

LES **DO**

473 OCTOBRE 2017

LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE



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

44^e année ISSN 0767-8293



DOSSIER
**Les sages-femmes
et le frottis
cervico-utérin**

REPORTAGE

**Identité socioprofessionnelle des maïeuticiennes.
Ethnographie du service de salles de naissances d'un hôpital gambien**

PUBLICATION

**Conseils pratiques en santé environnementale pour protéger
la femme enceinte et le nouveau-né**

FICHE TECHNIQUE

Hématome rétroplacentaire (HRP)

MANAGEMENT

**Quelles suites juridiques donner au diagnostic de secouement?
PARTIE 6 DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE DE LA HAS**



GRANDIR NATURE

Votre partenaire de confiance

pour accompagner les mamans allaitantes

Numéro dédié aux professionnels : 03 88 50 07 99



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

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



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

Consultante-lactation@grandir-nature.com



NUMÉRO DÉDIÉ AUX MAMANS
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert 0 800 622 833

DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H15 À 19H00



GRANDIR NATURE

aider les mamans



leblogallaitement.com

www.grandir-nature.com

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

² 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.kebachtchieff@eska.fr et congres@eska.fr -

Tél. 01 42 86 55 65

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Pr Jean-Jacques BALDAUF, Dr Lise LECOINTRE,
Pr Cherif Y. AKLADIOS, Dr Émilie FALLER, Dr Thomas
BOISRAMÉ, Dép. de Gynécologie et d'Obstétrique -
Hôpital de Hautepierre - Strasbourg (67) - Dr Muriel
FENDER, Association EVE - Illkirch Graffenstaden (67)
Pr Xavier CARCOPINO, Gynécologue Obstétricien, CHU
Nord de Marseille. Secrétaire chargé des affaires
nationales de la SFCPCV

Pr Jean GONDRIY, Gynécologue Obstétricien, CHU
d'Amiens. Président de la SFCPCV
Dr Jean-Luc MERGUI, Chirurgien-Gynécologue
Obstétricien. Président sortant chargé des affaires
Internationales de la SFCPCV

Mélanie CHEVALIER, Consultante et Animatrice en Santé
Environnementale - Membre de la CAE Synercoop
Jérôme JANICKI, Docteur en Histoire des Sciences (62)
Awa SARR, Sage-femme, Expertise anthropologique
en genre, santé et migration
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.kebachtchieff@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 contri-
butions 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 : octobre 2017

SOMMAIRE

473 - OCTOBRE 2017

02 ÉDITO

À propos d'Anne Bert :
regards et questionnement
de sage-femme

BENOÎT LE GOEDEC

05 REPORTAGE

Identité socioprofessionnelle
des maïeuticiennes.
Ethnographie du service
de salles de naissances
d'un hôpital gambien

AWA SARR

12 PUBLICATIONS

Conseils pratiques en santé
environnementale pour
protéger la femme enceinte
et le nouveau-né

MÉLANIE CHEVALIER



33 FICHE TECHNIQUE

Hématome rétroplacentaire
(HRP)

CHRISTINE BUZENET

34 MANAGEMENT

Quelles suites juridiques donner
au diagnostic de secouement ?
Partie 6 des recommandations
pour la pratique clinique

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

38 COMMUNIQUÉS

40 KIOSQUE

41 HISTOIRE

Réflexions sur la quête des
influences subies par les
femmes de la conception à
la naissance - PARTIE 2

JÉRÔME JANICKI

44 AGENDA



44 FORMATIONS

16 DOSSIER LES SAGES-FEMMES ET LE FROTTIS CERVICO-UTÉRIN



17 Introduction

PR JEAN GONDRIY

18 Le dépistage du cancer du col utérin en France

PR JEAN-JACQUES BALDAUF,
DR LISE LECOINTRE, PR CHERIF
Y. AKLADIOS, DR ÉMILIE FALLER,
DR THOMAS BOISRAMÉ,
DR MURIEL FENDER

20 Indications de la colposcopie devant un frottis cytologique de type ASCUS et devant un frottis évocateur d'une lésion de bas grade

DR JEAN-LUC MERGUI

24 La prise en charge des frottis de haut grade et des frottis ASC-H

PR XAVIER CARCOPINO

24 Conduite à tenir devant un frottis AGC

PR XAVIER CARCOPINO

27 Frottis et grossesse

PR JEAN GONDRIY

28 Les outils actuels en pathologie cervicale

PR XAVIER CARCOPINO

LES ANNONCEURS

C2 Grandir Nature

15 Matilia

45 NFERAIDO

46 GIRDH Franz Veldman

C3 DTF Médical

31 Cooper

45 Institut Naissance
& Formation

47 Médicoformation

C4 Phenix Vivaltis

44 Association Nationale
Natation & Maternité

46 ANSFL

Illustration de couverture beaubelle ©Fotolia.com

Programme du IV^e Congrès
"Je suis la sage-femme"

10-11 novembre 2017 → P. 46

ABONNEMENTS DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

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

www.eska.fr - adv@eska.fr

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

Je me permets de vous livrer la lettre ouverte d'Anne Bert¹, écrivaine, qui a choisi d'aller en Belgique pour pouvoir bénéficier de l'euthanasie qu'elle souhaitait.

Je vous la livre car elle m'a interpellé.

Nous militons pour défendre le droit des femmes à ne pas poursuivre leur grossesse et participons à l'IVG.

Nous assistons et accompagnons les couples dans l'interruption médicale de grossesse en cas de maladie ou d'anomalie létale ou non du fœtus. Nous assistons au geste fœticide ou avons même accompagné activement ces nouveau-nés voués à mourir sur décision libre de leurs parents quand ce geste ne se faisait pas encore et pour lui éviter de souffrir.

À propos d'Anne Bert: regards et questionnement de sage-femme

PAR BENOÎT LE GOËDEC, SAGE-FEMME,
RÉDACTEUR EN CHEF

Nous acceptons donc, comme la loi le permet, le choix de vie et de mort sur le fœtus, corps médical et patients solidaires, dès lors qu'il n'a pas encore poussé son premier cri.

Nous savons que lorsque nous projetons l'enfant dans le monde, nous le vouons alors à mourir un jour, tout nouveau-né étant assez vieux pour faire un mort.

Nous reconnaissons la sensorialité fœtale, la possibilité de relation, la vie humaine du fœtus et le protégeons par notre médecine.

Nous développons les soins palliatifs en maternité pour accompagner avec douceur certains bébés ne pouvant vivre au-delà de quelques jours ou quelques semaines.

Nous militons pour le respect des projets de naissance des femmes, pour une naissance respectée, pour que chaque femme puisse être accompagnée dans le chemin qu'elle choisit pour son accouchement et la naissance de son enfant.

Nous dénonçons la violence obstétricale quand la médecine ou l'institution est non respectueuse des choix des femmes, des couples, qu'elle en devient maltraitante.

Nous accompagnons cela quelles que soient nos convictions, nos cultures, nos religions, car nous sommes là en toute humanité dans le respect de l'autre et de ses choix.

Dans les mêmes situations de maladie grave, ce que nous accordons au fœtus est refusé actuellement à chacun d'entre nous.

Le respect de la façon dont chacun veut vivre la mise au monde de son enfant, la façon dont chacun pense la vie ne peut-il être entendu avec la même humanité à l'autre bout de la vie ou lorsque des événements ne la rendent plus possibles sans souffrances inguérissables ?

Nous pouvons – et même devons – nous questionner et porter cette question au débat, grâce au regard particulier que notre profession nous donne sur les Hommes et sur le Monde. Avec bienveillance et sans jugement. •

¹ Lettre publiée dans le JDD du 2 octobre 2017



Je m'appelle Anne Bert, j'ai 59 ans et suis atteinte depuis deux ans de la sclérose latérale amyotrophique, dite aussi maladie de Charcot ou SLA. Maladie neuro-dégénérative incurable et mortelle à très brève échéance, qui emmure dans son corps et paralyse progressivement tous les muscles jusqu'à l'asphyxie et la mort. La France nous interdit, en phase terminale ou face à l'inguérissable et aux souffrances insupportables, de bénéficier du droit à choisir l'euthanasie ou le suicide assisté, elle a préféré l'hypocrisie de la loi Leonetti qui ne garantit même pas le respect de nos directives.

Pour ma part, j'ai biaisé la violence de l'injonction de souffrir ce que l'on m'impose dans notre pays. C'est hors frontières et en femme libre jusqu'au geste létal et légal, qu'il sera mis un terme à l'horreur et aux tortures physiques et morales de mon emprisonnement, avec l'aide de médecins volontaires et humanistes. Ce choix si difficile, rendu possible, apaise mes derniers mois à vivre durant lesquels je n'ai cessé d'interpeller le gouvernement et les responsables politiques.

Ma vie s'achève. Alors, pour clore ma contribution à cette lutte, avec la certitude que la littérature interroge et construit nos sociétés, j'ai tenu à écrire un livre intitulé *Le tout dernier été*², pour dire autrement, sous le prisme du goût de la vie, comment je me suis réapproprié ma vision de la mort, bien au-delà du tabou de la fin de vie.

La ministre de la Santé m'a confirmé qu'elle ne veut pas rouvrir le débat sur le droit à choisir l'euthanasie en cas de maladie incurable ou en phase terminale. Lorsque ceux qui gouvernent la France ou exercent un pouvoir nient la réalité sur une question fondamentale de la vie, alors les Français doivent œuvrer pour se faire entendre.

Je m'adresse donc à vous, citoyens libres d'une France démocratique laïque, je suis sûre que vous prendrez le relais de ce combat pour qu'advienne cette loi française qui doit garantir à tous la liberté de choisir en son âme et conscience les soins palliatifs ou l'aide active à mourir.

Nous sommes tous concernés par la fin de vie et la mort, parfois beaucoup trop tôt. Penser la mort ne fait pas mourir, elle est inscrite dans notre existence. En faire un tabou nous soumet à la tutelle de la loi Leonetti et à celle du corps médical, qui nous trompent puisque même la sédation profonde et continue peut nous être refusée malgré nos directives et la désignation d'une personne de confiance.

Vous êtes plus de 90 % à vous déclarer favorables au droit de choisir une aide active à mourir, dans un cadre strictement contrôlé. Près de 200 000 d'entre vous ont signé les pétitions mises en ligne depuis peu. Ce qui ne veut pas dire que vous aurez tous recours à l'euthanasie en fin de vie, vous réclamez simplement de pouvoir opter – lorsqu'il n'y a plus d'espoir de guérison – soit pour des soins palliatifs absolument conformes à vos directives, soit pour une aide active à mourir. Ce droit est basé sur les valeurs de la laïcité, comme il existe en Belgique depuis 2002. Il ne nuit pas à la liberté des croyants de toutes confessions, qui peuvent choisir de vivre leur agonie jusqu'au bout.

Alors dites-le. Autour de vous, chez votre médecin, sur les réseaux sociaux et dans la rue s'il le faut, pour y contrer une minorité obscurantiste, bruyante, qui se veut dominante.

Réveillez les consciences sourdes ou endormies de nos dirigeants puisqu'ils vous confisquent le débat public sur cette évolution sociétale à disposer de vous-même jusqu'à votre mort.

N'acceptez plus que ceux qui sont aux responsabilités, cachés derrière la loi Leonetti, vous assènent sans vergogne et de concert avec certains médecins, sociologues et philosophes, des contrevérités au sujet de l'euthanasie. Ils tronquent la réalité, alimentent de leurs fantasmes la peur de légiférer sur le droit de choisir une aide médicale active.

Refusez le joug religieux qui entend soumettre tous les Français à la crainte de la loi de Dieu, n'acceptez pas plus que des médecins refusent de vous rendre le pouvoir qu'ils détiennent sur la fin de votre existence.

Forte de mon expérience de fin de vie en France et de mon choix de trouver une terre plus hospitalière, je déjoue les arguments fallacieux et les fantasmes serinés un peu partout.

Non, la loi française n'assure pas au malade son autodétermination et elle n'est pas garante d'équité. Chaque équipe médicale agit, *in fine*, selon ses propres convictions et non selon les vôtres.

Non, la sédation profonde et censée être continue ne l'est pas, car fréquemment le médecin réveille l'agonisant pour lui redemander s'il persiste dans son choix, ce qui est contraire à la loi Leonetti.

Non, l'euthanasie ne relève pas de l'eugénisme, ce sont les Allemands nazis qui en ont fait en temps de guerre leur instrument diabolique et ont dénaturé ce mot grec.

Non, la loi belge n'oblige pas le corps médical à la pratiquer et ce ne sont jamais les médecins belges qui décident d'euthanasier leurs patients. Seul le patient peut exprimer ce choix et doit trouver le docteur qui l'acceptera.

Non, la loi belge sur l'euthanasie n'a pas encouragé les spoliations d'héritage ni la liquidation des personnes âgées. Elle n'est pas non plus une solution d'ordre économique.

Non, elle n'a pas encouragé les malades à choisir cette porte de sortie – qui n'est jamais facilitée – puisque seuls 2 % des malades en fin de vie la choisissent.

Non, elle n'a pas non plus favorisé une multitude de dérives. Bien au contraire, la loi belge a balisé strictement l'aide active à mourir alors que près de 2 000 actes d'euthanasie clandestine – donc *de facto* criminels – sont pratiqués en France sans aucun contrôle, de façon notoire.

Non, le procédé létal n'est pas violent.

Non, le droit à l'euthanasie ne s'oppose pas aux soins palliatifs.

Et enfin non, je ne suis pas un cas particulier et exceptionnel. Légiférer sur l'euthanasie n'est pas répondre à l'individuel, mais bien à une volonté collective de pouvoir choisir en son âme et conscience ce que l'on veut faire des derniers instants de sa vie.

Les médecins français et quelques psychologues messianiques ne sont pas plus experts que leurs malades. Personne n'est plus à même que le malade incurable de décider de sa mort.

Nos gouvernants affirment ne pas entendre notre volonté à légiférer sur le droit à choisir une aide active à mourir ?

Exigez, sans attendre, un débat public. Et en attendant cette loi qui se fera, Rédigez tous vos directives anticipées dès maintenant en stipulant que vous réclamez ce droit en cas de souffrances inguérissables.

ANNE BERT



² Son livre, *Le tout dernier été*, est paru le 4 octobre chez Fayard (cf. rubrique Kiosque, page 40).

