous mis en place un protocole pour l'utilisation de ce DM ?

Le protocole était déjà mis en place suivant les recommandations 2015<sup>3</sup>. Chaque prématuré ayant un poids de naissance inférieur à 1,5 kg est placé directement dans un sac en plastique après la naissance sans être essuyé avec bonnet en jersey. Depuis janvier 2016, nous avons remplacé ce système par NEOHELP. L'intérêt du « NEOHELP » est que l'on peut également procéder « au peau à peau » avec la maman en laissant le bébé dans la poche plastique et en ouvrant seulement le velcro.

### ◉ D.O. Avez-vous rencontré des contraintes pour faire adhérer votre équipe à ce projet ?

L'équipe a tout de suite adopté le produit. Le plus compliqué a été de porter le projet au niveau de la pharmacie pour son référencement. La littérature sur le sujet nous a beaucoup aidés. Le fait est que le coût était plus important qu'un sac type « cassette radio » mais nous avons pu prouver que le produit était adapté aux recommandations et à nos besoins selon des indications bien précises.

### ◉ D.O. Utilisez-vous NEOHELP pour des nourrissons à terme mais avec complications respiratoires ou autres ?

Non. Compte tenu du coût actuel de ce DM, il n'est pas envisageable de l'utiliser dans d'autres indications que celles que nous avons prévues dans notre maternité pour le moment. Ce DM pourrait être intéressant pour les services de SAMU pédiatrique amenés à prendre en charge des nouveau-nés dans le cadre d'accouchement à domicile ou dans des maternités ne disposant pas de DM de ce type.

- Baumgart, Stephen. "Iatrogenic Hyperthermia and Hypothermia in the Neonate." *Clinics in Perinatology* 35, no. 1 (March 2008): 183 – 197, ix – x. doi: 10.1016/j.clp.2007.11.002.
- Organisation Mondiale de la Santé. "La Protection Thermique Du Nouveau-Né: Guide Pratique." In *Santé de La Mère et Du Nouveau-Né/ Maternité sans Risque/Division de La Santé Reproductive*. Genève, 1997.
- Wyllie, Jonathan, Jeffrey M. Perlman, John Kattwinkel, Myra H. Wyckoff, Khalid Aziz, Ruth Guinsburg, Han-Suk Kim, et al. "Part 7: Neonatal Resuscitation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations." *Resuscitation* 95 (October 2015): e169-201. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.045.

## Le produit NEOHELP™

Cette poche offre une thermorégulation efficace en protégeant le nouveau-né des facteurs environnementaux responsables de l'hypothermie.

Cette poche est réalisée avec une double couche en polyéthylène générant ainsi un effet de serre, épouse parfaitement la peau du bébé grâce à sa couche intérieure fine et laisse passer la chaleur émise d'une lampe chauffante.



Patented & Invented by Dr Morten Breindahl and Berit Weisenfeld

3. Wyllie et al., "Part 7"

# LES MOUVEMENTS ACTIFS FOÉTAUX

**Les mouvements foétaux sont un des éléments de surveillance de la sage-femme pendant la grossesse. En effet, leur diminution, voire leur disparition, peut représenter un signe d'alerte pour la vitalité foétale. Pour la mère, leur perception représente le premier contact avec son futur enfant.**

## ÉTIOLOGIES DE LA DIMINUTION DES MOUVEMENTS ACTIFS FOÉTAUX (MAF)

### ■ Les causes d'origines foétales et ovulaires

RCIU, malformations congénitales, syndrome d'immobilité foétale, mort foétale in utero, quantité de LA insuffisante, fibromes, malformations utérines, décollement placentaire ou hématome rétro-placentaire, hémorragies foeto-maternelles et allo-immunisation foeto-maternelle.

### ■ Les causes d'origine maternelle

Les pathologies associées à une insuffisance placentaire comme l'hypertension artérielle chronique ou gravidique, la prééclampsie. Cette insuffisance placentaire pouvant être particulièrement aggravée en cas de grossesse prolongée en raison de la sénescence physiologique du placenta.

## FACTEURS D'INFLUENCE DE LA PERCEPTION MATERNELLE DES MOUVEMENTS ACTIFS FOÉTAUX

Les éléments agissant sur une perception augmentée sont: la posture allongée plutôt que debout ou assise, une concentration élevée de glucose dans le sang maternel. L'activité utérine et les stimulations extérieures augmenteraient la fréquence des MAF mais cela n'a pas été prouvé.

Les éléments agissant sur une perception diminuée sont: les drogues sédatives (l'alcool, les benzodiazépines et d'autres opioïdes), le tabagisme, le surpoids, la primiparité, l'administration de corticoïdes.

Les MAF sont perçus par la mère à et à partir de 16 SA chez la multipare et de 20 SA chez la primipare. La fréquence des mouvements augmente progressivement jusqu'à 32 SA où ils atteignent un plateau mais le type de MAF peut changer au fur et à mesure de la grossesse lors du 3<sup>e</sup> trimestre.

L'activité foétale dépend également des rythmes circadiens. Le soir représente une période de pic d'activité foétale avec une activité foétale maximale entre 21 heures et 1 heure et une activité minimale entre 1 heure et 5 heures.

Les MAF sont habituellement absents lors des cycles du sommeil du fœtus qui ont lieu le jour et la nuit. Ces cycles de sommeil durent en moyenne 20 à 40 minutes et se rallongent au fur et à mesure de la grossesse. Ils excèdent rarement 90 minutes chez le fœtus en bonne santé.

## DESCRIPTION DES MOUVEMENTS ACTIFS FOÉTAUX

Les différents types de MAF observés pendant la grossesse ont été décrits en fonction du trimestre.

### Van Dongen et Goodie décrivent les mouvements suivants aux 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> trimestres de la grossesse:

- **À partir de 7 SA**, le fœtus effectue de fins mouvements vibratoires puis, à partir de 8 SA, des mouvements ondulatoires entrecoupés de périodes d'inactivité.
- **On observe à partir de 9 SA** des mouvements convulsifs de tout le corps avec un fœtus reposant au fond du sac gestationnel.
- **Entre 10 et 12 SA**, l'embryon nage dans le liquide amniotique et accomplit des mouvements très importants de tout le corps, des mouvements de flexion-extension des membres. Un hoquet inconstant est également présent.
- **Entre 13 et 14 SA** apparaissent les mouvements respiratoires ainsi que la réponse aux stimuli mécaniques et la succion du pouce. La déglutition est débutante.
- La respiration et la déglutition en simultané sont observées **entre 18 et 19 SA**.
- **C'est autour de 20-21 SA** que le fœtus effectue des mouvements des doigts, des paupières et de la bouche.
- **Enfin, à 26-28 SA**, les mouvements du tronc ou de la tête aux stimuli sonores sont présents.

### Timor-Tritsch décrit quatre types de mouvements au cours du 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse:

- **Les mouvements d'ensemble ou de rotation** qui correspondent à des mouvements

soutenus et de l'ensemble du corps foetal sur lui-même.

- **Les mouvements simples** à savoir des mouvements brefs qui souvent donnent des déplacements visibles sur la paroi abdominale maternelle. Ils correspondent à des coups de tête, de pied et de poing.
- **Les mouvements rapides** ressemblent à des coups de pied, ressentis par la mère dans tout l'abdomen. Ils peuvent être isolés ou répétitifs et peuvent correspondre à des mouvements brusques de la cage thoracique, comme le hoquet.
- **Les mouvements pseudo-respiratoires** constituent des mouvements rapides et répétitifs, auxquels participent la cage thoracique et l'abdomen.

## MÉTHODE DE COMPTE DES MOUVEMENTS ACTIFS FOÉTAUX

La méthode de Cardiff "count-to-ten" représente la méthode de compte la plus utilisée. Le principe est de compter l'apparition des dix premiers MAF avec l'indication du moment où ont lieu ces MAF, le compte minimum est de 10 MAF sur 12 heures.

Selon l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), le seuil d'alarme à terme reste de moins de 10 MAF en 2 heures<sup>(1)</sup> et pour la Société des Obstétriciens et des Gynécologues du Canada (SOGC), il s'agit de moins de 6 MAF dans un intervalle de 2 heures<sup>(2)</sup>. On observe donc une variabilité entre professionnels sur le "seuil" acceptable ou alarmant du nombre de MAF présents par jour et donc de l'information donnée aux patientes.

## INTÉRÊT DE L'INFORMATION DES PATIENTES CONCERNANT LA DIMINUTION DES MOUVEMENTS ACTIFS FOÉTAUX

Les auteurs d'une étude norvégienne ont montré que l'information uniforme sur l'activité foétale fournie aux femmes a été associée à une réduction du nombre de femmes primipares ayant retardé la consultation pour DMF. Les taux de mortalité ont baissé pour les primipares qui ont déclaré une DMF. De plus, l'information ne semble pas accroître les préoccupations de la mère ou la fréquence des consultations<sup>(3)</sup>. Ces mêmes auteurs ont mené

Suite P. 40 >

# Dakin

## Cooper® stabilisé

**“ Pour l’antiseptie 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%

Antiseptie 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

# Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou *burn-out*

FICHE MÉMO DE L'HAS (MARS 2017)

une seconde étude qui consistait à observer s'il existait une réduction de la mortalité après la création de directives relatives à la DMF pour les professionnels de santé, combinée à une information uniforme dispensée aux femmes. L'étude montre que ces deux actions améliorent la qualité des soins et réduisent le taux de mortalité. Les auteurs en ont conclu que l'amélioration de la gestion de la DMF est influencée par l'information uniforme concernant l'autosurveillance maternelle autour de l'activité fœtale. Cette sensibilisation aurait permis de réduire le taux de mortalité (4).

Cet intérêt pour l'information donnée aux femmes est renforcé par une observation retrouvée dans le guideline du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, à savoir que des études sur la MFIU en Norvège et en Angleterre auraient identifié la réponse inadaptée des cliniciens à la perception maternelle d'une DMF comme un facteur commun de contribution à la MFIU. •

## BIBLIOGRAPHIE

1. American College of Obstetricians Gynecologists. *Antepartum fetal surveillance*. Practice Bulletin No 9. Int J Gynecol Obst 2000; 68: 175-86
2. Society of Obstetricians Gynecologists of Canada. *Surveillance du bien-être fœtal: directive consensus d'antepartum et intrapartum*. JOGC 2007; 29: 1-64
3. Saastad E, Tveit JV, Flenady V, Stray-Pedersen B, Fretts RC, Børdahl PE, Frøen JF (2010). *Implementation of uniform information on fetal movement in a Norwegian population reduced delayed reporting of decreased fetal movement and stillbirths in primiparous women - a clinical quality improvement*. BMC Research Notes, 3 (1), 2
4. Tveit JV, Saastad E, Stray-Pedersen B, Børdahl PE, Flenady V, Fretts R & Frøen JF (2009). *Reduction of late stillbirth with the introduction of fetal movement information and guidelines - a clinical quality improvement*. BMC Pregnancy Childbirth, 22 (9), 32.