05/06

FEV. 2018

PALAIS DES CONGRES
ISSY LES MOULINEAUX

16^e Journées du Collège National des Sages-Femmes de France



CNSF
Collège National
des Sages-Femmes
de France

PROGRAMME *

Lundi 5 février

- 9 : 00 Ouverture des journées**
**VIOLENCES OBSTÉTRICALES :
SUR LE CHEMIN DE LA BIEN TRAITANCE**
Modérateurs : S. GUILLAUME - Intervenant CIANE
- De quoi parle t-on ? M. DECHALOTTE
 - Qu'observe t-on dans les pratiques médicales - P. MILLET
 - Améliorer l'accueil du nouveau-né : bénéfices des stimulations multimodales - L. VAIVRE-DOURET
- 10 : 30 Pause et visite des stands**
- 11 : 00** *Modérateur : S. PAYSANT*
- Questionnaire sur le vécu de l'accouchement - M-J. GUITTIER
 - Présentation de l'étude EOLE - C. BARASINSKI
- 12 : 30 Déjeuner libre**
- 14 : 00** *Modérateur : A. WEBER*
- Présentation des prix du CNSF et de la fondation Mustela
 - Enquête Périnatal 2016 : les principaux indicateurs - B. BLONDEL
 - Rapport sur la mortalité maternelle - C. DENEUX-THARAUX
 - Où en est la recherche en maïeutique en France ? S. GOYET
- 15 : 30 Pause et visite des stands**
- 16 : 00** *Modérateur : Anne BATTUT*
- Actualité sur la rééducation pelvi - périnéale : les nouvelles recommandations internationales de l'ICS : de l'anténatal au postnatal - F. HAAB - A. BOURCIER
 - Périnée - sport et rééducation périnéale - C. MAITRE
- 17 : 30 Fin de la journée**

Mardi 6 février

- 9 : 00 ACCOUCHEMENT NORMAL OU PHYSIOLOGIQUE,
RECOMMANDATIONS HAS - 1^{ère} Partie**
Modérateurs : S. GUILLAUME - J. LAVILLONIERES - B. HEDON
- Définitions : accouchement normal, accouchement physiologique - K. PETITPREZ
 - Prise en charge des phases de latence et de dilatation - C. LE RAY
 - Prise en charge des phases de descente, d'expulsion et du post-partum - V. LEJEUNE
 - Surveillance de la mère et du fœtus pendant le travail M. NADJAFIZADEH
- 10 : 30 Pause et visite des stands**
- 11 : 00 2^{ème} Partie**
- Prise en charge médicamenteuse de la douleur - A-S. DUCLOY
 - Prise en charge non médicamenteuse de la douleur - C. SCHANTZ
 - Bien - être maternel au cours du travail - F. PIZZAGALLI
 - L'information des patientes - C. BERNARD - F. ARTZNER
- 12 : 30 Déjeuner libre**
- 14 : 00 PROJET TRAJECTOIRES PRECARITE SANTE
MATERNELLE ET PERINATALITE**
Modérateur : V. TESSIER
- Précarité maternelle et suivi prénatal sous optimal - E. AZRIA
 - Soins de la grossesse : une véritable (en)quête des femmes R. RICO-BERROCAL
 - Soins différenciés aux africaines : le cas de l'HTA pendant la grossesse - P. SAUVEGRAIN
- 15 : 30 Pause et visite des stands**
- 16 : 00** *Modérateur : F. TEURNIER*
- RPC sur la prise en charge de l'Herpes au cours de la grossesse M-V. SENAT
 - L'actualité sur l'infection congénitale à CMV - Y. SELLIER - M. LERUEZ
- 17 : 00 Clôture des journées**

* Sous réserve de modification

Lundi 5 février de 12h30 à 14h00
SYMPOSIUM A VENIR

Mardi 6 février de 12h30 à 14h00
SYMPOSIUM A VENIR

Des ateliers en sessions parallèles vous seront proposés
Plus de détails sur www.cerc-congres.com

Renseignements et inscriptions : Cerc-Congrès
17 rue Souham - 19000 TULLE | Tél. 05 55 26 18 87 | Mail : inscription@cerc-congres.com
N° De formation du CNSF : 1194062794

Identité socioprofessionnelle des maïeuticiennes

→ ETHNOGRAPHIE DU SERVICE DE SALLES DE NAISSANCES D'UN HÔPITAL GAMBIEN

INTRODUCTION

Ma profession de sage-femme dans un milieu hospitalier français me questionne sur le bien-fondé de mes pratiques, de la symbolique qu'elles peuvent comporter et sur mon attitude socialement construite. Ma pratique médicale est parfois remise en cause devant des aspirations personnelles des parturientes et des couples. Je me demande souvent ce que ce travail de sage-femme pourrait être en région ouest-africaine et tout particulièrement en Gambie.

En Gambie, les sages-femmes diplômées d'État se répartissent de trois façons : *state registered midwives*, *state enrolled midwives* et *community health midwives*. La différence tient compte d'une validation ou non de sections du programme national des études de sages-femmes. À l'instar de leurs consœurs anglaises, les sages-femmes gambiennes ont été auparavant des infirmières. Les *Traditional Birth Attendants*, plus nombreuses que les sages-femmes diplômées et très majoritairement rurales, ont un rôle primordial dans le transfert des patientes vers les centres de santé où travaillent ces sages-femmes diplômées d'État. En Gambie rurale, les *Traditional Birth Attendants*, aînées du village, contribuent à la « colle qui tient la société ensemble » (Nyanzi et alii, 2007 : 43). Le choix du terme maïeuticienne, dans cette étude, n'est pas un hasard. Cet art de la maïeutique est une analogie de Maïa, une divinité ayant le pouvoir de faciliter l'accouchement. Elle puisait ce pouvoir en faisant exprimer la femme pour connaître son passé. De cette façon, elle choisissait les thérapeutiques les mieux adaptées à la femme. Elle était ainsi une « dialectique de l'Esprit » (Almalis, 2012). Peu connu, ce terme est ainsi utilisé en France pour désigner la profession de sage-femme. Sage, du latin *sapien*, désigne le savoir. Le terme de sage-femme renvoie au savoir concernant les femmes, mais ne comporte pas la finesse interprétative du terme de maïeuticienne.

Former les sages-femmes des pays du Sud est une priorité pour l'OMS. Les années 2000 sont marquées par la réflexion et l'élaboration de la communauté internationale de huit objectifs dont l'amélioration de



CET ART DE LA MAÏEUTIQUE EST UNE ANALOGIE DE MAÏA, UNE DIVINITÉ AYANT LE POUVOIR DE FACILITER L'ACCOUCHEMENT

la santé materno-infantile et la réduction de la mortalité maternelle dans les pays du Sud. En 2012, l'OMS publie un modèle biomédical de l'accouchement avec les « pratiques essentielles » de la surveillance de la grossesse pour un « accouchement plus sûr ». En 2013, la mortalité maternelle en Gambie s'élevait à 433 décès pour 100 000 naissances contre 10,3 pour 100 000 naissances en France. « *Muthia na* » dit-on communément en Gambie lorsqu'une femme vient d'accoucher. Ce lexique wolof évocateur énonce : « Elle est sauvée de la mort ». La Gambie, seul pays anglophone dans une zone majoritairement francophone, connaît peu d'études anthropologiques. Les problématiques de santé maternelle se confrontent dans une histoire politique instable.

La particularité d'un service de salles de naissance s'aborde par la structure hospitalière à laquelle elle est rattachée. L'*Edward Francis Teaching Hospital* est une référence en matière de soins materno-infantiles, selon le ministère gambien de la Santé. L'offre publique de soins de santé est organisée de façon pyramidale et cet hôpital est le mieux doté en moyens techniques et humains. Seul rattaché à l'Université de Banjul et à l'école de sages-femmes, il a vocation à enseigner. Cette notion d'hôpital de référence, approuvée par le personnel de santé public et privé, est quotidiennement témoin d'un afflux de patients transférés d'autres structures de santé du pays. Mais, penser une

NOTE

Les personnes rencontrées bénéficient toutes de l'anonymat. C'est dans ce sens que les patronymes ont été modifiés.

perception similaire de « référence » pour les populations, en quête de soins, serait illusoire. Ainsi, être une « référence » en matière de santé materno-infantile exigerait une efficacité et une efficience des sages-femmes et de l'équipe médicale.

Ainsi, dans quelle mesure peut-on dire que le service de salles de naissances, dans cet hôpital gambien, révèle l'identité socioprofessionnelle des maïeuticiennes ?

L'ACCOUCHEMENT PERÇU COMME LE NOYAU DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Au moment de mon entrée sur ce terrain ethnographique, Aunt¹ Dykha, sage-femme depuis vingt ans, évoque une analyse d'un centre, l'accouchement et de ce qui l'entoure : « *Le métier, il y a vraiment beaucoup, beaucoup de choses. Anténatal, salles de naissance, postnatal. Il y a beaucoup de choses* ». Aunt Dykha exerce en salles de naissances de l'hôpital Edward Francis depuis dix ans. Elle a exercé dans tous les services de la maternité et a débuté sa carrière à Farafenni dans un petit dispensaire où elle a appris à « faire ses armes » seule, dit-elle. Le médecin n'était disponible qu'à trois heures de routes difficilement praticables. Cette conception de la profession pourrait s'expliquer par sa longue expérience de terrain. Mais, cette même perception existe chez les sages-femmes interrogées qui ont, quant à elles, une expérience plus courte.

*Midwives are able to take care of the woman in antenatal, during the delivery and in postnatal. (Mariam, sage-femme).*²

Les sages-femmes sont capables de prendre soin de la femme en anténatal, pendant l'accouchement et en postnatal.

Avant même la conception d'un enfant, la sage-femme a un rôle de prévention. L'une des premières questions de ce terrain ethnographique concerne la définition qu'ont les sages-femmes de leur profession. Que la question soit posée en entretien formel ou durant une conversation, elle demande un temps de réflexion de la part de mes enquêtées. Cette difficulté à verbaliser renvoie à la complexité de cette profession. « *Sama ligué, diafféna* », disent-elles souvent au décours d'une conversation, ce qui pourrait être interprété par « *mon travail, il est difficile dans sa complexité* ». Au sein du service de salles de naissance de l'hôpital Edward Francis, le rôle des sages-femmes est multiple. Il s'agit d'un « avant », d'un « bien avant », d'un « pendant » et d'un « après » accouchement. « *The job of the midwife is from scratch, until they are pregnant [...]* » dit Aunt Amina, sage-femme depuis sept ans. Cette phrase pourrait se traduire par « *la profession de sage-femme est du début jusqu'à ce qu'elles (les femmes) sont enceintes* ». La terminologie anglaise *from scratch* renvoie à l'idée de « partir de rien, de zéro ». Ainsi, le rôle de la sage-femme est important sur la vie génitale de la femme, sur la période d'ovulation et sur le processus de conception d'un enfant. Ces connaissances pourront permettre aux femmes de décider ou non d'avoir un enfant et d'une certaine mesure d'aborder leur sexualité plus librement puisqu'il s'agit de leur faire comprendre qu'un rapport sexuel n'est pas systématiquement fécondant.

*Antenatal, it's taking care of women before they get pregnant. If the woman doesn't know about her ovulation period, the job of the midwife, especially to those are nearly married, is to explain her when she's menstruated, when she ovulates and she meets her husband, she can conceive. It's not anytime that you meet your husband that you conceive. (Aunt Aïssatou, sage-femme depuis moins d'un an).*³

L'anténatal, c'est prendre soin des femmes avant qu'elles ne tombent enceintes. Lorsque la femme ne connaît pas son cycle menstruel, le métier de la sage-femme, et surtout ceux qui sont jeunes mariés, est de lui (femme) faire connaître quand elle a ses menstruations, quand elle ovule et qu'elle rencontre son mari, elle pourra concevoir. Ce n'est pas à chaque fois que tu rencontres ton mari que tu pourras concevoir.

L'euphémisme « rencontrer son mari » est employé pour parler des relations sexuelles. Avec ce terme, de « jeunes mariés », Mariam repositionne le rôle de la sage-femme qui informe aussi l'homme. Cette dimension étendue de la profession qui pivote autour de l'accouchement est également retrouvée dans le rôle d'une sage-femme française puisque l'article L4151-1 du code français de la santé publique stipule que « *l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention [...]* ».⁴ Le code gambien de la santé publique n'a pas pu être consulté, mais la diversité du métier est reconnue par le *Chief Nursing Officer*⁵. Au décours d'une conversation pour mon accès à ce terrain, elle me rappelle toute l'importance du rôle des sages-femmes bien avant l'accouchement et des problématiques que rencontrent les sages-femmes gambiennes. En abordant les problématiques de la mortalité maternelle dans les pays du Sud, l'Organisation Mondiale de la Santé énonce que « *de nombreux décès maternels et néonataux pourraient être évités si des sages-femmes compétentes assistaient les femmes avant, pendant et après l'accouchement...* ».⁶ Les discussions avec les sages-femmes ont souvent porté l'accent

LE RÔLE DES SAGES-FEMMES EST MULTIPLE. IL S'AGIT D'UN « AVANT », D'UN « BIEN AVANT », D'UN « PENDANT » ET D'UN « APRÈS » ACCOUCHEMENT

1. Le terme anglais *aunt* se traduirait par tante. Cette appellation, dans ce lieu, est volontairement conservée car il renvoie au statut de l'âge qui s'imbrique dans les rapports de pouvoir entre les sages-femmes et les acteurs multiples de la salle de naissances.
2. Entretien réalisé le 25 février 2015 avec Mariam, sage-femme depuis cinq ans (durée une heure et demie).
3. Entretien réalisé le 11 mars 2015 avec Aunt Aïssatou, sage-femme depuis moins d'un an (durée une heure et quarante minutes).
4. Selon le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes, < http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/les_competences/index.htm >, page consultée le 13 mai 2015.
5. Elle est la responsable de la direction des soins, poste clef du ministère de la Santé de Gambie.
6. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), < <http://www.who.int/features/factfiles/midwifery/fr/> >, page consultée le 13 mai 2015.

sur l'importance du rôle de sage-femme dans un planning familial. Les parturientes à l'hôpital Edward Francis ont, pour la plupart, accouché à plusieurs reprises. L'âge moyen des patientes, calculé sur ces trois mois de terrain, est de 25 ans avec une moyenne de cinq accouchements par patiente. Les sages-femmes sont souvent critiques de ces femmes ayant un grand nombre d'enfants qu'elles rapportent d'emblée à un niveau d'éducation scolaire faible. « *Elle est jeune, elle ne va pas à l'école, elle a seulement 20 ans et a déjà 3 enfants vivants. C'est beaucoup* », me dit Mariam, sage-femme, en parlant d'une jeune patiente transférée d'une clinique de Bri Kama. Après l'accouchement de Fatou, 34 ans et huit enfants vivants, la sage-femme Aunt Amina lui assène « *Quand finiras-tu ?* » auquel Fatou répond prudemment « *Paréna* ». « *Paréna* » renvoie à la notion de « *je suis prête* » ou encore de « *j'ai terminé* ». Fatou évoque ici l'idée de ne pas désirer une nouvelle grossesse. D'un ton véhément, Aunt Amina lui dit alors « *Vous dites toujours cela et vous ne le faites pas. Vous n'allez jamais au planning* ». Dans une posture de généralisation, elle fait ici référence au centre de planning familial. L'importance du rôle de la sage-femme dans ces centres de planning familial a été rappelée par le gouvernement gambien depuis son programme datant de 1975⁷. Mais, le propos sous-jacent sur ce sujet reflète un paradigme autour du planning familial et du rapport de genre dans cette société ouest-africaine.