Cette fiche mémo porte sur la définition du syndrome d'épuisement professionnel, son repérage, sa prise en charge et l'accompagnement des patients lors de leur retour au travail.

Les cibles professionnelles de ces recommandations sont prioritairement les médecins généralistes et les médecins des services de santé au travail.

La population cible concerne tout travailleur quel que soit son statut.

Ces recommandations se limitent au volet clinique du thème: l'action sur le milieu et l'organisation du travail est exclue du champ de ces recommandations. Elle est néanmoins indispensable dans une démarche de prévention du *burn-out*. Les médecins généralistes et médecins du travail sont invités à faire le lien entre le diagnostic individuel et les facteurs de risque inhérents aux situations de travail.

## CONTEXTE

L'évolution des conditions et des organisations de travail est associée à une prévalence croissante des facteurs de risque psychosociaux susceptibles de porter atteinte à la santé à la fois physique et mentale.

Le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas considéré comme une maladie dans les classifications de référence (CIM-10 et DSM-5). Il se rapproche d'autres situations non spécifiques telles que par exemple la souffrance au travail ou les effets du stress lié au travail <sup>1</sup>.

Après les affections de l'appareil locomoteur, la souffrance psychique causée ou aggravée par le travail est le deuxième groupe d'affections d'origine professionnelle décrit dans la population salariée active française.

## DÉFINITION

Le syndrome d'épuisement professionnel, équivalent en français du terme anglais *burn-out*, se traduit par un « *épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* » <sup>2</sup>.

Les travaux de Christina Maslach ont permis de **concevoir le syndrome d'épuisement professionnel comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail** à travers trois dimensions: l'épuisement émotionnel, le cynisme vis-à-vis du travail ou dépersonnalisation (déshumanisation, indifférence), la diminution de l'accomplissement personnel au travail ou réduction de l'efficacité professionnelle.

1. Khireddine I et al. *La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP*. Bull Epidémiol Hebdo 2015; (23): 431-8.
2. Schaufeli WB and Greenglass ER. *Introduction to special issue on burn-out and health*. Psychol Health 2001; 16 (5): 501-10.

## MANIFESTATIONS CLINIQUES ET DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

Le *burn-out* est un ensemble syndromique qui nécessite une démarche diagnostique. Celle-ci vise à caractériser la sévérité du trouble, son type diagnostique et ses liens avec les conditions de travail. Le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas une maladie caractérisée.

Ce syndrome peut se traduire par des manifestations plus ou moins importantes, d'installation progressive et souvent insidieuse, en rupture avec l'état antérieur, notamment (liste non exhaustive) :

- **ÉMOTIONNELLES.** Anxiété, tensions musculaires diffuses, tristesse de l'humeur ou manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, absence d'émotion ;
- **COGNITIVES.** Troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration, des fonctions exécutives ;
- **COMPORTEMENTALES OU INTERPERSONNELLES.** Repli sur soi, isolement social, comportement agressif, parfois violent, diminution de l'empathie, ressentiment et hostilité à l'égard des collaborateurs ; comportements addictifs ;
- **MOTIVATIONNELLES OU LIÉES À L'ATTITUDE.** Désengagement progressif, baisse de motivation et du moral, effritement des valeurs associées au travail ; doutes sur ses propres compétences (remise en cause professionnelle, dévalorisation) ;
- **PHYSIQUES NON SPÉCIFIQUES.** Asthénie, troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques (type lombalgies, cervicalgies, etc.), crampes, céphalées, vertiges, anorexie, troubles gastro-intestinaux.

**La démarche diagnostique permet de caractériser le syndrome en repérant des pathologies sous-jacentes éventuelles** telles que, notamment, un trouble de l'adaptation, un trouble anxieux, un trouble dépressif ou un état de stress post-traumatique. Le risque suicidaire<sup>3</sup> doit être particulièrement évalué. Cette démarche implique une **recherche des facteurs de risque**.



Ce syndrome peut se traduire par des manifestations plus ou moins importantes, d'installation progressive et souvent insidieuse, en rupture avec l'état antérieur.



**Un bilan somatique** doit rechercher une pathologie organique associée qui aurait pu se manifester par certains des symptômes cités précédemment.

**L'analyse des conditions de travail** est faite prioritairement avec le médecin du travail ou le centre de consultation de pathologie professionnelle<sup>4</sup>.

## FACTEURS DE RISQUE

La recherche des facteurs de risque commence par l'analyse des conditions de travail. Cette analyse repose sur une démarche structurée, coordonnée par le médecin du travail avec l'appui de l'équipe pluridisciplinaire (ergonome, psychologue du travail, etc.). Elle peut s'appuyer sur les **six catégories de facteurs de risque psychosociaux** suivantes tirées du rapport Gollac<sup>5</sup> :

- Intensité et organisation du travail (surcharge de travail, imprécision des missions, objectifs irréalistes, etc.) ;
- Exigences émotionnelles importantes avec confrontation à la souffrance, à la mort, dissonance émotionnelle ;
- Autonomie et marge de manœuvre ;
- Relations dans le travail (conflits interpersonnels, manque de soutien du collectif de travail, management délétère, etc.) ;
- Conflits de valeurs ;
- Insécurité de l'emploi.

L'existence de ressources dans le travail est protectrice (soutien social, stabilité du statut, collectif de travail vivant, moyens techniques, matériels et humains suffisants).

L'analyse doit également porter sur les antécédents personnels et familiaux, les

événements de vie, la qualité du support social et le rapport au travail. Le risque de développer un syndrome d'épuisement professionnel peut être associé à des antécédents dépressifs, à certains traits de personnalité pouvant limiter les capacités d'adaptation (*coping*).

Ces facteurs individuels ne peuvent servir qu'à préconiser une prévention renforcée, et ne sauraient bien sûr en aucun cas constituer un élément de sélection des travailleurs, ni exonérer la responsabilité des facteurs de risque présents dans l'environnement de travail.

## PARTICULARITÉS DES SOIGNANTS

Population à risque historiquement identifiée et objet de nombreuses études récentes montrant une morbidité particulièrement élevée, les professionnels de santé en activité ou en formation sont exposés au risque d'épuisement professionnel, étant donné la pénibilité de leur travail, que ce soit pour des causes intrinsèques liées à la nature même de l'activité médicale (confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients, etc.) ou des causes extrinsèques (charge et organisation du travail, etc.).

Différents facteurs rendent les professionnels de santé vulnérables : demande de performance, image du soignant infaillible, valeurs d'engagement et d'abnégation, injonctions contradictoires, dispositifs de soin complexes et évolutifs, tensions démographiques, insécurité, etc.

D'autre part, il est important de souligner que les conséquences sur les professionnels de santé ont des répercussions non seulement humaines, mais aussi sur l'organisation et la qualité des soins.

Les soignants nécessitent une prise en charge spécifique via un réseau de soin adapté. Au même titre que les autres groupes professionnels, celle-ci implique le respect de la confidentialité et une réactivité adaptée, d'autant que la demande d'aide peut être retardée. Un soutien social est indispensable. Les professionnels de

3. Haute Autorité de Santé. *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Recommandations de bonne pratique*. Saint-Denis La Plaine ; 2000. [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge)

4. Pour les personnes ne disposant pas de médecin du travail.

5. Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, Gollac M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail

santé salariés bénéficient d'un suivi au sein de leur service de santé au travail comme tout autre travailleur salarié.

## REPÉRAGE

Ce repérage peut être réalisé par le médecin traitant, le médecin du travail et l'équipe de santé au travail. Dans l'intérêt du patient et avec son accord, il est indispensable qu'un échange ait lieu entre le médecin du travail et le médecin traitant.

- **Le repérage individuel** s'appuie sur un faisceau d'arguments incluant une analyse systémique : des manifestations cliniques, des conditions de travail et, en complément, d'éventuels facteurs de susceptibilité individuelle. Le déni du travailleur peut entraîner un retard de prise en charge.

Il est rappelé que tout travailleur peut solliciter une visite auprès du médecin du travail à tout moment, y compris pendant l'arrêt de travail, et sans en informer son employeur si la visite a lieu en dehors des heures de travail.

**Le Maslach Burnout Inventory (MBI) ou le Copenhagen Burnout Inventory (CBI)**, comme d'autres questionnaires<sup>6</sup>, permettent d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel, mais ils n'ont pas été construits comme des instruments d'évaluation individuelle. Ils peuvent être éventuellement utilisés comme outil pour guider un entretien avec le patient.

Ces explorations sont à réaliser en complément de la recherche des facteurs professionnels, des données de vécu du travail et de santé collectées par ailleurs, des signes cliniques observés et entendus, notamment par le médecin du travail et/ou l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

- **Le repérage collectif** est réalisé par l'équipe de santé au travail coordonnée par le médecin du travail sur un ensemble de signaux liés au fonctionnement de la structure (absentéisme ou présentéisme, turn-over fréquent, mouvements du personnel, qualité de l'activité et des relations sociales) ou à la santé et à la sécurité des travailleurs (accidents du travail, maladies professionnelles, visites médicales spontanées, inaptitudes).



Tout travailleur peut solliciter une visite auprès du médecin du travail à tout moment, y compris pendant l'arrêt de travail, et sans en informer son employeur si la visite a lieu en dehors des heures de travail.



## PRISE EN CHARGE ET ACTEURS

La prise en charge vise à traiter le trouble identifié ainsi qu'à agir sur le contexte socioprofessionnel à l'origine du trouble.

La prescription d'un arrêt de travail est le plus souvent nécessaire. Sa durée sera adaptée à l'évolution du trouble et du contexte socioprofessionnel.

Le médecin traitant coordonne cette prise en charge. Il prescrit si nécessaire un traitement en s'appuyant sur la démarche diagnostique et adresse éventuellement le patient à un psychiatre. L'intervention d'un psychiatre peut être sollicitée notamment pour réaliser un diagnostic psychopathologique ou une adaptation thérapeutique, prendre en charge un trouble sévère et poursuivre un arrêt maladie.

La prescription d'un traitement antidépresseur est uniquement recommandée dans le cadre de ses indications (troubles anxieux, troubles dépressifs<sup>7</sup>).

Le traitement du trouble peut comporter une prise en charge non médicamenteuse fondée sur des interventions psychothérapeutiques ou psychocorporelles effectuées par un professionnel de santé ou un psychologue formé à ces techniques.

Dans tous les cas, il est recommandé que le médecin traitant se mette, avec l'accord du patient, en contact avec son médecin du travail ou celui d'une consultation de pathologie professionnelle<sup>8</sup> pour alerter et avoir un éclairage sur le lieu de travail.

L'analyse du poste et des conditions de travail est en effet indispensable. Celle-ci est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire coordonnée par le médecin du travail. Des actions de prévention (individuelle et/ou collective) sont préconisées en conséquence.

La prise en charge des aspects médico-socioprofessionnels et psychologiques est indispensable, notamment pour aider les

patients dans les démarches médico-administratives : orientation vers les consultations de pathologie professionnelle, services d'assistante sociale, etc.

## ACCOMPAGNEMENT DU RETOUR AU TRAVAIL

Le retour au travail doit être préparé. À cet effet, il est recommandé d'organiser une visite de pré-reprise avec le médecin du travail, à l'initiative du patient, du médecin traitant ou du médecin-conseil des organismes de sécurité sociale, à tout moment pendant l'arrêt. Celle-ci peut être répétée. Elle est essentielle pour l'accompagnement de la réinsertion socioprofessionnelle, et obligatoire<sup>9</sup> pour les salariés en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois.

À l'issue de la visite de pré-reprise, le médecin du travail peut recommander des aménagements ou adaptations du poste de travail, des pistes de reclassement ou des formations professionnelles qui pourraient être envisagées pour faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle.

Lors de cet accompagnement, le médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire, par leur connaissance du milieu et des conditions de travail, ont un rôle clé : ils ont un rôle de préparation et d'accompagnement lors de la reprise de l'emploi (suivi régulier indispensable) et participent au maintien dans l'emploi du patient suite au *burn-out*, en lien avec les professionnels et médecins spécialistes qui le suivent. •

6. Par exemple le *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) ou le *Shirom-Melamed Burnout Measure* (SMBM).

7. Haute Autorité de Santé. Recommandations sur l'épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours (en cours d'actualisation).

8. Pour les personnes ne disposant pas de médecin du travail.

9. Article R. 4624-29 du Code du travail.

## EN SAVOIR PLUS

- Ministère du Travail, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, Institut national de recherche et de sécurité. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out: mieux comprendre pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention. Paris: ministère du Travail; 2015.  
[travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe\\_Burnout\\_21-05-2015\\_version\\_internet.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf)
- Académie nationale de médecine. Le burn-out. Paris: ANM; 2016.  
[www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2016/02/26-fev-2016-RAPPORT-ACADEMIE-Burn-out-V3.pdf](http://www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2016/02/26-fev-2016-RAPPORT-ACADEMIE-Burn-out-V3.pdf)
- Inspection générale des affaires sociales. Établissements de santé, risques psychosociaux des personnels médicaux: recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale: recommandations pour une amélioration des pratiques. Paris: IGAS; 2016.  
[www.igas.gouv.fr/spip.php?article567](http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article567)
- Commission des affaires sociales. Rapport de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out). Paris: Assemblée nationale; 2017.  
[www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i4487.pdf](http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i4487.pdf)
- Groupe de travail de la commission des pathologies professionnelles du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. Pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle. Partie 1: pathologies psychiques. Références en santé au travail. 2013 (133): 75-86.



## COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 30 MAI 2017

## LE DON D'OVOCYTES: PARLONS-EN!

L'Agence de la biomédecine et les sociétés savantes de praticiens de la reproduction et de sages-femmes se mobilisent en faveur du don d'ovocytes

Aujourd'hui en France, les dons d'ovocytes sont insuffisants pour répondre à l'attente des nombreux couples concernés par une infertilité médicale. Afin d'améliorer leur prise en charge, la mobilisation des professionnels de santé sur le terrain est essentielle pour faire connaître le don d'ovocytes, véritable geste de solidarité encore trop méconnu. Pour accompagner les praticiens dans cette démarche d'information et éclairer le dialogue avec leurs patientes potentiellement donneuses, l'Agence de la biomédecine met à disposition la brochure « *Le don d'ovocytes: Parlons-en!* », conçue conjointement avec les sociétés savantes de praticiens de la reproduction et de sages-femmes.

### Un nouvel outil d'information construit avec et pour les professionnels de santé

Les médecins de la reproduction et sages-femmes, qu'ils exercent en ville ou au sein d'un établissement de santé, sont des relais clés pour faire connaître le don d'ovocytes. Ils doivent pouvoir apporter des réponses claires, précises et actualisées aux potentielles donneuses à la recherche d'informations médicales, réglementaires ou pratiques.

C'est pourquoi l'Agence de la biomédecine met à leur disposition la brochure « *Le don d'ovocytes: Parlons-en!* » dont le contenu a été élaboré en collaboration avec les sociétés savantes et les organismes professionnels concernés: le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM), le Collège National des Sages-Femmes (CNSF), le Groupe d'Études pour le Don d'Ovocytes (GEDO) et la Fédération française des Centres d'Études et de Conservation des Œufs et du Spermé humains (CECOS).

Cette brochure vise à accompagner les praticiens au quotidien et aussi lors des campagnes de communication de sensibilisation sur le don de gamètes organisées par l'Agence de la biomédecine. En effet, à l'occasion de chaque campagne, les professionnels de santé peuvent être interrogés par leurs patientes sur ce don.

### Objectif: améliorer la prise en charge des couples infertiles en dynamisant le recrutement de donneuses d'ovocytes

Le don d'ovocytes a significativement augmenté ces dernières années avec + 40 % de donneuses entre 2010 et 2014 <sup>1</sup>. En 2014, la générosité de 501 donneuses a permis la naissance de 239 enfants <sup>2</sup>.

Toutefois, cette progression du nombre de dons d'ovocytes reste insuffisante avec pour principale conséquence un délai d'attente qui peut durer plusieurs années. Il occasionne pour les couples infertiles des pertes de chance d'obtenir une grossesse et de réaliser ainsi leur projet parental.

Recruter davantage de donneuses d'ovocytes chaque année permettrait aux professionnels des centres d'AMP de prendre en charge tous ces couples en attente. Cela permettrait aussi d'enrichir la diversité des profils pour accorder au mieux certaines caractéristiques entre donneuses et receveuses.



La brochure est téléchargeable, sur le site <https://www.agence-biomedecine.fr/commander-un-document>

1. Période de référence: 2010 > 2014. Pourquoi les dernières statistiques d'activité de l'Agence de la biomédecine datent-elles de 2014? Les résultats annuels d'activité d'AMP avec donneur doivent prendre en compte le délai de grossesse afin de pouvoir évaluer le nombre de grossesses et le nombre d'enfants nés grâce à cette technique, soit un décalage de 2 ans.
2. Rapport annuel 2014 de l'Agence de la biomédecine.

### ✚ D'INFO

Pour en savoir plus, consultez le site de référence de l'Agence de la biomédecine: [www.dondovocytes.fr](http://www.dondovocytes.fr)

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 24 JUILLET 2017

## L'INSTITUT DE RECHERCHE ET D' ACTIONS POUR LA SANTÉ DES FEMMES I.R.A.S.F SE FÉLICITE DE L'INTERVENTION DE MARLÈNE SCHIAPPA SUR LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES

I.R.A.S.F

**L'**Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes se félicite de l'intervention de Marlène Schiappa, Secrétaire d'État à l'Égalité entre les femmes et les hommes, devant la délégation aux droits des femmes du Sénat et de son annonce de la commande d'un rapport. À l'occasion de la présentation de sa feuille de route, la ministre a indiqué vouloir lutter contre les violences sexistes et sexuelles. Dans ce cadre, elle a notamment souligné l'existence de **« pratiques obstétricales non consenties avec notamment des violences obstétricales, semble-t-il, particulièrement sur les femmes étrangères, les femmes très jeunes et les femmes handicapées », et regrettait la fréquence encore trop élevée de l'épisiotomie dans les maternités françaises.**

La ministre a annoncé avoir récemment commandé un rapport au Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) sur les violences obstétricales. Ce rapport permettra *« un état des lieux pour objectiver le phénomène, le quantifier et identifier les problématiques. Les gynécologues obstétriciens y seront bien évidemment largement associés »*, a précisé la ministre dans un communiqué. L'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes se réjouit de ce que le problème des violences obstétricales fasse enfin l'objet d'une prise de parole politique. Depuis des années des milliers de femmes sortent blessées et/ou traumatisées de leur grossesse ou de leur accouchement, après avoir subi des violences physiques et morales

totale et injustifiées. Il est temps que tous les professionnels de la naissance acceptent enfin d'examiner leurs pratiques, leurs fondements scientifiques et les violences subies par les femmes. Ces femmes en situation de vulnérabilité pendant la période périnatale et au cours de leur suivi gynécologique, mais qui heureusement sont de mieux en mieux informées grâce à la mobilisation des associations. L'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes se tient à disposition du HCE pour le rencontrer dans le cadre de ses travaux.

L'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes est une association loi 1901 formalisée en mars 2017 après l'évolution du groupe facebook Stop à l'impunité des violences Obstétricales S.I.V.O qui compte 3 000 membres.

Les buts généraux de l'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes, sont de lutter contre les violences obstétricales et gynécologiques au sein du système de santé français et international. Nous nous sommes donnés pour mission, d'étudier les origines et les conséquences de cette violence sur la globalité de la vie des femmes et de produire des données au sein de l'équipe de l'Observatoire des violences obstétricales et gynécologiques. Cela en synergie avec Le Collectif des femmes, qui ce dernier sera une force de réflexions et de propositions au sein des instances sanitaires, sociales et politiques.