LA DIMENSION DU CARE DES SAGES-FEMMES

Ce terme de *care* est couramment utilisé dans le vocabulaire des sages-femmes enquêtées. Il s'agit de *take care of* une patiente durant l'accouchement ou du conjoint principalement dans le cadre de transmission de maladies sexuellement transmissibles ou encore du nouveau-né au moment où il naît. Il évoque le fait de « prendre soin », même si la volonté de le traduire réduit la complexité de ce terme. Pour les sages-femmes enquêtées, la grossesse est perçue comme un état normal où il s'agit plutôt de s'assurer (*to make sure* en anglais) que cet état reste normal. Cette dimension de normalité (encore faudrait-il définir ce qu'est la « normalité ») est importante à prendre en compte puisqu'elle fonde la représentation, qu'ont les sages-femmes rencontrées, des femmes enceintes ou accouchées. Les sages-femmes envoient les patientes douloureuses et en travail apporter leur prise de sang au laboratoire (en traversant une bonne partie de l'hôpital). Les sages-femmes ne proposent pas aux femmes enceintes de s'asseoir lorsqu'elles se présentent dans le service. Elles attendent donc debout qu'une sage-femme se libère pour l'examiner. Les discours recueillis des sages-femmes abordent la grossesse comme un état non pathologique et l'accouchement comme un événement non pathologique qui marque la fin de cet état. Il ne s'agit donc pas toujours

de *cure*. Toutefois, les sages-femmes rencontrées s'accordent à dire que la grossesse et l'accouchement restent des étapes à surveiller et de préférence par des personnes qualifiées et dans des structures hospitalières compétentes. Elles mettent en avant que la femme enceinte doit venir régulièrement surveiller le bon maintien de son état physique, la bonne croissance et la bonne vitalité de son enfant. Il s'agit parfois de faire une prise de sang, un examen de ses urines, une mesure de sa pression sanguine, un examen clinique avec mesure de la hauteur utérine. L'examen vaginal ne fait pas partie de leur surveillance prénatale.

LES DISCOURS RECUEILLIS DES SAGES-FEMMES ABORDENT LA GROSSESSE COMME UN ÉTAT NON PATHOLOGIQUE

La confusion étymologique entre anormal et anomalie est grande. Une anomalie évoque un fait, ce qui appelle à une description. L'anormal renvoie à une norme, une valeur, ce qui est donc appréciatif et normatif. Un état pathologique est une variation quantitative et qualitative d'un état normal. Il ne s'agit donc plus seulement de « plus », de « moins » mais aussi d'un « autre ». Plus encore, en prenant l'exemple d'une anomalie morphologique qui ne bouscule pas obligatoirement les fonctions vitales d'un individu, nous comprenons que nous ne pouvons pas toujours assimiler une anomalie à une pathologie. Ainsi, cette maladie morphologique ne saurait être considérée comme pathologique (Canguilhem, 2013). Il serait malvenu d'identifier un fœtus à une anomalie. Cependant, la grossesse est perçue comme une variation qualitative d'un état normal avec l'apparition d'un *autre* qui se définirait par le fœtus. Être enceinte n'altère pas obligatoirement l'état physiologique de la mère. Dans le même sens, la normalité de l'accouchement est au centre du discours des sages-femmes.

Pour rassurer une patiente et son accompagnante anxieuses du déroulement de l'accouchement, les sages-femmes évoquent cette normalité de la douleur, de l'avancée du travail, de la naissance de l'enfant. « *Boul diarlé, yep barna* » disent-elles, ce qui se traduirait par « *Ne t'inquiète pas, tout est normal* ».

Lorsqu'elle se complique, la grossesse devient une maladie pathologique. L'hôpital Edward Francis étant l'hôpital gambien de référence en santé maternelle et infantile, le nombre de patientes transférées était conséquent. Durant les jours présents dans ce service, le nombre de patientes transférées variait de deux à cinq par jour. Il peut s'agir d'une complication liée à l'accouchement comme une rétention placentaire ou une hémorragie maternelle, une complication de la grossesse comme une tension artérielle élevée ou encore un risque d'avoir des complications à l'accouchement du fait d'une antériorité médicale comme une grande multiparité⁸ ou un antécédent de plusieurs accouchements par césarienne ou une mutilation génitale féminine. Ces complications de la grossesse ou de l'accouchement provoqueront un phénomène de distanciation des sages-femmes. Elles feront appel au médecin et ne l'accompagneront pas obligatoirement dans la prise en charge des parturientes.

7. Selon le Ministère gambien de la santé et de l'action sociale, <http://www.moh.gov.gm/Service%20Statistic>, page consultée le 30 avril 2015.

8. Une grande multipare se définit comme une patiente ayant accouché six fois ou plus.

LES MAÏËUTIENNES, HISTORIENNES SPÉCIALISTES DE LA VIE MÉDICALE DE LA PATIENTE

FATIMA, 30 ANS ET CINQ ENFANTS VIVANTS, habite dans un petit village en périphérie de Serrekunda. Elle n'a pas eu de suivi médical durant cette grossesse, du moins dans une structure hospitalière. Elle accouche un matin à 5 h 43 à l'hôpital de Serrekunda. Elle arrive à 11 h à la maternité Edward Francis, portant son bébé contre elle. Aunt Aïssatou lui demande les raisons du transfert et un papier explicatif de la grossesse ou de l'accouchement. La patiente, ne parlant ni anglais ou wolof, ne peut répondre à cette question. Aunt Aïssatou palpe l'abdomen et remarque le cordon ombilical entre les jambes de Fatima. Un étudiant infirmier, à la demande de la sage-femme, traduit l'échange en langue sossé. Aunt Aïssatou a un doute sur la présence d'un deuxième fœtus dans l'utérus. Il s'ensuit alors une série de questions que Aunt Aïssatou pose à Fatima, dans un débit rapide parce que l'urgence est là : « *Combien as-tu d'enfants vivants ? C'était plus lourd de porter cet enfant ? Tu n'as jamais eu besoin de venir à l'hôpital pour un problème ? Tu as eu une échographie ? Comment l'accouchement s'est déroulé ?* ». Fatima, très inquiète, répète à plusieurs reprises qu'elle a le sentiment de mourir. Aunt Aïssatou interpelle alors le médecin, de passage en salles de naissance. « *Je ne comprends pas son histoire, je ne connais pas ses antécédents, je pense qu'il y a une deuxième enfant, il faut faire vite* », lui dit-elle. Une étudiante sage-femme propose d'administrer du syntocinon⁹ à Fatima pour accélérer la naissance de ce possible deuxième enfant, à laquelle répond immédiatement Aunt Aïssatou : « *Surtout pas. On ne sait rien de cette patiente.* ». L'appareil échographique est rapidement apporté par une étudiante en médecine et l'examen est pratiqué dans le couloir, faute de prise électrique fonctionnelle dans la salle de naissance. L'échographie ne révèle pas de deuxième enfant mais un placenta enchatonné, difficile à extraire.

Une patiente a une histoire médicale que la sage-femme doit retracer. Comprendre cette histoire est primordial pour pouvoir, par la suite, prendre une décision médicale. L'exemple de l'étudiante sage-femme, qui propose d'administrer un médicament avant de comprendre l'histoire médicale, est frappant. Aunt Aïssatou, en aparté, lui explique l'importance de ne pas administrer un médicament à une personne sans comprendre la situation clinique. Cet interrogatoire urgent est alors d'une précision fine. À la question de la sensation de « porter son enfant » plus lourdement, Aunt Aïssatou explique que les femmes enceintes de jumeaux sont très souvent conscientes de « porter » deux enfants, du fait du poids fœtal multiplié par deux. À la question du déroulement de la grossesse, la sage-femme recherche une fatigue plus importante ressentie par Fatima ou l'apparition

d'œdèmes qu'elle observe plus fréquemment chez les patientes attendant des jumeaux. Par ce questionnement, Aunt Aïssatou devient une historienne spécialiste de la vie médicale de Fatima.

Lorsqu'une patiente se présente en salle de naissance, les sages-femmes lui demandent sa feuille où les informations des consultations prénatales antérieures sont inscrites. « *Anna sa kayet ?* » demandent-elles alors à la patiente ; ce qui signifie « *Où est ton papier ?* ». Elle ne précise pas de quel papier il s'agit et il est rare que la patiente ne l'a pas en sa possession. Mais lorsque ce papier fait défaut, la sage-femme lui demande « *Naka lai liguéyé, té aowma kayet bi ?* » ; ce qui se traduirait par « *Comment est-ce que je peux travailler alors que je n'ai pas ce papier ?* ». Les sages-femmes ont besoin de s'appuyer sur des faits médicaux antérieurs pour la prise en charge qu'elles peuvent prodiguer à la patiente. Ce compte rendu, rempli par la sage-femme ou le médecin lors de consultations prénatales, rapporte les différents éléments de la surveillance de la grossesse chez une femme enceinte. Dans une dimension sociale, il aborde le présent de cette femme avec son identité civile (nom et prénom), son lieu d'habitation (adresse et mode d'habitat) et son statut marital (mariée ou non, situation de polygamie). Par la suite, il aborde le passé médical de la femme avec son histoire familiale (pathologies rencontrées fréquemment dans la famille comme le diabète, la drépanocytose), son histoire obstétricale (nombre d'enfants vivants et morts, contexte des accouchements et des grossesses, nombre de fausses couches), son histoire gynécologique (le cycle menstruel, le type de contraception utilisé). Cette recherche historique est concise. Il s'agit de retranscrire le lieu d'accouchement (à la maison, dans un dispensaire ou dans un centre de santé), la date de cet accouchement et son type (normal par voie basse, extraction de l'enfant par un médecin) et les complications possibles (pertes de sang importantes, infection vaginale ou utérine, mort de l'enfant). Par la suite, ce document se concentre sur une retranscription de la présente grossesse avec les détails cliniques des consultations pratiquées. Ces détails comprennent le terme de grossesse, l'évolution pondérale de la femme, la mesure de ses pulsations cardiaques et de sa pression sanguine, l'évolution de la hauteur utérine, les investigations menées au laboratoire comme une recherche sérologique, la pratique d'une échographie ou encore les problèmes médicaux de la grossesse comme une contamination par la malaria.

À LA QUESTION DE LA SENSATION DE
« PORTER SON ENFANT » PLUS LOURDEMENT,
AUNT AÏSSATOU EXPLIQUE QUE LES FEMMES
ENCEINTES DE JUMEAUX SONT TRÈS SOUVENT
CONSCIENTES DE « PORTER » DEUX ENFANTS,
DU FAIT DU POIDS FŒTAL MULTIPLIÉ PAR DEUX

9. Hormone indiquée dans le déclenchement ou l'accélération du travail chez la parturiente.

PROMOTION DE L'HÔPITAL COMME UNE STRUCTURE COMPÉTENTE

The medical duty of the midwife is the early registration of the woman in a hospital. Because some of women don't go to the hospital before they deliver and it's not good. Some of women deliver at home and the job of the midwife is to inform the patients that it's not good because they can have tear or they can have big baby who is stuck and they need cesarean. So they are transferred to a referral hospital and when they come here, they can lose their baby or their life [...] (Aunt Aïssatou, sage-femme).¹⁰

Le devoir médical de la sage-femme est l'enregistrement précoce de la femme dans un hôpital. Parce que certaines femmes ne vont pas à l'hôpital avant d'accoucher et ce n'est pas bon. Certaines femmes accouchent à la maison et le travail de sage-femme est d'informer les patientes que ce n'est pas bon parce qu'elles peuvent avoir une déchirure (du périnée) ou elles peuvent avoir un gros bébé qui est coincé et elles ont besoin d'une césarienne. Donc elles sont transférées dans un hôpital de référence et quand elles viennent ici, elles peuvent perdre leur bébé ou leur vie [...]

Le devoir médical, dont parle Aunt Aïssatou, porte sur l'information aux patientes des risques de l'accouchement à domicile. Quelquefois, lorsque les sages-femmes autorisent le retour à domicile des femmes venues consultées pour diverses raisons (doute sur le début du travail, infection vaginale, fatigue entre autres), elles leur disent avec une pointe d'humour : « Bon. N'accouche pas à domicile, hein ? ». Aunt Aïssatou perçoit l'hôpital comme une structure compétente en termes de soins puisqu'il s'agit de privilégier un suivi médical précoce de la patiente.

L'idée sous-jacente d'une perte de temps est également évoquée. L'hôpital peut être efficace dans la délivrance de soins mais encore faut-il qu'il puisse avoir le temps de le faire. Dans le service de salles de naissances de la maternité, le taux de mortalité néonatale et maternelle observable est conséquent. La perte de temps, qu'évoque Aunt Aïssatou, s'explique en partie par leur nécessité de retracer l'entière histoire médicale de la patiente dans des moments urgents mais aussi par les conditions difficiles de transferts (routes détériorées, points de contrôle militaire constants, traversée difficile du fleuve Gambie, insuffisance de véhicules sanitaires). L'organisation de transfert d'une patiente accouchant à domicile à Oïssel en Haute-Normandie dure moins d'une heure pour rejoindre une maternité de Rouen avec une distance de 22 kilomètres. Un transfert d'une patiente accouchant dans sa maison à Serrekunda peut mettre de longues heures pour rejoindre l'hôpital de référence de Banjul avec une distance plus courte de 13 kilomètres.

Ces transferts sont vécus difficilement par les sages-femmes. Elles évoquent, à plusieurs

reprises, le sentiment d'être démunies : « *Qu'est-ce qu'on peut faire ? Demander juste l'aide de Dieu* » dit Souleyman, sage-femme depuis quatre ans en admettant une patiente qui a accouché à domicile à Farafenni aux alentours de 9 h et qui est arrivée à la maternité de Banjul à 19 h 30. Farafenni est à une centaine de kilomètres de Banjul. La traversée du fleuve Gambie est incontournable. Elle s'est d'abord présentée à la maternité de Farafenni parce que le placenta n'était pas décollé. Devant des difficultés à l'extraire, l'équipe médicale a décidé de la transférer à Banjul autour de 12 h, soit trois heures après son accouchement. Souleyman tente de restituer rapidement son histoire médicale, à son arrivée. L'obstétricien arrive vite et décide de l'emmener au bloc opératoire. Le seul médecin anesthésiste de l'hôpital doit se libérer d'un service de chirurgie pour compléter la prise en charge. Cette patiente décédera dans la nuit d'une hémorragie massive.

L'ÉDUCATION DES FEMMES : UN DEVOIR

When I see a pregnant woman, I think about the welfare of the mother and the baby. This is my duty to educate the mother. If it's the first time she's pregnant, she doesn't know anything about pregnancy and the baby. It's my duty to tell « yeah, this is the way you need your life that reflects to you and your baby. So if you are on diet, if you don't eat well, if you drink, if you smoke, it will affect your baby and your personal hygiene. You have to be clean so you will not have infection » [...] I have a lot of responsibilities to render to the patient. (Mariam, sage-femme)¹¹

Quand je vois une femme enceinte, je pense au bien-être de la maman et du bébé. C'est mon devoir d'éduquer la mère. Lorsque c'est la première fois qu'elle est enceinte, elle ne sait rien de la grossesse et du bébé. C'est mon devoir de dire : « *yeah, c'est la manière que tu dois vivre pour qu'elle reflète sur toi et ton bébé. Donc si tu es au régime, si tu ne manges pas correctement, si tu bois, si tu fumes, cela affectera ton bébé et ton hygiène personnelle. Tu dois être propre et tu n'auras pas d'infection* » [...] J'ai beaucoup de responsabilités à rendre à la patiente.

Pour Mariam, il s'agit de devoir, de responsabilité vis-à-vis de la patiente. La notion de responsabilité, dans le milieu médical, renvoie au juridique et à la morale. Mariam aborde sa responsabilité médicale du point de vue moral qu'elle doit « rendre » à la patiente. Elle aborde la femme enceinte comme une patiente mais aussi comme une mère. Cette appellation de « femme » plutôt que de « patiente » revient régulièrement dans le discours des sages-femmes en salles de naissance. Les sages-femmes rencontrées s'impliquent dans l'éducation des femmes. Informer les femmes, comme elles le disent, est une responsabilité et un devoir professionnels. La notion d'éduquer les patientes aura un impact sur l'entourage de cette femme ; l'entourage qu'elles réduisent à l'homme et aux enfants qui accompagnent cette femme dans la vie

LES SAGES-FEMMES RENCONTRÉES S'IMPLIQUENT DANS L'ÉDUCATION DES FEMMES. INFORMER LES FEMMES, COMME ELLES LE DISENT, EST UNE RESPONSABILITÉ

10. Entretien réalisé le 11 mars 2015 avec Aunt Aïssatou, sage-femme depuis moins d'un an (durée une heure et quarante minutes)

11. Entretien réalisé le 25 février 2015 avec Mariam, sage-femme depuis cinq ans (durée une heure et demie)

quotidienne. Les conseils délivrés sont à l'image de leurs connaissances diverses sur la physiologie du corps mais aussi dans une certaine mesure sur la perception qu'elles ont de la place de la femme dans la société gambienne. Dans la société gambienne, une mère a un rôle important dans le travail domestique et donc dans l'éducation des enfants. L'idée est de prévenir d'un comportement à risques néfastes pour la vie de la femme et de l'enfant. La consommation d'alcool (sous-entendre par « si tu bois ») ou encore la consommation de tabac (sous-entendre par « si tu fumes ») ont des conséquences sur la vie de la femme et de l'enfant. Elle évoque également la particularité de la première grossesse qui peut être à la source de questionnement de la part de la femme.

Cette éducation des femmes, tant importante aux yeux des sages-femmes rencontrées, prends très souvent la forme de discussion entre femmes.

The job of the midwife is to give nutrition advice because some of them (the women) have anemia during pregnancy or labour. During the antenatal, we check the blood to know. If they are eating well, the blood is good. If they are anemic, their system can attract infection and this infection can go to their baby [...] ¹²

Le travail de la sage-femme est de donner des conseils de nutrition parce que certaines d'entre elles (les femmes) ont de l'anémie durant la grossesse ou le travail. En anténatal, nous vérifions le sang pour savoir. Lorsqu'elles mangent bien, le sang est bon. Lorsqu'elles sont anémiées, leur système peut attraper une infection et cette infection peut aller au bébé [...]

Ce rôle éducatif de la sage-femme est observable dans le service de salles de naissance où la sage-femme est aussi une conseillère de la vie maritale, de l'alimentation ou de l'hygiène. Mrs Clark définit la sage-femme comme une conseillère en nutrition dans le dessein de prévenir des complications de grossesse ou d'accouchement comme l'anémie. Mrs Clark connaît les risques de cette anémie pour le fœtus et la femme enceinte. En Gambie, cette complication est l'une des plus fréquentes en santé maternelle et reste une vraie problématique de santé materno-fœtale. L'anémie se définit médicalement comme une carence en fer. Les sages-femmes conseillent les femmes sur l'importance d'une alimentation riche en fer comme la consommation de manioc, l'oseille non séchée pour en faire du jus, les graines de pastèques ou encore les niébés (petits haricots à l'œil noir). Ces conseils délivrés sont surtout adaptés aux situations urgentes de ce service de salles de naissance.

Le rapport des sages-femmes aux patientes est complexe et ne pourra être abordé entièrement dans cet article. Toutefois, durant ces échanges avec les femmes, les sages-femmes rencontrées adoptent une posture maternante. Elles parlent d'un ton doux et réconfortant. Elles échangent des sourires avec les femmes. Les conseils délivrés sont aussi parfois donnés par plusieurs sages-femmes à une même patiente; ce qui rend l'échange plus familier.

APPRENDRE
AUX FEMMES
ÉQUIVAUDRAIT À
REPOSITIONNER
SON STATUT
DANS SON
MÉNAGE

La langue utilisée était le wolof ou parfois le sossé et le sérère mais jamais l'anglais.

UNE APRÈS-MIDI DE FÉVRIER. Fatmata se présente en urgence pour des vomissements importants à septième mois de grossesse. Le médecin l'a déjà examinée et lui a prescrit des médicaments. Aunt Dykha et Aunt Amina, les deux sages-femmes de cette journée de travail, interceptent Fatmata avant qu'elle retourne à la maison. « Tu as beaucoup mangé ce matin? Qu'est-ce que tu as mangé exactement? » Lui demande Aunt Amina. Fatmata lui répond qu'elle n'a pas beaucoup mangé mais qu'elle a mangé du sow, semoule de mil accompagnée de lait caillé. Aunt Dykha lui dit alors « Moi aussi, quand j'étais enceinte, je vomissais beaucoup. Il faut que tu évites le piment. Il faut boire vraiment beaucoup aussi parce que, en plus, il fait chaud mais surtout si cela continue, demande à quelqu'un de t'amener ici. C'est important. ». Fatmata écoute attentivement, opine de la tête et s'en va.

Aunt Dykha se positionne ici comme une femme qui a également vécu cette situation quand elle était enceinte. Les conseils délivrés, face à une patiente qui présente des vomissements, se sont adaptés aux habitudes alimentaires épicées des habitants et aux conditions de vie.

We teach them about their hygiene. Some of them don't know about touching [...] it when you put your hands inside your private parts to wash it. It may introduce germs from their nails into their vagina. It can also affect the baby with an infection. And we teach them about exercises, rest and sleep. Some of them are very stressed especially here. The husband just seat down and the woman run up and down: carry basket, go to work, go to the farm, cook to feed the kids. They don't sleep, they wake up at 4 am. (Mariam, sage-femme) ¹³

Nous leur (les femmes) apprenons par rapport à leur hygiène. Certaines d'entre elles ne savent pas pour le toucher [...] C'est quand tu mets tes mains à l'intérieur de tes parties intimes pour nettoyer. Cela peut introduire des germes provenant de leurs ongles à l'intérieur de leur vagin. Cela peut affecter le bébé avec une infection. Et nous leur apprenons sur les activités, le repos et le sommeil. Certaines d'entre elles sont particulièrement angoissées ici. Le mari s'assied simplement et la femme monte et descend, portant des paniers, va travailler, va à la ferme, cuisine pour nourrir les enfants. Elles ne dorment pas, elles se réveillent à 4 h.

Aunt Aïssatou s'inscrit dans un « nous ». Elle s'inclut ainsi dans un corps de métier pour ce qui concerne la prévention aux femmes. À l'instar de Mariam, Aunt Aïssatou aborde ici les relations de genre dans la société gambienne. Apprendre aux femmes équivaldrait à repositionner son statut dans son ménage et de ce fait dans cette société gambienne. Ce rapport de genre est largement interrogé par les sages-femmes et tout particulièrement sur les rôles assignés aux hommes

12. Entretien avec Mrs Clark, sage-femme depuis 42 ans, réalisé à l'école de sage-femme le 30 mars 2015 (durée de deux heures et demie)

13. Entretien réalisé le 25 février 2015 avec Mariam, sage-femme depuis cinq ans (durée une heure et demie)

et aux femmes. *Aunt* Aïssatou perçoit le mari comme inactif dans l'organisation des tâches domestiques et une femme, de surcroît enceinte, épuisée par son rôle cantonné aux tâches domestiques quotidiennes. Mariam parle « d'éduquer » les femmes parce qu'elles ont leur rôle dans l'éducation des enfants. Il s'agirait *in fine* « d'éduquer » une population entière, les enfants représentant une projection dans le temps.

Aunt Amina, un jour en salles de naissance, s'insurge d'un mari qu'elle juge irrespectueux envers sa femme. Elle finit de remplir une prescription de médicaments pour cette patiente et le mari, un peu pressé, dit à sa femme « *Let's go* ». Un échange très animé s'ensuit alors entre *Aunt* Amina et le mari. Elle lui clame alors « *C'est comme cela que tu parles à ta femme? Allons-y! Cela veut dire quoi? Incroyable! Tu lui manques de respect, tu devrais t'excuser auprès d'elle* ». Le mari n'ose rien dire et la femme se gêne et s'excuse pour son mari. « *Ne t'excuse surtout pas, c'est à lui de le faire* ». Cette scène se passe à la vue et au su de différents étudiants et femmes qui patientent dans le couloir. *Aunt* Amina reparlera de cette scène tout au long de la journée. Le mari reviendra dans le service pour s'excuser auprès d'elle.

Ce plaidoyer pour le respect d'une femme est une toile de fond de ce rapport de genre. La rigueur de la recherche historique médicale, la notion du *care* ou encore la perception du fœtus et la symbolique du ventre (qui ne pourront être abordées ici) font des sages-femmes rencontrées, des acteurs notables de l'*empowerment* des femmes gambiennes. L'*empowerment* des femmes est devenu un objectif pour les agences multilatérales et bilatérales du développement. Dans les pays du Sud, les aspirations personnelles des femmes évoluent et bousculent le rapport de pouvoir au sein du couple. Le travail permet aux femmes une prise de distance avec les tâches quotidiennes et permet parfois de rejeter les contraintes familiales. (Adjamagbo, 2012).

CONCLUSION

« *Éduquer les femmes enceintes, c'est éduquer toute la société entière* ». *Aunt* Dykha me dit cette phrase un soir de février après la mort en couche d'une villageoise de 18 ans, atteinte d'une mutilation génitale féminine. Les sages-femmes rencontrées à Banjul revendiquent une identité socioprofessionnelle forte. Ne pas parler, même brièvement, de la construction de rapport de pouvoir entre ces sages-femmes et ces femmes rencontrées ne serait rendre justice à ce terrain. Les sages-femmes sont détentrices d'un savoir, ont moins d'enfants, sont parfois mariées ou divorcées. Elles peuvent être pourvoyeuses de fonds dans leur propre ménage. Les parturientes, souvent villageoises, sont parfois plus jeunes et

L'ACCOUCHEMENT EST UN MOMENT ATTENDU ET REDOUTÉ DES FEMMES, DES FAMILLES ET DES SAGES-FEMMES. POUVOIR DIRE « MUTHIA NA » EST UNE LIBÉRATION

de grandes multipares. L'imbrication de ces différents statuts fondent leur rapport de pouvoir. *Aunt* Dykha, à l'instar de ses consœurs, rappellent le rôle prépondérant des femmes gambiennes dans l'éducation des enfants. Donner un message à une femme enceinte, c'est donner un message à la famille entière et ainsi à la société dans son ensemble.

Et pourtant, des paradoxes existent. Le silence autour des mutilations génitales féminines est saisissant. Lorsqu'une parturiente se présente aux urgences de la maternité d'Edward Francis, avant même l'auscultation du poulx fœtal, les sages-femmes examinent le périnée de la femme pour diagnostiquer le type de mutilation génitale. Ce paramètre reste le premier élément de leur examen clinique. Les sages-femmes s'impliquent dans les questions de la condition féminine mais n'abordent, à aucun moment durant ce terrain, ces pratiques auprès des femmes. Le silence autour de la contamination par le VIH est également frappant. Elles ne l'abordent pas au sein de l'équipe médicale mais pas non plus auprès des patientes. Cette maladie, qu'on ne nomme pas dans cet hôpital de référence, renvoie à une symbolique autour des fluides corporels.

Le service de salles de naissance s'inscrit dans une société ouest-africaine anglophone où les croyances religieuses sont fortes. Même si un système de croyances existe, les sages-femmes rencontrées respectent la biomédecine. Elles se sont adaptées dans cet hôpital où les moyens manquent. L'accouchement est un moment attendu et redouté des femmes, des familles et des sages-femmes. Pouvoir dire « *muthia na* »¹⁴ est une libération pour la femme qui a survécu et pour la sage-femme qui a fait preuve de compétences. •

BIBLIOGRAPHIE

- ADJAMAGBO A., CALVES AE., 2012, *L'émancipation féminine sous contrainte*, Autrepart, 2, pp. 3-21.
- ALMALIS A., 2012, *Les divinités de la mythologie grecque. La désymbolisation et l'interprétation: Manuel de vertu et tentative de philosophe de la Vie*, Paris, Edition Publibook.
- CANGUILHEM G., 2013, *Le normal et le pathologique*, 12^e édition, Paris, PUF.
- NYANZI S., MANNEH H., WALRAVEN G., 2007, *Traditional Birth Attendants in Rural Gambia: Beyond Health to Social cohesion*, African Journal of Reproductive Health, 11, pp. 43-56.

14. Traduit du wolof par : « *elle est sauvée de la mort* »

Conseils pratiques en santé environnementale pour protéger la femme enceinte et le nouveau-né

→ La protection des femmes enceintes et des nouveau-nés face aux polluants, de plus en plus nombreux et diversifiés, de notre environnement est un facteur déterminant de la prévention primaire. Il est possible de créer un cadre de vie plus favorable à notre santé par l'adoption d'habitudes de vie et de consommation plus saines et plus respectueuses de l'environnement.