Notre volonté est d'étudier les origines, les mécanismes et les conséquences des violences obstétricales et gynécologiques pour proposer

des préconisations d'amélioration aux femmes usagères et aux institutions médicales. Pour cela, il nous est essentiel de créer des partenariats avec des maternités, cela dans un processus inclusif de l'ensemble des acteurs. Au sein de notre Institut de Recherche nous avons rassemblé **une équipe composée de chercheuses(rs) et/ou spécialistes sur le sujet des violences obstétricales et gynécologiques** dont voici la liste :

*July Bouhallier, Docteure en Paléontologie Spécialiste de la Naissance dans l'évolution humaine et Anthropologue; Carolina Daussat, Observatoire des Violences Obstétricales Brésil et Docteure en Science Chimie; Mélanie Déchalotte, Journaliste à France Culture et Auteure du prochain livre « Le livre Noir de La Gynécologie et l'Obstétrique »; Pascale Gendreau, Doula et Directrice de l'institut de formation Doulas de France; Hélène Goninet, Sage-femme, Sexologue et Auteure; Mounia El Kotni, Docteure en Anthropologie spécialité anthropologie médicale et anthropologie du genre; Marie-Hélène Lahaye, Juriste et Bloggeuse; Élise Marcende pour l'Association Maman Blues; Martin Winckler, Médecin, Romancier et Essayiste; Marjorie Roux Doula et Présidente de l'association Bien Naître au 21<sup>e</sup> siècle.* Cette équipe est chargée d'élaborer, d'analyser et de produire des études et rapports.

**Basma Boubakri, Co-Présidente de l'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes**

**+ D'INFO**

<https://fr-fr.facebook.com/institutde-rechercheactionsantedesfemmes/>

Mail: [institutrecherchesasf@gmail.com](mailto:institutrecherchesasf@gmail.com)

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 30 JUIN 2017

## CERTIFICATION V2014 : L'HEURE DU PREMIER BILAN

**La certification des établissements de santé V2014 est bientôt à mi-parcours : l'occasion de revenir sur les premiers résultats et d'envisager des pistes d'amélioration. Le Dr Carole Cretin (CHU Nancy), Christine Gueri (expert-visitateur), Marie Citrini (représentante des usagers) et Laurence Garo (chef de service à la HAS) sont revenues sur leur expérience à l'occasion de la Paris Healthcare Week 2017.**

**A**vec près de 1 000 établissements visités, la certification V2014 des établissements de santé suit son cours. Et le chemin parcouru autorise d'ores et déjà quelques observations.

*« Plus des deux tiers des établissements étudiés ont reçu des certifications de niveau A ou B, souligne Laurence Garo. Pour l'instant, seuls six établissements n'ont pas été certifiés ».* Des résultats éloquentes quand on les compare avec ceux du précédent cycle

de certification. En moyenne, 62 % des premières décisions en V2014 aboutissent à une certification A ou B, contre 54 % durant la V2010. Cette évolution confirme l'amélioration progressive du niveau d'exigence des établissements de santé et leur appropriation des critères de certification. Meilleurs élèves : les services de radiothérapie et de médecine nucléaire, grâce à un fort niveau de maîtrise des risques et un cadre réglementaire strict.

Le Webzine de la HAS

## IDENTIFIER LES FREINS À LA CERTIFICATION

Des premiers résultats qui font apparaître un lien entre le type de l'établissement et son niveau de certification. Tandis que les hôpitaux relevant du service de santé des armées (ministère de la Défense) ou les centres de lutte contre le cancer présentent d'excellents résultats, les établissements de taille plus importante, avec un volume d'activité plus élevé, ont des résultats moins favorables. En cause: la multiplicité des prises en charge, la difficulté d'avoir un management cohérent dans de grosses structures, mais aussi la gestion d'activités à risque. Certains secteurs ou activités restent en effet particulièrement sensibles, comme le bloc opératoire, l'endoscopie, la salle de naissance, la prise en charge médicamenteuse ou encore le processus d'identitovigilance. « *Plusieurs facteurs bien identifiés nuisent à la certification, tels le non-respect des bonnes pratiques ou le manque de culture de l'évaluation* », indique Laurence Garo.

## UNE AMÉLIORATION CONTINUE DU PROCESSUS

La V2014 est aussi l'occasion de mettre à l'épreuve et d'améliorer le processus de certification. Parmi les fondamentaux, la visite demeure un temps fort. « *Il s'agit d'un moment très important pour les établissements, qui permet d'identifier ensemble les points à améliorer* », confirme Christine Gueri, expert-visiteur. Quant à la restitution plénière, elle est l'occasion d'exposer clairement les résultats, pour éviter les surprises. « *Globalement, constate Laurence Garo, la procédure s'est adaptée aux besoins avec l'expérience* ». Par exemple, les bilans journaliers ont été renforcés à la demande des établissements. Quant aux innovations de la procédure V2014 comme l'audit de processus ou l'intégration des indicateurs, elles sont globalement saluées par les différents acteurs. Parmi elles, la méthode du patient-traceur fait l'unanimité: « *C'est un excellent outil d'évaluation, qui permet d'avoir une vision détaillée de l'expérience usager* », précise Marie Citrini.

Et pour l'avenir? « *Plusieurs pistes sont envisagées, comme l'amélioration du compte qualité, des outils informatiques et des échanges entre la HAS et les professionnels. Néanmoins, le principal chantier portera sur l'adaptation de la certification aux groupements hospitaliers de territoire* », conclut Laurence Garo.

Propos recueillis par l'agence Citizen press.

### D'INFO

[https://webzine.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2777689/fr/certification-v2014-l-heure-du-premier-bilan](https://webzine.has-sante.fr/portail/jcms/c_2777689/fr/certification-v2014-l-heure-du-premier-bilan)

## JORF n° 0145 du 22 juin 2017 - Texte n° 16

**Décision du 24 mai 2017 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.**

NOR: SSAU17154745

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2017/5/24/SSAU17154745/jo/texte>

Le collège des directeurs,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-1-7, L. 162-1-7-1 et R. 162-52;

Vu les avis de la Haute Autorité de santé en date de janvier 2011, mars 2011, du 23 juillet 2014 et du 3 juin 2015;

Vu l'avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 14 mars 2017;

Vu les avis de la commission de hiérarchisation des actes de biologie médicale en date du 24 janvier 2017,

### DÉCIDE:

**Article 1** ► De modifier la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, pour la partie relative aux actes de biologie médicale, telle qu'elle a été définie par la décision de l'UNCAM du 4 mai 2006 modifiée:

**1. Au chapitre 17** « Diagnostic prénatal », sous chapitre 17-07 « Actes de génétique moléculaire réalisés sur l'ADN fœtal circulant dans le sang maternel », sont ajoutés les actes suivants:

4085	Détermination prénatale du génotype RHD fœtal à partir du sang maternel	B 260
	Par PCR en temps réel utilisant au moins deux exons.	
	L'acte 4085 sera réalisé à partir de la onzième semaine d'aménorrhée.	
	Les renseignements cliniques nécessaires sont les suivants:	
	- date des dernières règles ou date de la grossesse; - groupe sanguin ABO RH1 (D) de la femme enceinte; - origine géographique de la patiente si possible; - notion d'allo-immunisation anti-RH1 (D) connue ou non.	
4086	Lorsque le résultat de l'acte 4085 est négatif ou indéterminé, il est nécessaire de réaliser 15 jours après (ou avant ce délai de 15 jours en cas de grossesse de terme avancé) une seconde détermination, soit l'acte 4086.	B 260
	Il ne peut être coté qu'un acte 4085 par patiente et par grossesse.	
	Seconde détermination prénatale du génotype RHD fœtal à partir du sang maternel	
4086	Il ne peut être coté qu'un acte 4086 par patiente et par grossesse.	B 260
	L'indication des examens 4085 et 4086 est la suivante: prise en charge des grossesses de femmes de phénotype RH: - 1 (D négatif). Les comptes rendus des examens 4085 et 4086 devront préciser les différents exons amplifiés pour réaliser les examens.	

## Sexe et mensonges

### La vie sexuelle au Maroc

● Leïla SLIMANI

Sexe et mensonges, c'est la parole, forte et sincère, d'une jeune femme marocaine bâillonnée dans un monde arabe où le sexe se consomme pourtant comme une marchandise.

Les femmes que Leïla Slimani a rencontrées lui ont confié sans fard ni tabou leur vie sexuelle, entre soumission et transgression. Car au Maroc, la loi punit et proscribit toute forme de relations sexuelles hors mariage, tout comme l'homosexualité et la prostitution.

Dans cette société fondée sur l'hypocrisie, la jeune fille et la femme n'ont qu'une alternative: vierge ou épouse.

Sexe et mensonges est une confrontation essentielle avec les démons intimes du Maroc et un appel vibrant à la liberté universelle d'être, d'aimer et de désirer.

*Leïla Slimani est l'auteure de deux romans plébiscités par la critique et les lecteurs: Dans le jardin de l'ogre, traduit dans une dizaine de langues et Chanson douce, chez Gallimard, prix Goncourt 2016, immense succès traduit dans une trentaine de langues.*



Éditions Les arènes  
17 € - 192 pages  
Format: 145 x 220 mm

ISBN: 9782352045687  
Parution: 6 septembre 2017  
<http://www.arenas.fr/>

## Perles de sages-femmes

● Anna ROY

150 perles entendues autour de la maternité, vécues par des sages-femmes. Grossesse, accouchement, suite de couches... La mise au monde est une immense aventure qu'on a, aussi, envie de vivre côté coulisses! Questions, jeux de mots, anecdotes, mises en situation cocasses, touchantes, désopilantes et, presque toujours, hilarantes!