Comment les 1 000 premiers jours de notre existence (de la conception à 2 ans) conditionnent notre capital santé futur ?

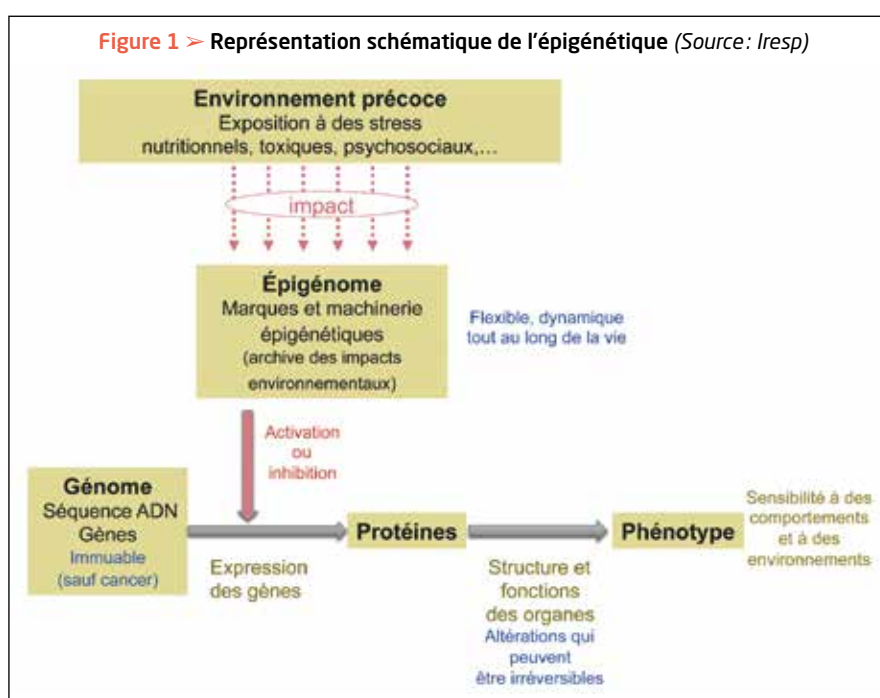
La période des 1 000 jours (depuis la conception et la grossesse jusqu'à la fin de la première enfance), adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ¹, identifie comme une période d'intérêt prioritaire pendant laquelle l'environnement de la femme enceinte, puis du bébé, joue un rôle très important dans la programmation du capital santé et dans le risque futur de maladie d'un individu pour la vie.

« Depuis les années 80, de nombreux chercheurs ont confirmé ce concept de la programmation au cours du développement du risque de maladie chronique à l'âge adulte. Les études épidémiologiques chez l'homme et les modèles expérimentaux chez l'animal ont apporté de nouvelles preuves selon lesquelles les facteurs environnementaux tels que ce que nous respirons, mangeons et buvons, notre activité physique, notre stress, nos relations psychoaffectives, notre niveau socio-économique, peuvent avoir un impact sur notre santé

1. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé l'initiative des 1 000 premiers jours afin de freiner l'augmentation des maladies chroniques au cours de la prochaine décennie.

2. <http://sf-dohad.fr>

3. « L'épigénétique est l'étude des changements d'activité des gènes qui sont transmis au fil des divisions cellulaires ou des générations sans faire appel à des mutations de l'ADN », Vincent Colot, spécialiste de l'épigénétique des végétaux à l'Institut de biologie de l'École normale supérieure (ENS-CNRS-Inserm, Paris).



et peuvent aussi se répercuter sur celle de nos futurs enfants, voire petits-enfants. La dénomination officielle de ce concept est « origines développementales de la santé et des maladies » (DOHAD) ².

Cette influence de notre environnement trouverait une grande partie de son explication dans le changement épigénétique ³ : des mécanismes ne modifiant pas notre patrimoine génétique (notre ADN) mais influençant l'expression de nos gènes. Cette expression jouant un rôle fondamental dans le développement de l'embryon.

Ce phénomène pourrait constituer des "marques épigénétiques" transmettant des changements de caractères stables, voire des maladies, éventuellement héréditaires sur plusieurs générations.

L'influence de notre environnement sur notre santé

Hippocrate (IV^e siècle avant J.-C.) disait déjà « On ne peut prétendre guérir un patient sans prendre en considération les influences de son environnement quotidien ». Nous vivons aujourd'hui dans un contexte environnemental en forte évolution et sommes exposés quotidiennement à trois familles de polluants :

- **Polluants biologiques** : moisissures, acariens, poils d'animaux domestiques, etc.
- **Polluants chimiques** : monoxyde de carbone, formaldéhyde, pesticides, métaux lourds, fumée de tabac, solvants, etc. (A titre d'exemple, plus de

Ce texte a été présenté aux 45^{es} Assises Nationales de Sages-Femmes de Strasbourg, mai 2017. Avec leur aimable autorisation.

100 000 molécules chimiques sont commercialisées en Europe).

- **Polluants physiques** : bruit, radon, fibres, amiante, champs électromagnétiques, etc.

COMMENT LES POLLUANTS PÉNÈTRENT-ILS DANS NOTRE CORPS ?

Trois voies d'exposition :

- **Voie respiratoire**
Notre air intérieur est 2 à 5 fois plus pollué que notre air extérieur ⁴.
- **Voie digestive**
Notre flore intestinale représente jusqu'à 80 % de notre immunité et notre intestin influence également nos émotions, nos capacités cognitives, nos comportements et notre état de bien-être.
- **Voie cutanée**

En moyenne, une femme utilise 16 produits cosmétiques et d'hygiène, une femme enceinte 18. Chaque produit contient entre 10 et 30 substances, dont certaines, parfois beaucoup, sont toxiques...

Protéger la femme enceinte et le nouveau-né : parfois plus facile à dire qu'à faire

90 % des femmes enceintes ont déjà entendu parler des polluants cachés dans l'air, l'eau ou encore leur assiette, selon une enquête de 2016 de l'association Santé Environnement France. **Mais seulement 1/4** « font en sorte de limiter au maximum leur exposition ». Manque d'information précise et concrète sur les actions à mener ?

Manque d'accompagnement et de soutien ? Peur du changement ? Crainte du regard des autres ? Manque de temps, de volonté ? Des polluants trop invisibles et non palpables ?

Les raisons ne manquent pas pour ne pas se poser trop de questions et se conforter dans nos habitudes de vie. « Changer » nous oblige à sortir de notre zone de confort et à devoir faire évoluer nos schémas mentaux, émotionnels et collectifs issus de notre éducation, culture et société.

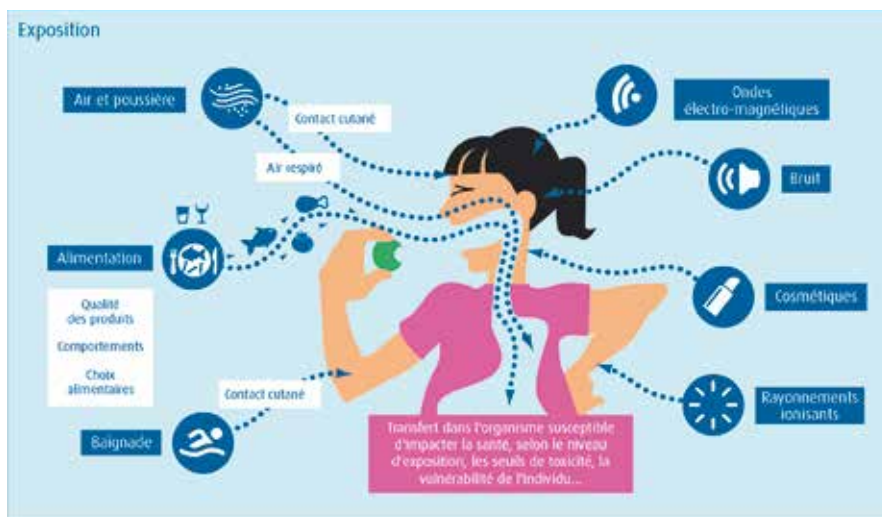
Nous sommes soumis en permanence à des injonctions paradoxales qui sont au cœur des freins au changement. Il existe des tensions permanentes entre... Ce que je sais... et ce que je fais... Ce que je devrais faire... Ce que j'ai envie de faire...

Figure 3 > Dessin illustrant la difficulté du changement dans tous les domaines
(Source : Illustration libre - Elleries)



Il est important de prendre en compte que nous vivons le changement tous à notre façon, à des vitesses et des degrés d'implication variables. Avancer progressivement vers le changement d'habitudes et savoir prioriser les actions du quotidien

Figure 2 > Extrait du schéma *Les différents enjeux liés à la santé*
(Source : DREAL Nord-Pas-de-Calais)



est essentiel à la mise en place de manière pérenne de nouvelles habitudes de vie plus favorables à la santé et à notre environnement.

La période de la maternité est une période clé pour le changement, une fenêtre d'écoute privilégiée et souvent un moment de questionnement, de « déclat », qui ouvre à de nouvelles possibilités.

Protéger la femme enceinte et le nouveau-né Conseils pratiques

La prévention primaire est un élément clé et déterminant dans la lutte contre l'augmentation des maladies chroniques et maladies émergentes. Les professionnels de santé ont leur rôle à jouer dans la transmission d'information et l'accompagnement aux changements. Cette thématique, qui peut paraître anxiogène, doit être abordée de manière positive, dynamique, ludique et déculpabilisante. Il est essentiel :

- D'apporter des solutions et non de s'attarder sur les problèmes ;
- De questionner et faire émerger collectivement des idées, des actions et non de chercher à convaincre ou forcer ;
- D'encourager **même la plus petite action** ;
- De sortir de l'idée que faire attention est plus coûteux, l'idée étant bien évidemment de consommer mieux mais moins (par exemple moins de viande mais de la viande de meilleure qualité, moins de produits ménagers mais des produits plus multi-usages, etc.).

Plusieurs outils existent afin d'aider et accompagner les professionnels qui en ressentiraient le besoin afin d'être plus à même d'aborder la thématique Santé environnementale avec leur public : formations, animations, documentation, etc.⁵

Chacun à notre échelle, nous pouvons agir en modifiant certains comportements, certaines habitudes quotidiennes et en

4. Selon l'Agence de Protection de l'Environnement (EPA) américaine.

5. À titre d'exemple, les animateurs et formateurs de différents réseaux tels que l'ONG WECF (Women in Europe For a Common Future) avec le projet Nesting et l'IFSEN (Institut de Formation en Santé Environnementale) accompagnent de nombreux professionnels et particuliers dans cette démarche de prévention Santé.

prenant en compte que le plus petit geste effectué par des milliards d'individus peut avoir des répercussions importantes sur notre société, sur notre santé et sur l'équilibre de notre planète. Chaque citoyen, qu'il soit déjà averti ou non, doit être en capacité de faire des choix éclairés et en toute connaissance de cause.

Dans cette liste d'actions, non exhaustives, vous trouverez des pistes pour réduire notre exposition et celle des populations les plus vulnérables aux polluants de nos environnements intérieurs dans lesquels nous passons plus de 80 % de notre temps.

■ ALIMENTATION

- ✓ Privilégier en "Bio" les produits les plus consommés, les fruits et légumes les plus traités ainsi que les produits "complets" qui gardent l'enveloppe des céréales (donc gardent une plus grande quantité de pesticides).

LIMITER

- Les produits industrialisés contenant des additifs alimentaires, plus de sel, et de sucre ainsi que des éventuelles contaminations chimiques via le processus de fabrication et les emballages;
- Les viandes grasses (stockage des toxines dans les graisses) et les poissons gras et prédateurs;
- Les boîtes de conserve car le revêtement intérieur peut contenir des perturbateurs endocriniens (même si le Bisphénol A est interdit en France depuis 2015 dans les contenants alimentaires, nous manquons de recul sur la substance qui le remplace);
- L'utilisation des plastiques et de l'aluminium dans votre quotidien, surtout pour tout objet qui va être mis à la bouche ou chauffé.
- ✓ Remplacer vos poêles, casseroles et ustensiles de cuisine en aluminium, plastique et revêtement abîmé et antiadhésif par du verre, de l'inox, de la porcelaine, de la fonte, de l'acier, de la faïence ou du bois. Idem pour votre vaisselle et pour conserver vos aliments.

■ COSMÉTIQUES

- ✓ Privilégier les produits labélisés pour ceux utilisés quotidiennement, sans rinçage et sur une surface corporelle importante.
- ✓ Privilégier les produits secs (savon, shampoing, par exemple) qui contiennent moins de conservateurs et d'agent moussant, les huiles végétales peuvent être utilisées pour nourrir et hydrater la peau, se démaquiller facilement ou encore en prévention des vergetures.
- **Limiter** dans vos produits les ingrédients connus aujourd'hui comme les plus pro-

blématiques (faites-le d'abord à la maison et non en courses, afin de perdre moins de temps): parfums et arômes artificiels, parabènes, phénoxyéthanolcomposés izothiazolinone, triclosan, phénoxyéthanol, EDTA, les Laureth Sulfate, huiles minérales (paraffin, petralatum, mineral oil, vaseline), nanoparticules (indiquées "nano" dans la liste des ingrédients), l'aluminium, filtres solaires chimiques.

De manière générale, plus la liste est courte, mieux c'est! Pour les cosmétiques, les cinq premiers ingrédients constituent environ 80 % de votre produit.

- ✗ **Éviter** les colorations chimiques durant la grossesse et l'allaitement. Tester les colorations naturelles.
- ✗ **Éviter** tous les produits en spray qui mettent des "micro-gouttelettes" dans l'air et sur les surfaces qui peuvent être ensuite inhalées ou ingérées plus facilement.

POUR LES NOUVEAU-NÉS, UTILISER:

- ✓ **Pour le change:** de l'eau et du savon ou un liniment avec une liste d'ingrédients la plus courte, voire faits maison et privilégier les couches jetables écologiques, voire les couches lavables
- ✓ **Pour l'hygiène:** un savon surgras ou à saponification à froid, une crème uniquement si nécessaire (ne pas utiliser de crème non destinée à cet usage ou devant être utilisée en traitement médical d'appoint). Il est possible de mettre dans l'eau du bain une huile végétale (non-allergène) ou du liniment.
- ✓ **Pour les vêtements près du corps** des textiles labélisés Global Organic, Oeko-tex, Confiance Textile, EKO ou Ecocert qui limitent la présence de substances toxiques et sont accessibles maintenant en grandes surfaces. De plus, les achats neufs doivent être aérés 3 mois pour le mobilier et lavés 2 fois pour les textiles.
- ✗ **Et éviter** les textiles et linges "anti" non éco-labélisés (anti-acariens, anti-taches, anti-froissage...).

■ PRODUITS MÉNAGERS

- ✓ Privilégier les produits labélisés et les produits naturels: par exemple le citron et le vinaigre blanc pour désinfecter, détartrer et enlever les mauvaises odeurs, le savon noir pour dégraisser, le bicarbonate et le blanc de Meudon pour nettoyer, des lingettes microfibrés réutilisables pour dépoussiérer et nettoyer sans produits, etc.
- ✓ Privilégier les produits multi-usages afin de réduire la quantité achetée.
- ✓ Tester des recettes basiques, simples et efficaces de produits faits maison (stick à lèvres, crème pour le corps, déodorant, produits nettoyant-désinfectant multi-usages,

produit lave-vaisselle en poudre, etc.).

- ✓ Aérer quotidiennement votre logement (5 minutes en courant d'air).
- ✗ **Éviter** les produits avec des pictogrammes de danger, avec des allergènes tels que la famille des "izothiazolinone", parfums et colorants synthétiques.

TRAVAUX ET RÉNOVATIONS

- ✓ Privilégier des peintures et matériaux de rénovation labélisée A+ en émission.
- ✓ Privilégier les produits français fabriqués le plus souvent dans le respect de réglementations plus strictes.
- ✓ Préparer la chambre 3 mois avant et bien aérer.
- ✗ Éviter le mobilier en contreplaqué, préférer le bois brut, les produits labélisés et la seconde main.
- ✗ Éviter les sols en PVC, privilégiez-les en bois d'Europe, en véritable linoléum, en liège ou en bambou naturel.

CHAMPS ÉLECTROMAGNÉTIQUES

- ✗ Attention aux champs électromagnétiques via:
 - les téléphones portables/tablettes/PC portables et les DECT (téléphone sans fil): à tenir éloigner du ventre de la femme enceinte et des nouveau-nés;
 - les Box wifi: à arrêter la nuit;
 - les micro-ondes et les plaques à induction: ne pas rester trop longtemps devant lorsqu'ils sont en fonctionnement;
 - les babyphones à privilégier en analogique, et déclenchement automatique à la voix et à placer à plus de 1,5 m du lit (proscrire les applications "baby-phone" sur smartphone).

Beaucoup de solutions sont issues du "BON SENS". La règle à suivre peut-être la suivante: consommer moins mais mieux!

Nous sommes tous la source des solutions d'aujourd'hui et de demain pour remettre l'humain et la nature au cœur des préoccupations de la société actuelle. Nos choix et nos messages d'aujourd'hui détermineront l'avenir de nos enfants. •

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ■ *200 alertes santé Environnement*, Dr Pierre SOUVET - GuyTréniel Éditeur
- ■ *Le guide naturel de la grossesse - De la conception à l'allaitement*, Véronique Vivet-Mouratian - Édition Quintessence
- ■ *Le guide anti-toxique de la grossesse*, Dr Laurent Chevallier - Marabout Édition.

Nébilia®

L'équilibre nutritionnel de Bébé au quotidien

Moi, je veux un lait
sans huile de palme



Convient aussi en relais ou complément de l'allaitement maternel.

Sans huile de palme

Enrichi en bifidus

Enrichi en oméga 3 / 6

Commandez tous nos produits
en quelques clics sur

www.nebilia.fr



DOSSIER

Les sages-femmes et le frottis cervico-utérin

Depuis l'ouverture de la compétence des sages-femmes à la gynécologie médicale de prévention, les demandes de femmes pour ce suivi augmentent. Le frottis est un acte important du dépistage.

La Société Française de Colposcopie et de Pathologies Cervico-Vaginales (SFCPCV) en fait une journée avec l'École de Sages-Femmes d'Amiens et l'Université Picardie Jules Verne.

Nous nous associons à eux à notre tour par ce dossier, reflet de leur journée.

SOMMAIRE DU DOSSIER

17

INTRODUCTION

18

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU
COL UTÉRIN EN FRANCE

20

INDICATIONS DE LA
COLOSCOPIE DEVANT UN
FROTTIS CYTOLOGIQUE DE TYPE
ASCUS ET DEVANT UN FROTTIS
ÉVOCATEUR D'UNE LÉSION DE
BAS GRADE

24

LA PRISE EN CHARGE DES
FROTTIS DE HAUT GRADE
ET DES FROTTIS ASC-H

24

CONDUITE À TENIR DEVANT
UN FROTTIS AGC

27

FROTTIS ET GROSSESSE

28

LES OUTILS ACTUELS
EN PATHOLOGIE CERVICALE

Les textes de ce dossier sont issus de la Journée du 3 octobre 2017 organisée par la Société Française de Coloscopie et de Pathologie Cervico-Vaginale (SFPCPV) en partenariat avec avec l'École de Sages-Femmes d'Amiens et l'Université Picardie Jules Verne (UPJV). Avec leur aimable autorisation.

Introduction

→ La sage-femme est aujourd'hui partie prenante dans la prévention des cancers gynécologiques mais la formation aux nouvelles techniques et recommandations est toujours nécessaire.

Fin 2016, l'institut National Du Cancer (INCA) a émis des nouvelles recommandations concernant le dépistage cytologique. La Société Française de Coloscopie et de Pathologie Cervico-Vaginale (SFPCPV) a souhaité se joindre à l'école de sages-femmes de l'Université Jules Verne d'Amiens pour proposer une journée nationale de formation dédiée à la pathologie HPV (Human Papilloma Virus) induite ouverte à toutes les sages-femmes de France.

La connaissance de l'histoire de l'HPV est essentielle pour accompagner les patientes confrontées aux situations de pathologie HPV induite. La différence entre une infection simple, une infection productive et une infection transformante est essentielle à comprendre pour dédramatiser nombre de situations.

L'organisation du dépistage en France est évoquée pour 2018; le frottis sera donc réalisé entre 25 et 65 ans tous les 3 ans. La conduite à tenir en fonction des résultats est l'objet principal de la formation. Le frottis normal sera refait 3 ans plus tard; en cas de frottis pathologique il faudra connaître les recommandations afin d'orienter la meilleure prise en charge. C'est bien l'objectif de cette formation. La recherche d'un correspondant vers qui orienter la patiente sera facilitée en utilisant le site de la SFPCPV et en sélectionnant « Vous recherchez un colposcopiste ». En effet, les médecins ayant adhéré à la charte de qualité en colposcopie (versant diagnostic et versant traitement) sont répertoriés sur une carte géographique de France. Utiliser cette référence est un gage de qualité en pathologie cervico-vaginale (praticien suivant une formation continue annuelle sur le sujet).

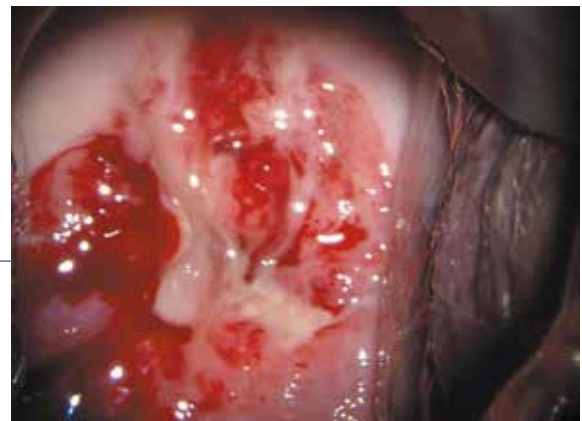
La mise en place de cette première journée sous forme d'un DPC (développement professionnel continu) n'a pas été aisée mais l'ensemble de l'équipe organisatrice aura sans doute à cœur d'offrir de nouvelles formations sur la pathologie viro induite régulièrement.

Les Dossiers de l'Obstétrique nous donnent l'occasion de présenter ici les recommandations concernant le frottis cervico-utérin. Nous vous souhaitons une bonne lecture et espérons avoir le plaisir de vous rencontrer lors d'une prochaine réunion sur ce sujet. •

• Site de la SFPCPV
<http://www.societe-colposcopie.com>



• 42 ans
• Pas de suivi
• Frottis haut grade
• Cancer invasif de 4 cm



• 34 ans
• Aucun suivi
• Frottis contrôlé lors de la consultation post-IVG (haut grade)
• Cancer invasif



• 34 ans
• Aucun suivi
• Patiente de 28 ans
• Grossesse de 4 mois
• Aspect de déciduose banale de la grossesse



Le dépistage du cancer du col utérin en France

→ Le cancer du col utérin se prête bien au dépistage. Son histoire naturelle est marquée par l'existence de lésions précancéreuses pendant une longue durée. Le principal objectif du dépistage est de pouvoir diagnostiquer précocement ces lésions précancéreuses (CIN2, CIN3 et ACIS) dont le traitement évite l'évolution vers le cancer.

Les recommandations françaises confirmées en 2010 par la Haute Autorité de Santé (HAS) préconisent un dépistage par frottis cervical chez toutes les femmes ayant eu des rapports sexuels, à partir de 25 ans et jusqu'à 65 ans. Deux frottis sont réalisés à un an d'intervalle puis ils sont répétés tous les trois ans s'ils sont normaux [1]. Le frottis cervical reste la méthode de référence pour le dépistage du cancer du col utérin [1] parce qu'il obéit à un certain nombre d'impératifs : innocuité totale, réalisation simple et reproductible, faible coût et fiabilité. Sa spécificité, dans l'ensemble supérieure à 95 %, constitue son point fort pour un dépistage. Elle permet d'éviter les explorations diagnostiques dispendieuses et anxiogènes voire les sur-traitements en cas de test faussement positif. À l'inverse, la répétition des frottis au cours des vagues successives de dépistage permet de réduire les conséquences des frottis faux négatifs et explique l'efficacité du dépistage cytologique malgré sa sensibilité imparfaite.

→ Données épidémiologiques françaises

La diminution régulière de l'incidence et la mortalité du cancer du col en France ralentit depuis quelques années en France. Actuellement on estime le nombre de nouveaux cas de cancers invasifs du col à 3000 et celui des décès à 1000. Il s'agit de la deuxième cause de mortalité par cancer chez les femmes âgées de moins de 45 ans [2,3].

Différentes études rétrospectives des antécédents de dépistage cytologique de patientes traitées pour un cancer du col de l'utérus indiquent qu'entre 60 - 70 % d'entre elles n'avaient jamais eu de frottis ou que très occasionnellement avec un dernier FCU remontant à plus de trois ans avant la découverte du cancer. L'absence ou

LL

Cette absence de dépistage constitue le facteur de risque majeur de cancer du col de l'utérus en France.

77

l'insuffisance de dépistage est le plus souvent observée chez les femmes âgées de plus de 50 ans, issues de milieux socio-économiques défavorisés [4] ou peu diplômées [5]. Malgré sa large diffusion en France (plus de 6 millions de frottis par an), une proportion non négligeable de femmes ne se soumet qu'occasionnellement voire jamais à ce dépistage. Cette absence de dépistage constitue le facteur de risque majeur de cancer du col de l'utérus en France. Le taux de couverture global par FCU, estimé au moyen des données d'un échantillon de bénéficiaires de l'Assurance Maladie, est de 58,7 % pour la période 2003-2006, chutant en dessous de 50 % après 55 ans [1,4,6].

→ Situation générale du dépistage en France

En France, deux modalités de dépistage cohabitent : le dépistage individuel et le dépistage organisé qui est actuellement financé dans 13 départements dans le cadre de projets pilote. Le dépistage individuel (ou opportuniste) se fait à l'initiative de la femme ou du médecin lors d'un recours aux soins (hospitalisation, consultation médicale, centre de santé ou de dépistage, médecine du travail...). Le dépistage organisé est proposé systématiquement à l'ensemble de la population cible dans la communauté. La participation est volontaire, mais le dépistage s'inscrit dans une politique de dépistage précise, avec des tranches d'âges, des fréquences et des procédures.

Des comparaisons de taux de couverture du dépistage sur la période 2004-2008 pour les femmes âgées entre 25 à 65 ans ont été faites entre les départements français qui disposent d'un dépistage organisé et les autres départements à partir de l'Échantillon Généraliste des Bénéficiaires. Quelles que soient la situation socio-économique et l'offre de soins, un impact positif du

Déclaration publique de liens d'intérêt dans ce domaine : néant.

dépistage organisé avec une augmentation significative du taux de couverture à 3 ans pour les femmes âgées de 50 à 65 ans et à 5 ans pour les femmes âgées de 25 à 65 ans a été constaté^[1]. Constatant que le dépistage organisé a fait la preuve de sa supériorité par rapport au dépistage individuel (ou spontané) en termes d'efficacité, d'efficience, ainsi que d'équité et d'égalité d'accès à la prévention, la HAS a recommandé le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en 2010^[1]. De même, en juillet 2013, le troisième plan cancer, élaboré sous la direction du Professeur Vernant, a préconisé la généralisation à toute la France du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Il s'agit d'une mesure dont le Président de la République a annoncé la mise en œuvre en février 2014. Rappelons que cette mesure avait déjà été formulée dans les précédents Plans Cancer. Les résultats de la campagne de dépistage organisé Eve menée en Alsace depuis plus de vingt ans ont largement contribué à cette recommandation.

→ Bilan de la campagne régionale pilote en France

Cette campagne de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est opérationnelle depuis 1994 dans le Bas-Rhin et a été étendue au Haut-Rhin en 2001. Son objectif est d'optimiser le dépistage par une meilleure participation de la population et par une démarche d'assurance qualité à toutes les étapes.

Méthodes

La population cible comprend les femmes de 25 à 65 ans résidant dans la région soit environ 516 000 femmes (estimation Insee). Le dépistage est réalisé selon les modalités habituelles: la patiente se rend chez le médecin de son choix pour le prélèvement du frottis. Le prélèvement est confié à l'Anatomo-Cyto-Pathologiste (ACP) qui l'interprète et transmet le résultat au médecin. Le frottis est remboursé à la patiente comme les autres examens médicaux.

Une fois par mois, l'ACP transmet à l'association EVE, via un support informatique, les résultats de tous les frottis réalisés dans la population cible ainsi que les examens histologiques réalisés dans les suites. Ce recueil de données a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL et permet de suivre les femmes même lorsqu'elles changent de médecin.

Pour tous les frottis positifs, un questionnaire est adressé au prescripteur afin de s'assurer de la prise en charge et de faire la confrontation cyto-histologique. En l'absence de nouvel examen au bout de 12 à 18 mois, une relance est effectuée. Les patientes perdues de vue par les cliniciens reçoivent un courrier de relance.