*Une femme souffre de violentes douleurs abdominales. Je lui prescris et lui donne un suppositoire. À peine ai-je eu le temps de lui dire quand le prendre qu'elle l'avait déjà avalé tout rond.*

*Une étudiante en médecine assiste à son premier accouchement.*

*Elle me chuchote à l'oreille:*

*– C'est normal que les poils pubiens s'étirent de cette façon?*

*– Mais enfin Amélie, ce sont les cheveux du bébé!*

*Elle pousse un grand soupir juste avant de s'effondrer à mes pieds.*

*Anna Roy est sage-femme titulaire à la maternité des Bluets à Paris et sage-femme libérale. Mastérante en sciences humaines à l'ENS-EHESS, licenciée de psychologie clinique à Paris VII, elle enseigne à la faculté de médecine Paris VI aux étudiants sages-femmes, aux étudiants auxiliaires de puériculture au CERPE d'Aubervilliers, et à l'école d'ostéopathie de Paris.*



Éditions Tut-tut  
<http://www.editionsleduc.com/>

À paraître le 13 octobre 2017  
ISBN: 9782367042114

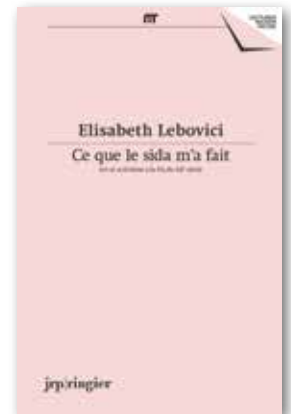
## Ce que le sida m'a fait

### Art et activisme à la fin du XX<sup>e</sup> siècle

● Élisabeth LÉBOVICI

Restituer la parole des ami-e-s de lutte, articuler les "je" et "nous" d'alors et d'aujourd'hui, faire retour sur des faits et affects peu connus du public français, analyser l'"épidémie de la représentation" consécutif à l'apparition du sida: telle est l'entreprise de cet ouvrage, conçu par Élisabeth Lebovici comme un véritable "discours de la méthode", où, toujours, le personnel est politique. Engagée aux côtés des activistes français et américains de la lutte contre le sida, observatrice privilégiée, en tant qu'historienne de l'art et journaliste, des débats et enjeux des années 1980 et 1990, l'auteure analyse ce moment charnière des liens entre art et activisme, qu'elle revisite avec sa mémoire de témoin, en survivante affectée. Monographies, entretiens et essais thématiques composent ce volume, rédigé de manière assumée – la seule possible – à la première personne. Il propose ainsi une cosmologie électorale – d'ACT UP à Dana Wyse, d'Alain Buffard à Zoé Léonard, de Lionel Soukaz à Mark Morrisroe, entre autres –, illustrée par des archives et *ephemera* qui soulignent l'importance du graphisme dans la lutte contre le sida. Embrassé par une création originale du collectif *lesbien fierce pussy*, *Ce que le sida m'a fait* est un ouvrage nécessaire pour comprendre les "années sida", cette période d'une créativité artistique et activiste née de l'urgence de vivre et du combat pour la reconnaissance de tous-tes.

*Historienne et critique d'art, Élisabeth Lebovici articule, dans ses recherches, écrits et séminaires, féminisme, études de genre, politiques queer, activisme LGBT et arts contemporains. Elle est notamment l'auteure, avec Catherine Gonnard, de Femmes|artistes, artistes|femmes, Paris de 1880 à nos jours (Hazan, Paris 2007) et tient le blog le-beau-vice.blogspot.fr.*



Éditions Jrp Ringier  
19,50 € - 320 pages  
Format: 150 x 230 mm

ISBN: 978-3037644997  
Parution: 1<sup>er</sup> mai 2017  
<http://www.lespressesdureel.com/>

## Bienvenue au monde,

### Confidences d'une jeune sage-femme

● Anna ROY

*« Dans la course effrénée de ces presque dix années d'obstétrique, il y a un devoir que je n'ai jamais manqué, celui de noircir mes cahiers moleskine. Une seule crainte me tenaillait, celle d'oublier tous ces moments incroyables que l'exercice de cette profession m'avait permis de vivre. »* Un jour ordinaire pour une sage-femme, c'est l'extraordinaire sans cesse répété. Des naissances particulières, des rencontres avec des jeunes mères émerveillées, des femmes enceintes inquiètes en consultation, sans oublier ces « nouveaux pères »...

Sur le ton du journal intime, et sans cacher les difficultés de son métier, Anna Roy nous livre à travers des histoires vécues tantôt cocasses, tantôt attendrissantes ou bouleversantes, des bribes de son quotidien, la réalité des naissances. Une lecture que vous n'oublierez pas de sitôt.

*Des récits drôles et émouvants autour de la naissance. Neuf Mois.*

*Engagé, passionné et passionnant. Happygrossesse.com*

Livre de poche  
<http://www.livredupoche.com/>  
6,90 € - 224 pages  
ISBN: 9782253185949

Parution: 15 février 2017  
Édition originale:  
<http://www.editionsleduc.com/>



# Réflexions sur la quête des influences subies par les femmes de la conception à la naissance

## PARTIE 1

Grâce aux travaux universitaires de Marie-Pierre Fourquet<sup>1</sup>, de Stephen Charters<sup>2</sup>, d'Eric Sangar<sup>3</sup> ou d'Élisabeth Noelle-Neumann<sup>4</sup> l'étude des « influences » ne cesse de se renforcer<sup>5</sup>. La liste des études sur ce thème est infinie car quel que soit le domaine étudié, « l'influence des êtres les uns sur les autres est incessante<sup>6</sup>. » Les femmes enceintes n'y échappent d'ailleurs pas comme l'a montré Sarah Lecoeuvre en 2015 sur le site Internet du *Figaro* dans son article « *Comment la télévision influence votre grossesse*<sup>7</sup>. »

Cette contribution en deux parties propose de pointer et d'esquisser un examen de l'intensité des influences qui agissent sur les femmes, les hommes et les couples de la conception à la naissance.

**D**écider une grossesse, c'est mettre en place un projet familial. Depuis le temps que les hommes sont organisés en société, et cela jusqu'au lendemain de la Seconde guerre mondiale, à chaque procréation, le couple et la société se nourrissent mutuellement ; ainsi, on donne à la grossesse un objectif supérieur à la satisfaction personnelle. Jadis, l'ordre de la communauté primait et la procréation était vitale. Des règles (comme la morale par exemple) étaient édictées et respectées ; ces influences étaient suivies pour l'ordre supérieur de la société. Mais au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, la grossesse, pour employer une dérivation lexicale, s'est autonomisée<sup>8</sup> même si les États et les religions monothéistes ont continué et continuent sans cesse de replacer la procréation au cœur de l'intérêt de la communauté.

Pour cela, les autorités disposent d'outils composés d'une kyrielle d'influences qu'ils font "subir" aux femmes et aux hommes en âge de procréer : nous trouvons les discours de la science, des autorités religieuses et des institutions. À côté de ce premier réseau d'influences intimement lié à la politique familiale officielle, un second réseau issu de la vie sociale intime riche des atmosphères, des croyances et des ouï-dire viennent se greffer.

Les influences que subissent les femmes durant leur grossesse se répartissent donc d'après nous en deux catégories. D'un côté,



Les autorités disposent d'outils composés d'une kyrielle d'influences qu'ils font "subir" aux femmes et aux hommes en âge de procréer. »

se trouvent des influences subies qui se matérialisent par l'écrit et par la parole et leur rôle dans la pensée au moment de prendre la décision de concevoir est primordial. De l'autre côté, se placent des influences consenties, composées d'idées faussement simples qui ont le parfum du mystère

et en toile de fond figurent la littérature, l'art sous ses formes multiples, les croyances religieuses venues du "vulgaire"<sup>9</sup> et les influences qui passent d'une femme à l'autre. Les premières influences peuvent même être considérées comme des avant-postes désignés pour combattre les secondes.

Il y a trois autres points à garder en mémoire au sujet des influences sur les femmes enceintes qui sont devenues des lieux communs à force d'être répétées. D'abord, les influences apparaissent et disparaissent au gré des événements et sont issues d'une pensée très féconde qui se transforme au fil des transmissions. Ensuite, depuis le début des années 1990, les influences vont au-delà des frontières, elles prennent une

1. Marie-Pierre FOURQUET, *Un siècle de théories de l'influence : histoire du procès des médias*. Médiation et information, 1999, 10, pp 105-120.  
 2. Stephen CHARTERS, *L'influence de l'histoire et de la culture sur le marketing des vins*. Marketing et communication, 2008, 2, 8, pp. 32-47.  
 3. Éric SANGAR, *La présence de l'histoire dans les relations stratégiques : influence inconsciente ou ressource rhétorique ?* Note de recherche stratégique, décembre 2014, 16, pp 1-11.  
 4. Élisabeth NOELLE-NEUMANN, *L'étude de l'influence des médias - un drame dans l'histoire des sciences*. Revue européenne des sciences sociales, 1999, 37, 114, pp. 125-138.

5. Nous n'utiliserons pas le terme de *lobbying* qui, comme l'a écrit Léonard Gallot dans le journal *Les Échos* du 20 novembre 2015, « présente des différences majeures avec la notion d'influence. »  
 6. Édouard THAMIRY, *De l'influence : étude psychologique, métaphysique, pédagogique*. Paris, G. Beauchesne, 1922, p. 10.  
 7. <http://tvmag.lefigaro.fr>  
 8. Le mot "autonomiser" est candidat à la néologie.  
 9. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales définit le "vulgaire" comme suit : « Qui est admis, pratiqué par la grande majorité des personnes composant une collectivité, appartenant à une culture ; qui est répandu. »

« Une influence, n'est pas toujours quelque chose de négatif ni un élément qui provoque des réserves sur telle ou telle action. »

*toujours quelque chose de négatif ni un élément qui provoque des réserves sur telle ou telle action ».*

Reconnues par le plus grand nombre, les influences sur les femmes enceintes deviennent soit des objets d'études scientifiques soit des axiomes<sup>11</sup> qui risquent de renforcer la vulnérabilité de la femme en âge de procréer qui les reçoit. Cette réflexion se situe donc au croisement des *gender studies*, des *women's studies*, de l'histoire de l'obstétrique, de la médecine et du corps.

La réflexion sur les influences nécessite donc de croiser les trajectoires de ces histoires pour produire du sens sans perdre de vue que la question est sans cesse à contextualiser<sup>12</sup>. Comme les influences sur les femmes enceintes sont un univers peu exploré, même inexploré, l'objectif de cette contribution est de les convertir en démarche scientifique.

Notre réflexion sera composée de six parties. Dans un premier temps, nous exposerons les origines, les rôles et les conséquences des influences sur les femmes enceintes. Dans la seconde partie, nous nous demanderons comment les États et les autorités religieuses structurent les influences en direction des femmes enceintes au nom de l'avenir de l'Humanité. En somme, le magistère mondial vise à rendre (à faire passer) le bébé comme l'ami numéro un. La troisième partie sera consacrée aux influences venues d'autres cultures comme la rencontre de l'Occident avec l'Orient et inversement. Dans la quatrième partie, nous nous demanderons si la famille est une entité sociale influente. Dans la cinquième, nous changerons de place, en nous interrogeant sur l'action des influences sur le corps de la femme en âge de procréer et nous terminerons par une sixième partie en étudiant comment se traduisent les influences sur le fœtus après avoir passé les "filtres" de la mère. Les trois dernières réflexions seront proposées dans la seconde partie de cette contribution.