Pour augmenter la participation, les femmes qui n'ont pas bénéficié d'un frottis dans les trois ans sont incitées à se faire dépister. Une relance est effectuée après un an si l'invitation n'a pas conduit au dépistage. Afin de

favoriser l'accès au dépistage des femmes en situation de précarité, un dispositif d'invitation particulier est réalisé pour les assurées bénéficiant de la CMUc ou de l'aide médicale gratuite. Des campagnes de communication sont également menées et l'association Eve s'efforce d'impliquer les médecins traitants et les sages-femmes.

Résultats

La participation des femmes a augmenté pour atteindre des taux comparables à ceux observés dans les pays du nord de l'Europe, leaders en matière de dépistage du cancer du col. Ainsi 71,2 % des femmes ont bénéficié d'au moins un frottis dans les trois ans, elles sont 82 % à cinq ans. Cette participation est significativement supérieure à celle observée dans les départements où le dépistage n'est pas organisé.

Coût-efficacité

Le coût de fonctionnement annuel de la campagne de dépistage EVE est de 1,20 € par femme dépistée. Les travaux de modélisation menés par l'INVS et tenant compte de la situation épidémiologique française ont montré que l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus selon le modèle réduirait le nombre de cancers diagnostiqués et de décès liés à ces cancers de respectivement 16,1 % et 19,5 % avec un coût de 22 700 € par année de vie sauvée^[7].

L'incidence départementale du cancer du col est significativement plus faible dans les deux départements de l'Alsace que dans les autres départements français selon les dernières analyses menées par le réseau des registres des cancers en France concernant la période 2008-2010^[8].

L'efficacité du dépistage organisé repose à la fois sur l'augmentation de la participation des femmes, en particulier des femmes les plus âgées, et sur l'amélioration de la qualité des prélèvements, de l'interprétation des frottis et du suivi des femmes en cas de résultats anormaux. Cette efficacité a abouti en mai 2016 à une instruction ministérielle pour la désignation des structures régionales de préfiguration de la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de sur la base d'un cahier des charges établi par l'INCa. L'objectif est la généralisation effective du dépistage organisé dès 2019. Les principales préconisations sont:

- La généralisation des courriers d'invitation/relance en direction des femmes non participantes au dépistage,
- Le suivi de l'ensemble des femmes dont le test de dépistage est positif (qu'elles aient participé spontanément ou qu'elles aient été invitées par courrier à participer au dépistage),
- La diversification de l'offre de prélèvement s'appuyant sur les médecins généralistes, les sages-femmes et d'autres professionnels de santé par des actions de formations et d'assurance qualité des prélèvements ainsi que des actions d'information en direction des professionnels et des femmes.

En France cette généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus doit être menée parallèlement à une réorganisation structurelle et administrative de la totalité des dépistages organisés sur la base régionale "nouvelle région".

→ Conclusion

En Alsace, la campagne de dépistage organisé doit son succès à la participation de la très grande majorité des professionnels de santé et au soutien constant des institutions publiques à la fois partenaires et financeurs. Cette campagne se caractérise à la fois par plus d'efficacité pour la population, plus de sécurité pour les professionnels de santé et un moindre coût pour la société.

L'extension de l'organisation du dépistage du cancer du col à l'ensemble du territoire français dès 2019 constitue un vrai challenge et une formidable opportunité pour réduire le nombre de décès liés au cancer du col de l'utérus. •

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. *Recommandations en santé Publique: État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France*. Paris: HAS, 2010, pp. 1-256.
2. Guizard A-V, Trétarre B. *Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005*. In: http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers. Saint Maurice; 2008.
3. *Épidémiologie du cancer du col de l'utérus en France métropolitaine*. Données essentielles mises à jour le 17/09/2012. In: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/12-epidemiologie-cancer-col-uterus-france-metropolitaine-essentiel.html>.
4. Dupont N, Serra D, Goulard H, Bloch J. *[Which factors influence screening practices for female cancer in France?]*. Rev Epidemiol Santé Publique 2008; 56: 303-13.
5. Franceschi S, Plummer M, Clifford G, de Sanjose S, Bosch X, Herrero R, Munoz N, Vaccarella S. *Differences in the risk of cervical cancer and human papillomavirus infection by education level*. Br J Cancer 2009; 101: 865-70.
6. Dupont N, Haguenoer K, Ancelle-Park R, Bloch J. *Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - Évaluation épidémiologique des quatre départements "pilotes"*. In: http://www.invs.sante.fr/publications/2007/cancer_col_uterus%20evaluation/col_uterus.pdf. Saint-Maurice; 2007.
7. Levy-Bruhl D, Kudjawi Y, Dervaux B, Lehne X. *Modélisation médico-économique de l'impact de l'organisation du dépistage du cancer du col utérin et de l'introduction de la vaccination contre les HPV dans le calendrier vaccinal (synthèse)*. Rapport INVS Mars 2007.
8. Woronoff AS, Trétarre B, Champenois V, Dupont N, Bara S, Lapôtre-Ledoux B. *Surveillance des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les registres des cancers du réseau Francim*. Bull Épidémiol Hebd. 2014; pp. 13-15.

Indications de la colposcopie devant un frottis cytologique de type ASCUS et devant un frottis évocateur d'une lésion de bas grade

→ Le dépistage du cancer du col et sa prévention restent pour l'instant centrés en France sur le dépistage cytologique. À l'issue de ces frottis, le résultat du test, qu'il soit réalisé en milieu liquidien (dit en couche mince) ou par étalement sur lame (dit conventionnel), doit être rendu en utilisant la classification du système de Bethesda.

Les deux catégories d'anomalies les plus fréquemment retrouvées sont les **anomalies de type ASCUS (près de 2 à 4 % des frottis) et les anomalies cytologiques de bas grade (1 à 2 % des frottis)**. Anomalies cytologiques qui correspondent à la présence d'atypies cellulaires modérées affectant essentiellement les couches superficielles de l'épithélium, correspondant dans l'immense majorité des cas à la présence sur le col des patientes de lésions histologiques bénignes ou de bas grade (dites productives d'HPV).

Mais pour 5 à 10 % des frottis ASCUS et pour 10 à 25 % des frottis bas grade, le col est en fait porteur de lésions histologiques de haut grade sous-évaluées par la cytologie initiale de dépistage.

Ces lésions méritent d'être retrouvées, d'où la nécessité (de triage) ou de sélection de ces patientes par des explorations complémentaires visant à mieux sélectionner les patientes à risque d'avoir une lésion de haut grade dite transformante.

En 2002, des recommandations sur la conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie anormale avaient été élaborées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

Depuis, l'évolution des pratiques a été marquée notamment par la mise en place de la vaccination anti-HPV (Human Papillomavirus), dont le Plan cancer 2014-2019 souhaite porter l'amélioration du taux de couverture mais pour l'instant

– malheureusement – en France assez peu diffusée pour être réellement efficace en termes de population.

De nouveaux systèmes de détection des HPV ont été également développés et sont dorénavant disponibles (tests de détection, de génotypage et tests d'hybridation en milieu liquide), et le double immunomarquage p16INK4A/Ki67 a été testé dans quelques études.

Ces tests pourraient permettre de trier, parmi les femmes présentant une cytologie anormale, celles présentant un risque de lésion cancéreuse et qui nécessitent des examens plus poussés de celles ne nécessitant qu'un suivi.

Par ailleurs, les données publiées depuis 2002 permettent également d'avoir un meilleur recul sur les différentes stratégies de surveillance, une meilleure connaissance de l'efficacité des différentes approches diagnostiques ou thérapeutiques disponibles et une meilleure évaluation de la morbidité, notamment obstétricale, des différents traitements.

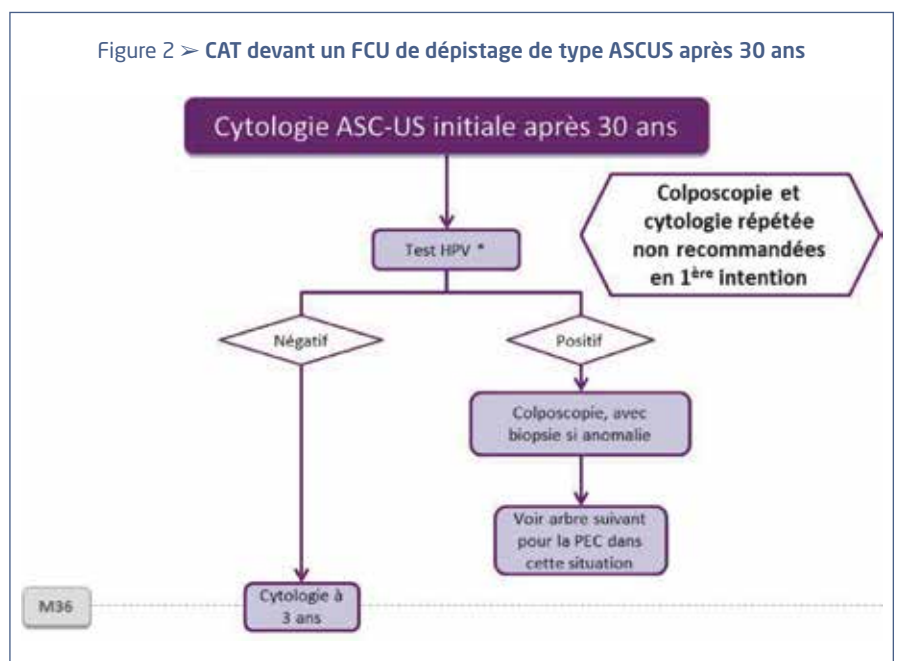
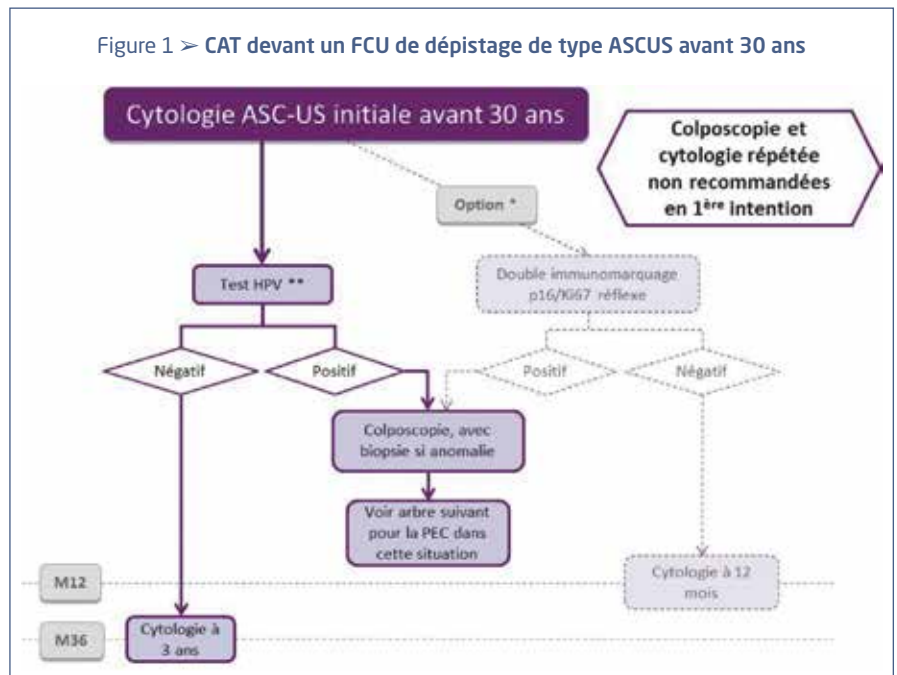
Le texte de cette présentation est donc le reflet du travail de synthèse des experts réunis par l'INCa au cours de l'année 2015-2016 et publiées en janvier 2017 visant à rédiger des recommandations afin d'aider les cliniciens à améliorer leur prise en charge des frottis cytologiques anormaux.

→ Conduite à tenir devant un frottis de type ASCUS

En cas de cytologie ASC-US, contrairement aux recommandations de 2002, la coloscopie et la cytologie répétées ne sont pas recommandées en première intention car la spécificité de la coloscopie est plus faible responsable de biopsies parfois inutiles et la sensibilité de la cytologie également, d'où le risque en cas de cytologie de contrôle négative, de laisser échapper une patiente à plus haut risque.

■ En revanche, une recherche d'HPV à haut risque (HPV hr) est recommandée:

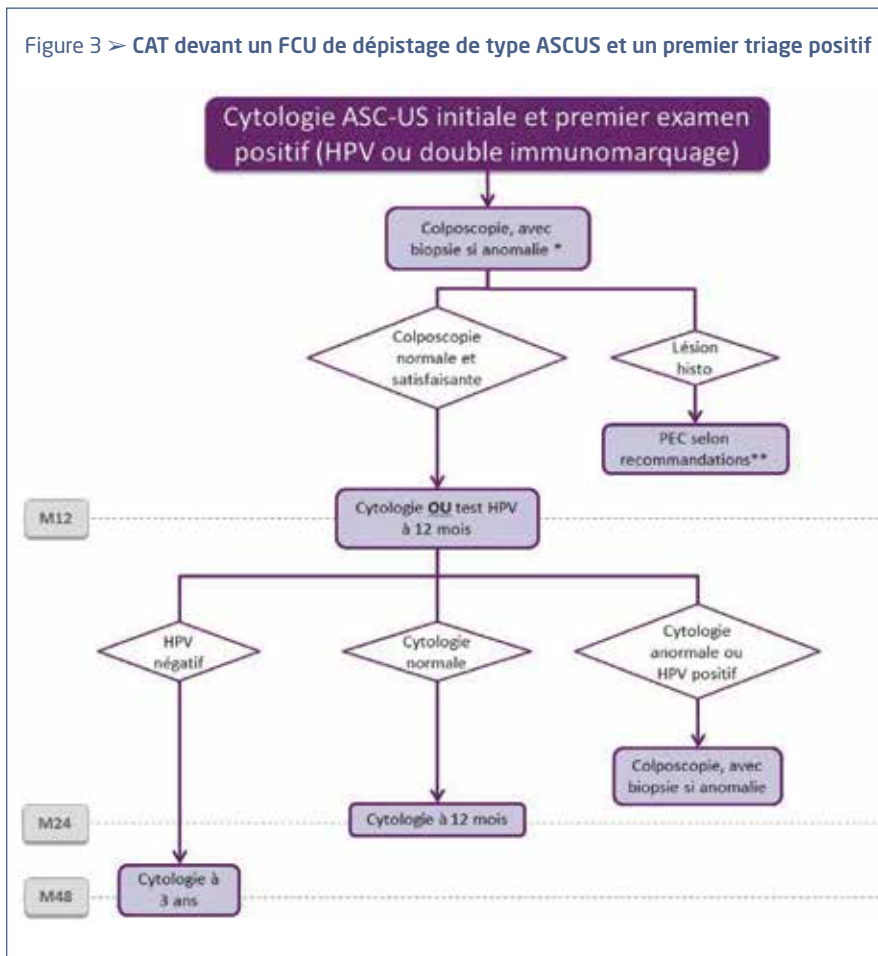
- Soit, par un test HPV réflexe (à partir du frottis initial) si le frottis initial a été réalisé en milieu liquide,



- Soit, à l'aide d'un second prélèvement en milieu dédié, si le frottis initial était sur lame. Dans ce cas, la répétition de l'examen cytologique n'est pas nécessaire. Il est possible d'éviter une 2^e consultation en prescrivant le test HPV à réaliser dans un laboratoire de biologie médicale.
- Une seconde option est proposée pour les femmes de moins de 30 ans (figure 2) si le frottis initial a été

réalisé en milieu liquide. Un double immuno-marquage p16INK4A/Ki67 réflexe peut être proposé à la place du test HPV (figure 1) car dans cette situation (femmes de moins de 30 ans) la prévalence des HPV hr est assez élevée avec le risque de reconvoquer un grand nombre de patientes avec une spécificité du test médiocre. Le double marquage présente l'avantage d'avoir une sensibilité équivalente mais une spécificité bien meilleure.