### Les sources, les rôles et les conséquences des influences sur les femmes, du moment où elles décident de procréer à la naissance du bébé

Disons, pour ouvrir cette contribution, que si les influences ne laissent aucune trace archéologique, heureusement l'art, la littérature, les publications dans la presse et les travaux des chroniqueurs suppléent au silence des pioches des explorateurs. Par exemple, la littérature révèle les faits de civilisation et les mentalités d'une époque. Par cela, les influences sans cesse renouvelées infusent de nouvelles visions. Prenons un nouvel exemple : entre le XVIII<sup>e</sup> siècle et le XXI<sup>e</sup> siècle, la période est traversée par des désolations universelles, de bons et de graves événements et des bouleversements scientifiques si forts que

nouvelle dimension avec le passage des sources directes aux technologies modernes (réseau informatique mondial comme Internet), ce qui entraîne une déshumanisation<sup>10</sup> des influences. Enfin, comme le précise l'ancienne sénatrice Joëlle Dusseau : « une influence, n'est pas

les évolutions des esprits ont dû suivre, être influencés par l'évolution des techniques.

Deux types de sources d'influences agissent donc sur les femmes en âge de procréer : d'une part, les sources directes et d'autre part, les sources indirectes. Les sources directes sont les influences des proches (la mère, le père, les grands-parents, les voisins, les compagnons...) <sup>13</sup>, du personnel médical (la sage-femme, la matrone, l'obstétricien, le médecin, le sorcier...), des hommes et des femmes d'Église dans les religions monothéistes <sup>14</sup> et aussi des enseignants <sup>15</sup>.

Les sources indirectes, liées à des critères subjectifs et culturels, sont composées de la littérature ou des publications dans la presse écrite ou numérique. À cela, nous soumettons l'idée que les programmes de la télévision agissent sur les comportements. Les femmes enceintes ou désireuses de concevoir peuvent être notamment soumises à la "dictature" des scénarios des séries de la télévision mais aussi à l'impact du *bartering*, à savoir les publicités qui précèdent les courts programmes de la TV et à l'influence des films érotiques.

Il va de soi que les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes peuvent résister aux influences, il ne faut par ailleurs pas perdre de vue que les influences se font et se défont au rythme des espoirs et des désespoirs.

Ensuite, nous nous demandons si les influences sont la part maudite de la science ou si elles sont une "science frelatée" qui veut ou parvient à égaler son modèle. Cette passion orageuse s'active dans tous les sens et dans tous les milieux de la société. Elles touchent toutes les femmes en âge de procréer sans aucune distinction de classe sociale<sup>16</sup>.

Enfin, le chercheur doit s'aventurer dans le dossier des conséquences des influences, à savoir sur un terrain à la frontière entre l'émission des influences et leurs mises en pratique. Il s'agit de montrer si ces dernières sont déterminantes et si elles détiennent de réelles solutions?<sup>17</sup>

10. L'évocation de la déshumanisation du monde à travers la présence de "télécrans" avait été montrée par George Orwell dans le roman *1984*.

11. Le CNRTL définit un axiome comme un « énoncé répondant à trois critères fondamentaux : être évident, non démontrable, universel. »

12. De plus, l'étude des influences sur les femmes enceintes ne se conçoit qu'en étudiant l'Histoire en biais et en retrait.

13. Deux questions se posent : est-on davantage influencé par un proche parent ou par des parents plus éloignés et les hommes influencent-ils davantage que les femmes ? Ou inversement ?

14. Les influences acquises lors des pèlerinages ou les conseils de comportement donnés lors des rencontres avec des religieux.

15. L'influence des enseignants se fait à travers l'éducation sexuelle.

16. Ici, quelques questions se posent. La méconnaissance de certaines femmes les rend-elle plus influençables aux mouvements rétrogrades. Les influences sont-elles un symbole d'espérance, sont-elles nécessairement le reflet de l'ignorance, ont-elles servi de paravent pour éviter de voir que la médecine était incapable de soigner les femmes enceintes dans les milieux populaires ? Les influences se posent-elles face aux vérités scientifiques ?

17. On peut ici poser une nouvelle fois quelques questions : depuis qu'il y a la télévision et le réseau Internet, les influences des propos tenus dans les programmes ou sur les blogs ont-ils eu pour conséquence des rêves déçus ? Les influences sans base scientifique plongent-elles dans l'embarras les scientifiques ? Les autorités scientifiques et religieuses tentent-elles de recadrer les influences ? Ces autorités ont-elles maltraité les influences ? Les influences sont-elles toujours bien acceptées par les femmes enceintes ?

## Sous la houlette des conseillers scientifiques ou religieux, les autorités des sociétés sécularisées et des sociétés religieuses émettent des influences dans le but de rendre le bébé, l'ami numéro un

Ici, le champ d'investigation ne se limite pas aux influences croquignolles (à savoir mignonnes et charmantes) sorties des légendes, des coutumes ou des pays "surdécorés" développés par les écrivains, les compositeurs de toute nature, les peintres ou les plasticiens. Ce sont davantage les intentions des textes réglementaires votés par les forces politiques et considérés comme des valeurs sûres et les prescriptions des autorités religieuses considérées comme pleines de sagesse visant à contrôler les croyants qui doivent intéresser le chercheur.

### Se place dans cette optique la question de la lutte contre la dépopulation.

D'abord, les autorités usent de toutes les influences pour lutter contre la dépopulation et encourager la fécondité. Il y a cependant des situations contrastées à pointer et à exposer : il existe des différences d'un pays à l'autre, des différences en fonction du contexte historique (périodes de conflits et des périodes de paix) et en fonction des situations économiques (prospérité ou récession). Par ailleurs, les situations ne sont pas les mêmes que l'on soit dans un état laïc ou dans un état religieux. Par exemple, dans la France passée, à savoir jusqu'au début du XX<sup>e</sup> siècle, il y a une complémentarité entre l'État et l'Église pour tenir un seul discours en vue de lutter contre la dépopulation, puis il y a une émancipation de la jeunesse qui devient responsable de ses actes et décide librement de concevoir un enfant ou pas. L'Église par exemple prit longtemps en charge les jeunes filles. Par ailleurs, le curé jouait un rôle fondamental dans le contrôle des esprits lorsqu'il s'agissait d'aborder la question de la sexualité. Ces rôles se sont affaiblis avec le temps. Il y a enfin des différences suivant que l'on étudie des populations nomades ou des populations sédentaires.

Quelles influences a-t-on tenté de faire passer jadis pour lutter contre la dépopulation ? Certains affirmaient que le dévergondage qui s'affichait dans la littérature était considéré comme le premier responsable de la dépopulation et que l'enseignement sans Dieu était le second responsable du frein à la fécondité. Des solutions furent proposées pour lutter contre les influences qui menaient à la dépopulation : on s'appuya sur la science qui maîtrisait de mieux en mieux la fécondité et influençait avec davantage d'efficacité les couples en âge de procréer par l'intermédiaire du médecin. À force de pédagogie, les avancées médicales eurent finalement un impact positif sur les couples en âge de procréer pour que ces derniers fondent une famille.

Par ailleurs, à intervalles réguliers, des incitations financières pour encourager la procréation comme la mise en place dans la France de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle d'une baisse d'impôt pour les familles nombreuses ont influencé le choix des familles. D'autres exemples viennent renforcer ce constat. Prenons quatre exemples. Au XIX<sup>e</sup> siècle, l'État français assura le retour des militaires qui acceptaient de se marier et de faire des enfants ; de nombreuses mesures furent prises en faveur des femmes qui étaient enceintes durant les conflits ; des textes réglementaires

notamment durant la Seconde guerre mondiale permirent aux femmes enceintes d'obtenir des rations alimentaires supplémentaires ; le travail des femmes enceintes à l'usine fut adapté pour limiter les risques de perdre l'enfant.

Le combat contre la dépopulation passa aussi par la lutte contre les abandons initiée tantôt par des institutionnels tantôt par des particuliers. Il fallait influencer celles et ceux qui envisageaient d'abandonner leur enfant. Citons d'un côté, l'action des autorités religieuses qui ont lutté contre les abandons des nouveau-nés en proposant aux femmes de les déposer dans des tours d'abandon et de l'autre côté, l'action des maisons qui furent créées par des philanthropes pour recueillir les nouveau-nés abandonnés comme l'a fait Thomas Coram (1668-1751) en Grande-Bretagne.

Le combat contre la dépopulation est aussi passé par la lutte contre les infanticides, organisée grâce à l'action des uns et des autres<sup>18</sup>. La justice remet régulièrement ce sujet sur le métier pour influencer et influencer sur les femmes et les hommes en rappelant qu'elles risquent en cas d'infanticide d'importantes et de lourdes condamnations.

Au XIX<sup>e</sup> siècle, la médecine et les États ont aussi employé nombre de méthodes de communications pour inciter les couples à ne plus utiliser les biberons mal préparés car ils étaient considérés comme des instruments d'infanticide.

L'action des "influenceurs" surgit aussi lorsqu'il s'agit d'influencer les femmes qui ne souhaitent pas avoir d'enfants. Cette question étudiée par les historiens est cependant difficile à appréhender car elle est pleine de contradictions tant les situations évoluent d'une époque à l'autre. Pour s'en convaincre, il suffit de confronter les visions données d'un siècle à l'autre par l'Église catholique. Alors que la Bible donne le commandement « *Croissez et multipliez* », la chasteté reste un élément majuscule dans la religion catholique. Pour s'en convaincre, rappelons la formule du pape Pie XI (1857-1939) qui déclarait : « *La chasteté permet de se libérer de l'ignoble esclavage du plaisir* ». Il s'agit donc de traiter cette question de l'influence des religions monothéistes sur les croyants avec méthode, concision et en prenant toujours en compte les contextes. En parallèle et plus récemment, des mouvements baptisés *no kids* ou *child free* tentent d'influencer les femmes pour qu'elles demeurent sans enfants. Les femmes s'influencent aussi entre elles de temps en temps notamment en lançant sur les réseaux sociaux des appels à faire la grève du sexe<sup>19</sup>.

18. Nous rappelons ici l'existence jadis des *Burials-Club*. Ainsi, pour résoudre leurs problèmes financiers, les couples britanniques pratiquaient des infanticides "encouragés" par le système des *Burials-Club*.

19. La revue *Le Monde 2* publiait en 2011, un article intitulé « *Coup d'arrêt* » au sujet de la grève du sexe. On y lit : « *Les magistrats font la grève des audiences. Bien vu puisque, dans cette affaire, personne n'écoute plus. Le président joue sur l'émotion populaire. Le premier ministre juge excessive la réaction des juges qui, eux-mêmes, jugent autiste le gouvernement. Une grève des magistrats est d'autant plus rare que ces gens-là n'ont pas le droit de grève. Ils se disent poussés à bout par les propos présidentiels. Ça rend créatif, forcément. En Belgique, les citoyens eux, ne savent plus quoi inventer pour pousser la classe politique à se ressaisir. Benoît Poelvoorde a proposé la grève du rasoir tant que son pays n'aurait pas de gouvernement. Mais cela concernait surtout les hommes. Alors, cette semaine, une élue socialiste flamande a proposé que les femmes belges fassent la grève du sexe. Au prétexte que cette stratégie a déjà fonctionné une fois... au Kenya, en 2009. Mais là, pour le coup, on ne voit pas bien le rapport (si l'on peut dire). Ce serait en Italie, où d'ailleurs les excès berlusconiens ont réveillé le féminisme, on comprendrait mieux. »*

« La société évolue au rythme des découvertes scientifiques et de ce fait le contenu des propos qui influencent évolue avec elle. »

La société tente par ailleurs d'aiguillonner celles qui souhaitent soit une grossesse précoce soit une grossesse tardive. Si ces dernières décennies la science a su insuffler une nouvelle dimension aux grossesses tardives, elle n'est pas parvenue à venir à bout des préjugés. C'est l'insondable

mystère de l'affrontement entre le clan de ceux qui défendent les grossesses tardives et ceux qui les combattent<sup>20</sup>. Les grossesses tardives sont un phénomène médiatique grandissant qui s'affiche dans la presse, au cinéma ou dans les scénarios des séries de la télévision. Dans ce cas, l'influence des vedettes de la télévision ne cesse de croître en importance bien que les médias et le corps médical ne cessent d'informer les femmes de plus de 35 ans pour dire qu'une procréation tardive entraîne des complications. De l'autre côté se trouve la recherche sur l'histoire des grossesses précoces, à savoir chez les adolescentes<sup>21</sup>.

À côté de ces jeux d'influences relatifs aux grossesses précoces ou aux grossesses tardives, d'autres s'adressent aux grossesses unisexes<sup>22</sup>. Ainsi, dans les familles homoparentales, la crainte du regard et des réflexions influencent dans un sens ou dans un autre le projet de créer une famille.

Il ne faut donc pas perdre de vue que, sans cesse, la société évolue au rythme des découvertes scientifiques et que de ce fait le contenu des propos qui influencent évolue avec elles. Les actions de la science médicale permettent d'aider les couples à procréer. Mais l'influence d'une partie de la société vis-à-vis de l'intervention d'un tiers dans le couple reste très présente. Comment et quand parvient-on à repousser les influences néfastes ? La question est ouverte.

### La rencontre des mondes : des influences qui se mélangent

La troisième réflexion concerne les influences issues de cultures différentes. En allant à la rencontre des mondes, nous relevons une infinité d'occurrences sur les influences que subissent les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et celles qui sont sur le point d'accoucher. Dans certaines cultures, les femmes vivent cachées depuis des siècles des regards extérieurs et sous le poids des traditions. Là, c'est dire que la femme enceinte demeure difficile à observer. La coopération des missionnaires catholiques d'hier et d'aujourd'hui, les migrations des uns, les errances des autres ont tenté d'amener d'autres influences. Le succès reste mitigé ; il est par exemple difficile d'influencer ou de résister au poids des traditions lorsqu'on est une femme afghane soumise au contrôle du ministère de la Répression, du Vice et de la Promotion de la vertu. Toutefois des organisations comme l'ONG *Afghan Women's Skills Development Center* (AWSDC) tentent d'aider les femmes, les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes à lutter contre les "influenceurs" en donnant un maximum de conseils scientifiques et médicaux aux femmes.

Les influences venues de l'étranger sont tantôt conspuées tantôt vues comme des déraisons. Dans ce cas, le chercheur doit tenter de répondre aux questions suivantes : les influences venues d'autres cultures sont-elles plus fantasmées que réelles, pointe-t-on obligatoirement en allant ailleurs la fragilité des influences du pays d'accueil et les critiques des influences se muent-elles en réquisitoires ? En somme, ce troisième point permet d'exhumer des influences inconnues ou oubliées tout en n'oubliant pas de s'attacher au sens de l'atmosphère des époques et des lieux.

Transporte-t-on ses influences lorsqu'on se déplace dans un autre pays ? Il est intéressant de voir comment se fait le télescopage entre les différentes influences qui sont en action en direction des femmes en âge de concevoir ou enceintes. Il y eut deux faces à cette pièce. À l'avant, lorsque « *l'Orient a rencontré l'Occident* » la question des influences des Orientaux sur les Occidentaux s'est posée. Avec le recul nous pouvons nous demander si ces dernières sont désormais inaptées au présent, obsolètes, démodées ou surannées ou si elles suscitent encore de la fascination ? Au revers de la pièce nous trouvons l'idée de la rencontre de l'Occident avec l'Orient. Deux exemples venus du passé viennent à l'esprit : d'un côté, évoquons la place des missionnaires chrétiens qui ont bien tenté d'influencer les futurs parents des communautés non chrétiennes par l'évangélisation ou de l'autre celle des Britanniques en Inde qui a une action par la loi sur les femmes.

L'influence des blogs, des sites Internet et des télévisions relayées par les satellites n'est pas non plus négligeable. Nous sommes désormais dans le temps de la mondialisation dans lequel il y a des avalanches d'influences. L'accès en quelques secondes aux informations a sans doute renforcé les échanges mais aussi le pouvoir des influences. Il y a de fortes probabilités que ces moyens de communication ne leur ont pas fait perdre leur force.

\*\*\*

***Dans la deuxième partie de cette contribution, nous nous demanderons si la famille est une entité sociale influente, nous nous interrogerons sur l'action des influences sur le corps de la femme en âge de procréer et nous refermerons ce texte en étudiant comment se traduisent les influences sur le fœtus après avoir passé les "filtres" de la mère. •***

20. Claire SQUIRES, *Les grossesses tardives : un nouveau modèle*. Champ psychosomatique, 2008, 49, 1, pp. 57-71 et Estèle JAQUET, *Devenir mère pour la première fois après quarante ans. Genèse du désir d'enfant dans les maternités tardives*. L'Autre, 2010, 11, 1, pp. 94-96.

21. Mariette LE DEN, *Les indicateurs des grossesses à l'adolescence en France*. Sciences sociales et santé, 2012, 30, pp. 85-102. L'adolescence est une notion qui n'apparaît qu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle dans les familles bourgeoises et que l'idée d'adolescence s'est généralisée au lendemain de la Seconde guerre mondiale.

22. *Faire famille en contexte homoparental*. Dialogue, 2017, 215, 1, 160 p.

# AGENDA EN BREF

- **21-22 SEPTEMBRE 2017**  
PARIS 12<sup>E</sup> - ESPACE REUILLY  
Journées Post-Universitaires des Sages-Femmes 2017  
[apsf.fr](http://apsf.fr)
- **21-22-23 SEPT. 2017**  
MARSEILLE  
VILLA MÉDITERRANÉE  
14<sup>es</sup> Journées de chirurgie gynécologique et pelvienne  
[scgp-asso.fr](http://scgp-asso.fr)
- **29 SEPTEMBRE 2017**  
REIMS  
Rencontres Champardenaise du Collège National des Sages-Femmes  
[cerc-congres.com](http://cerc-congres.com)
- **3 OCTOBRE 2017**  
AMIENS  
Journée DPC "Gestion du frottis cervico-utérin par les sages-femmes"  
[www.societe-colposcopie.com](http://www.societe-colposcopie.com)
- **5-6-7 OCTOBRE 2017**  
PAU - PALAIS BEAUMONT  
Congrès Infogyn  
[infogyn.com](http://infogyn.com)
- **11-12-13 OCTOBRE 2017**  
LA BAULE - PALAIS DES CONGRÈS ATLANTIA  
34<sup>es</sup> Journées d'études de l'Association nationale des Sages-femmes  
Coordinatrices  
[ansfc.fr](http://ansfc.fr)
- **13-14 OCTOBRE 2017**  
AACHEN (ALLEMAGNE)  
7<sup>th</sup> International Congress of Breast Disease Centers  
[www.eska.fr](http://www.eska.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](http://cerc-congres.com)
- **9-10 NOVEMBRE 2017**  
MONACO MERIDIEN BEACH PLAZA  
1<sup>er</sup> 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](http://cerc-congres.com)

- **10-11 NOVEMBRE 2017**  
PARIS (13<sup>e</sup>)  
IV<sup>e</sup> Congrès "Je Suis la Sage-Femme"  
**Thèmes** *Psychanalyse et Sexualité, Histoire, Philosophie, Le religieux, Sociologie, Art et Mode*  
[www.eska.fr](http://www.eska.fr)

- **17-18 NOVEMBRE 2017**  
PARIS (15<sup>e</sup>)  
45<sup>e</sup> Journées Jean Cohen  
**Thèmes** *Gynécologie Obstétrique et Reproduction 2017*  
[www.eska.fr](http://www.eska.fr)

- **17-18 NOVEMBRE 2017**  
PARIS (15<sup>e</sup>)  
Cancers au féminin  
*Les événements de l'année en cancers au féminin*  
[www.eska.fr](http://www.eska.fr)

- **24 NOVEMBRE 2017**  
NEUILLY-SUR-SEINE (92)  
18<sup>e</sup> Journée sur l'Assistance Médicale à la Procréation de l'Hôpital Américain de Paris  
[www.eska.fr](http://www.eska.fr)

- **19-20 JANVIER 2018**  
MONTROUGE (92)  
Congrès National de la SFCPCV (Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale)  
[www.societe-colposcopie.com](http://www.societe-colposcopie.com)

- **5-6 FÉVRIER 2018**  
ISSY-LES-MOULINEAUX (92)  
16<sup>e</sup> Journées du Collège National des Sages-Femmes de France  
[cerc-congres.com](http://cerc-congres.com)



La Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale (SFCPCV) en partenariat avec l'École de sages-femmes d'Amiens et l'université Picardie Jules Verne (UPJV) organise dans le cadre de la politique nationale de santé, **une journée DPC** dont le thème est :

## Gestion du frottis cervico utérin par les sages-femmes

Le mardi 3 octobre 2017  
À LA FACULTÉ DE DROIT À AMIENS

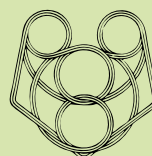
**Objectifs** → La place de la Sage-Femme dans l'organisation de la prévention du cancer du col et connaissance des nouvelles recommandations sur le frottis. Ateliers pratiques.

### Programme de la journée

9h00 Accueil	12h00-14h00 - Pause déjeuner
9h15 Place de la Sage-femme dans la prévention des pathologies HPV induites génitales	14h00 CAT face au Frottis pathologique : les recommandations Inca 2017
9h30 HPV : - Épidémiologie et histoire naturelle des lésions HPV	14h30 CAT face au Frottis pathologique en cours de grossesse
10h00 Principes de la lecture cyto-logique : la classification de Bethesda	15h00 Les traitements en image et les complications obstétricales des traitements
10h30-11h00 - Discussion	15h30-16h00 Exemples pratiques et cas cliniques
11h30-12h00 L'organisation du dépistage en France	16h30 Synthèse et conclusion

**Les orateurs pressentis sont :** M<sup>me</sup> Marie-Agnès Poulain, Pr Jean Gondry, Pr Xavier Carcopino, Pr Jean-Jacques Baldauf, Dr Jean Luc Mergui, Dr Christine Bergeron, Pr Henri Sevestre et S. Lanta.

**INSCRIPTION** Contact OGDPC  
Tél. : 05 61 22 73 42  
E-mail : [organisation@odpcgo.org](mailto:organisation@odpcgo.org)



## Formations en haptonomie

CIRDH FRANS VELDMAN

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

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

#### • Accompagnement haptonomique pré et post-natal

Il favorise la maturation de la relation triangulaire affective entre la mère, le père et l'enfant. Il permet de faire découvrir aux parents une manière d'être favorable au bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance. Il accompagne le développement psychomoteur et affectif de l'enfant jusqu'à la marche acquise.

*Cette formation est accessible aux sages-femmes, obstétriciens, médecins généralistes, pédiatres et aux psychologues cliniciens travaillant en périnatalité.*

L'hapto-obstétrique® est orientée sur la naissance haptonomique, accessible aux sages-femmes et aux obstétriciens.

#### • D'autres formations sont orientées vers les divers secteurs de la santé

*(l'accès est déterminé en fonction de la profession exercée) :*

Haptopsychothérapie, haptosynésie, haptopédagogie, haptopuériculture®.

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

### RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTIONS

Tél. : 01 42 01 68 20  
Mail : [cirdhf@haptonomie.org](mailto:cirdhf@haptonomie.org)  
[www.haptonomie.org](http://www.haptonomie.org)





## FORMATIONS ANSFL 2017

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

TARIFS, DATES, ADHÉSION [www.ansfl.org](http://www.ansfl.org)

---

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

**ÉCHOGRAPHIE ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE**  
(Groupe constitué en Haute Saône)  
Intervenantes: Évelyne Rigaut (SF-Écho)  
Lorraine Guénédal (Biologiste)

• **ECHO 9 nov. 2017 - BIO 26 jan. 2018**

**LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE GYNÉCOLOGIE DE PRÉVENTION**  
Intervenante: Annie Sirven (SF)

• **Session I:** site [www.ansfl.org](http://www.ansfl.org)  
St Germain Mont D'Or (près de Lyon)

• **Session II:** 20-21-22 mars 2018  
(Pré-requis: session I)

**L'INSTALLATION EN LIBÉRAL**  
Intervenante: Laurence Platel (SF).  
9 décembre 2017 - Nantes

**INITIATION À LA PENSÉE CRITIQUE LES SAGES-FEMMES** (14 H)  
Intervenante: Amélie Battaglia (SF)  
1<sup>er</sup> trimestre 2018 - Paris

**LA SEXOLOGIE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE NOS PATIENTES ET DE LEURS CONJoints**  
Intervenante: Nicole Andrieu (SF)  
site [www.ansfl.org](http://www.ansfl.org)

• **Session I:** 14 H • **Session II:** 7 H

**EUTONIE: RÉÉDUCATION EN POST-NATAL**  
Intervenante: Martine Gies (SF)  
St Germain Mont D'Or (près de Lyon)

• **Session I:** Découverte  
1<sup>er</sup> trimestre 2018

• **Session II:** Les pathologies urinaires  
19-20 octobre 2017  
(Pré requis: session I)

• **Session III:** Retrouver la mobilité et le dynamisme  
(Pré requis: session II)

• **Session IV:** Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre  
(Pré requis: session III)  
23-24 décembre 2017

**Toutes nos formations: FIF-PL**

---

**FORMATIONS PROPOSÉES SEULEMENT EN "GROUPE CONSTITUÉ"**

**LA PRATIQUE LIBÉRALE: CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS**  
Intervenante: Laurence Platel (SF).  
20 octobre 2017 - Tours

**ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ (14H/SESSION)**  
Intervenante: Odile Tagawa (SF)

• **Session I:** Prénatal • **Session II:** Postnatal

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



## Association Nationale Natation & Maternité

PIONNIÈRE DEPUIS 1977

### PRÉPARATION À LA NAISSANCE

ET ACTIVITÉS PRÉ ET POSTNATALES EN MILIEU AQUATIQUE

Formations bi-annuelles

#### Prochaines formations

▷ Clamart (92)

- **Stage prénatal:** les 23, 24, 25 octobre 2017
- **Stage postnatal:** le 26 octobre 2017

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

**Programme et inscription**

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

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

## Pratiquer dès le lendemain du séminaire



# Institut Naissance & Formations

Prises en charge possibles:  
DPC - FIF-PL

## Calendrier 2017

### Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh  
Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

**PROGRAMME EN 3 ÉTAPES**

- 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> étapes présentielle (dates indiquées ci-après)
- 3<sup>e</sup> étape non présentielle

**Niveau 1**

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

**Niveau 2**

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

### Travail Corporel en Rééducation Périnéale

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

NOUVELLE FORMULE

### Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

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

NOUVEAU

Renseignements auprès de Jocelyne Dallem  
☎ 03 89 62 94 21 - ✉ [cmp.info@free.fr](mailto:cmp.info@free.fr)  
Institut Naissance & Formations - 2a rue du Paradis - 68190 Ungersheim  
🌐 [www.institutnaissanceetformations.fr](http://www.institutnaissanceetformations.fr)

54

Les D.O.  
N° 472  
Août-Septembre 2017



## LE PRÉNATAL

- Analyse du rythme cardiaque fœtal
- Urgences gynécologiques en cabinet libéral
- Nutrition gestion du poids pendant la grossesse et image corporelle
- Prise en charge des grossesses à risque élevé
- Dépistage des troubles psychiques
- Consultations prénatales
- Hypnose périnatale
- Eutonie du prénatal au postnatal immédiat
- Méditation de pleine conscience comme outil de soin



## LE POSTNATAL

- Consultation postnatale et entretien postnatal précoce
- PRADO accompagnement au retour à domicile
- Prévention des troubles du sommeil chez le tout-petit
- L'allaitement concrètement
- Eutonie en rééducation périnéale
- La place du père autour de la naissance
- Thérapeutiques non pharmacologiques de la grossesse et du postpartum
- Examen clinique et suivi du nourrisson



## INTRA

- Clés psychiques pour bien accompagner l'allaitement
- Accompagner en équipe le lien parents-enfant
- Réfection des déchirures périnéales et épisiotomies
- Bientraitance maltraitance en périnatalité
- Examen du nouveau-né en salle de naissance
- Hypnose médicale
- Communication hypnotique en milieu médical
- Le soignant face au deuil périnatal

PRISES EN CHARGE POSSIBLES ➔ ANDPC ➔ FIF-PL ➔ Crédit d'Impôts ➔ DIF ➔ Pôle Emploi ➔ FONGECIF

Retrouvez toutes nos formations, lieux & dates sur [www.medicformation.fr](http://www.medicformation.fr)

*Medic Formation, c'est...*

48

FORMATEURS

70

THÈMES DE FORMATION

8

ANS À VOS CÔTÉS



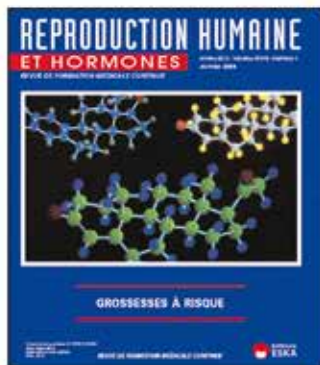
### FORMATIONS EN INTRA

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

NOUS CONTACTER  
POUR UN DEVIS

# 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](http://www.eska.fr)



**LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE**  
11 numéros par an  
**Abonnement annuel**  
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur [www.eska.fr](http://www.eska.fr)



**CANCERS AU FÉMININ**  
4 numéros par an  
**Abonnement annuel**  
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur [www.eska.fr](http://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](http://www.eska.fr)



**ANGÉIOLOGIE**  
4 numéros par an  
**Abonnement annuel**  
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur [www.eska.fr](http://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](http://www.eska.fr)



**Des revues éditées par les Editions ESKA**

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

E-mail : inscriptions et renseignements :  
[congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr)  
Site : [www.eska.fr](http://www.eska.fr)

## LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

### TARIF D'ABONNEMENT

11 NUMÉROS PAR AN

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

\* Joindre attestation.

**Abonnement collectif de service** 153,00 €

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

## ABONNEMENT 2017

### VOS COORDONNÉES

M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  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](mailto: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

# sonicaid<sup>®</sup>Team 3

La nouvelle génération de  
cardiotocographes ante et intrapartum



Prise en charge des triplés



Archivage des tracés  
Base de données patientes



Ecran tactile intuitif  
Double affichage numérique ou tracé



Paramètres maternels  
Surveillance RCM, PNI, SpO<sub>2</sub>



## Analyse OXFORD

Système expert breveté et exclusif d'aide à la décision. Critères de Dawes & Redman. Base de données de 100 000 tracés CTG.



**TECHMED**

**Le spécialiste du monitoring foetal**

Retrouvez-nous sur [www.techmed.fr](http://www.techmed.fr) ou contactez-nous au 01 48 03 88 88

8 rue de l'Hôpital Saint-Louis 75010 Paris - Tél : 01 48 03 88 88 - [info@techmed.fr](mailto:info@techmed.fr)



## Les tire-laits personnels Medela :

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

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



Harmony™

Tire-lait manuel



Swing™

Tire-laits électriques



Swing Maxi™



Freestyle®

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



Grâce au **double pompage**, les Mamans peuvent exprimer jusqu'à 18 % de lait en plus, par rapport à l'utilisation d'un tire-lait simple<sup>1</sup>.



Medela France

Mai 2017

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

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

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