Figure 3 > CAT devant un FCU de dépistage de type ASCUS et un premier triage positif



À l'issue de ces premiers examens de triage, la conduite à tenir recommandée est la suivante (figure 3, page suivante) :

- **Si le résultat du test HPV est négatif**, une cytologie est recommandée à 3 ans car la valeur prédictive négative du test est élevée et semble "protéger" les patientes d'un risque de présenter une lésion de haut grade pendant 3 à 5 ans;
- **Si le résultat du double immunomarquage est négatif**, une cytologie est recommandée à 12 mois;

■ **Si le résultat du test HPV ou du double immuno-marquage est positif**, une colposcopie est dès lors recommandée avec prélèvement biopsique si une anomalie colposcopique est identifiée. Les problèmes seront donc posés dans cette situation devant l'interprétation de la colposcopie, d'où la nécessité de normes de qualité de l'examen colposcopique telles que définies par la "charte de qualité" (mises en place et validées par les quatre sociétés savantes de gynécologie, par le CNPGO et plus récemment par l'INCa).

- Si la colposcopie est satisfaisante (ZT1 jonction squamo-cylindrique vue à l'orifice externe ou ZT2 jonction vue dans l'endocol) et normale, un contrôle par un test HPV **ou** une cytologie est recommandé(e) après 12 mois.

- Si ce test HPV est négatif, une cytologie est recommandée à 3 ans;

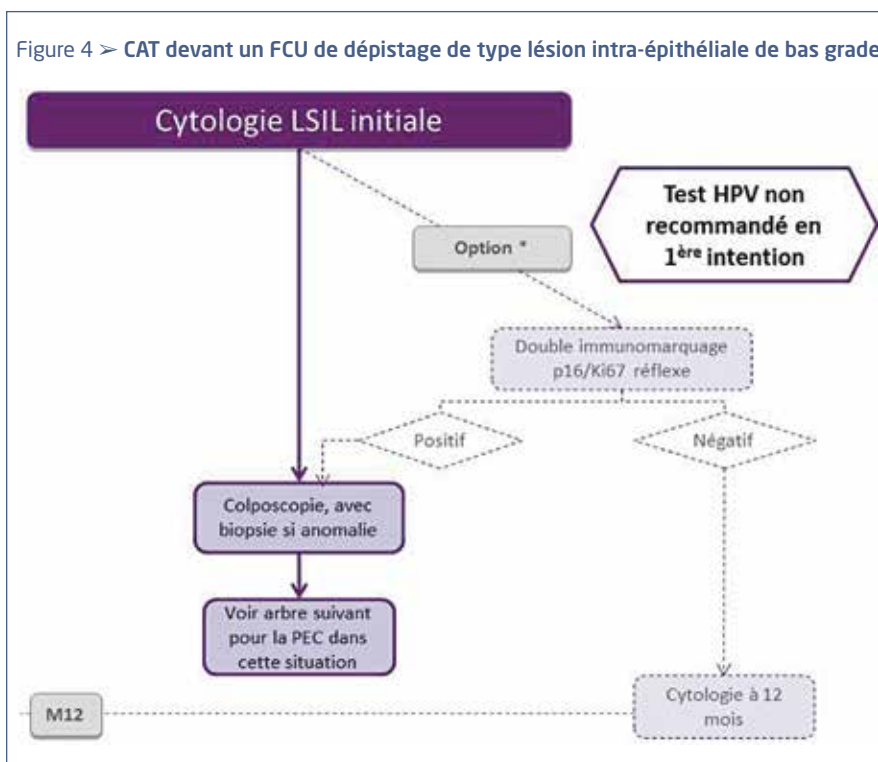
- Si cette cytologie de contrôle est normale, une nouvelle cytologie est recommandée à 12 mois;

- Si ce test HPV est positif ou si cette cytologie est anormale, une nouvelle colposcopie est recommandée avec prélèvement biopsique si une anomalie est identifiée.

- Si une lésion histologique est identifiée sur la biopsie, la patiente sera prise en charge selon les recommandations en vigueur pour le type de lésion histologique diagnostiquée.

• Si la colposcopie est non satisfaisante (ZT3 jonction non vue), un contrôle colposcopique après préparation et/ou un curetage de l'endocol (en dehors de la grossesse) doivent être proposés. Une conisation diagnostique de première intention n'est pas recommandée.

Figure 4 > CAT devant un FCU de dépistage de type lésion intra-épithéliale de bas grade



→ Conduite à tenir devant un frottis de type Bas Grade (LSIL)

En cas de cytologie LSIL, le test HPV n'est pas recommandé en première intention (car la prévalence des HPVhr dans cette situation est très élevée et donc l'effet de triage inefficent).

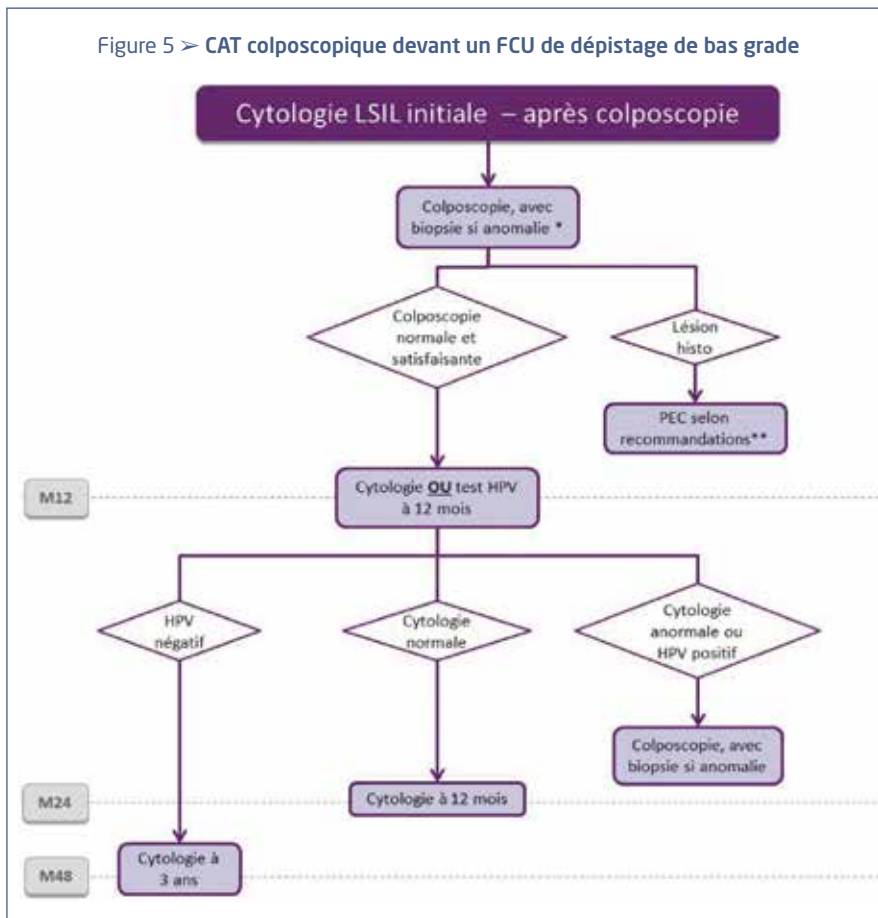
Il est recommandé de réaliser une colposcopie en première intention (figure 4).

- Si le frottis initial a été réalisé en milieu liquide, un double immuno-marquage p16INK4A/Ki67 réflexe peut être proposé en triage. La sensibilité du double marquage dans cette situation varie entre 85,7 % à 94,2 %, tandis que celle du test HPV est supérieure, entre 98 % et 96,4 % mais la spécificité du double marquage est bien supérieure, 53 à 68 % tandis que celle du Test HPV est de 15 à 19 %.
- En cas d'impossibilité de réaliser une colposcopie ou un double immuno-marquage, une cytologie peut être proposée à 12 mois, avec un nouveau contrôle à 24 mois si celle-ci est négative. Dès la 2^e anomalie à la cytologie, la colposcopie devient indispensable.

L'exploration des patientes porteuses de frottis LSIL est donc centrée essentiellement sur l'examen colposcopique, les problèmes seront donc posés devant l'interprétation de la colposcopie d'où la nécessité de normes de qualité de l'examen colposcopique telles que définies par la "charte de qualité" (mises en place et validées par les quatre sociétés savantes de gynécologie, par le CNPGO et plus récemment par l'INCa).

Une colposcopie normale ou non satisfaisante. Compte tenu du peu de données disponibles dans la littérature, les recommandations qui suivent s'appuient essentiellement sur l'avis des experts (figure 5).

- **Après une cytologie LSIL suivie d'une colposcopie satisfaisante** (ZT1 jonction squamo-cylindrique vue à l'orifice externe ou ZT2 jonction vue dans l'endocol) et normale, un test HPV ou une cytologie est recommandé(e) à 12 mois :



- Si le test HPV est négatif, une cytologie est recommandée à 3 ans ;
- Si la cytologie est normale, une nouvelle cytologie est recommandée à 12 mois ;
- Si le test HPV est positif ou si la cytologie est anormale, une nouvelle colposcopie est recommandée avec prélèvement biopsique si une anomalie est identifiée.
- Si le résultat est positif, une colposcopie est recommandée. La conduite à tenir sera alors similaire à celle préconisée en cas de colposcopie d'emblée. •

- **Après une cytologie LSIL suivie d'une colposcopie non satisfaisante** (ZT3 jonction non vue), un contrôle colposcopique après préparation et/ou un curetage de l'endocol (en dehors de la grossesse) peuvent être proposés. Une conisation diagnostique de première intention n'est pas recommandée.

- **Si un double immuno-marquage a été réalisé :**
 - Si le résultat est négatif, une cytologie est recommandée à 12 mois,

BIBLIOGRAPHIE

- *Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale. Recommandations INCA 2016 (en cours de publication).*

La prise en charge des frottis de haut grade et des frottis ASC-H

→ LE FROTTIS CERVICO-UTÉRIN (FCU) DE HAUT GRADE (HSIL)

La prise en charge du FCU HSIL s'explique par la haute probabilité que ces patientes aient une lésion intra-épithéliale cervicale, et par le fait que la quasi-totalité d'entre elles sont HPV positives. En pratique, la probabilité d'avoir un col normal avec un FCU HSIL est de l'ordre de 20 %. Près de 70 % auront une lésion intra-épithéliale de haut grade histologique et surtout, le risque de cancer avoisine les 10 %⁽¹⁾. Il est inutile et dangereux de faire une seconde cytologie à cause du risque de méconnaître une lésion plus grave et de la laisser évoluer vers l'invasion. La réalisation d'un test HPV pour le triage des HSIL n'a aucun intérêt et il reste recommandé que ces patientes aient un examen colposcopique d'emblée⁽²⁾. Celui-ci devra être attentif et la biopsie de la moindre anomalie est recommandée. Point important, en cas d'examen colposcopique satisfaisant et normal, il faut réaliser un examen soigneux du vagin pour éliminer une éventuelle VIN qui pourrait être la cause du FCU anormal⁽²⁾. Enfin, après un FCU HSIL, une colposcopie insatisfaisante (jonction non entièrement visible) doit faire indiquer la réalisation d'une conisation à visée diagnostique⁽²⁾.

Mots-clés : frottis, haut grade, colposcopie, biopsie, traitement.

→ LE FCU ASC-H

La prise en charge des FCU ASC-H rejoint celle des HSIL. Avec un risque de lésion intra-épithéliale de haut grade histologique pouvant atteindre 40 %, une colposcopie devra également être réalisée d'emblée dans cette situation⁽²⁾.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Martin-Hirsch P, Rash B, Martin A, Standaert B. *Management of women with abnormal cervical cytology: treatment patterns and associated costs in England and Wales*. BJOG Int J Obstet Gynaecol. avr 2007; 114 (4): 408-15.
2. *Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale*. Recommandations [Internet]. 2016. Disponible sur : http://www.e-cancer.fr/content/download/178363/2343581/file/Conduite_a_tenir_devant_une_femme_ayant_une_cytologie_cervico_uterine_anormale_Thesaurus_mel_20170123.pdf

Conduite à tenir devant un frottis AGC

→ INTRODUCTION

Selon la classification de Bethesda, un frottis AGC indique la présence de cellules cylindriques (glandulaires/endocervicales/endométriales) atypiques sans autre précision. La prise en charge de ce type de frottis anormal représente un vrai défi pour les cliniciens. Tout d'abord parce qu'il s'agit d'anomalies cytologiques rares. Mais aussi parce que la colposcopie est souvent normale et que la mise en évidence d'anomalies glandulaires cervicales est particulièrement difficile en colposcopie^{1,2}. Enfin, parce que ce type d'anomalie au frottis peut être révélateur

LL

Selon la classification de Bethesda, un frottis AGC indique la présence de cellules cylindriques atypiques sans autre précision.

77

d'un large spectre de pathologies sous-jacentes allant d'une lésion épidermoïde intra-épithéliale de haut grade (LIEHG) jusqu'aux lésions de l'endomètre, en passant par des authentiques lésions glandulaires du col utérin^{1,2}.

Déclaration publique d'intérêt : L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.



ILLUSTRATION 1 > Exemple de col visuellement normal

Le dépistage par frottis s'adresse à toutes les patientes asymptomatiques. Attention, les lésions intra-épithéliales de haut grade que l'on cherche à diagnostiquer et à traiter pour

éviter le développement d'un cancer du col de l'utérus ne sont pas visibles à l'œil nu et ces patientes ont un col visuellement normal et sont totalement asymptomatiques.



ILLUSTRATION 2 > Exemple de cancer du col de l'utérus

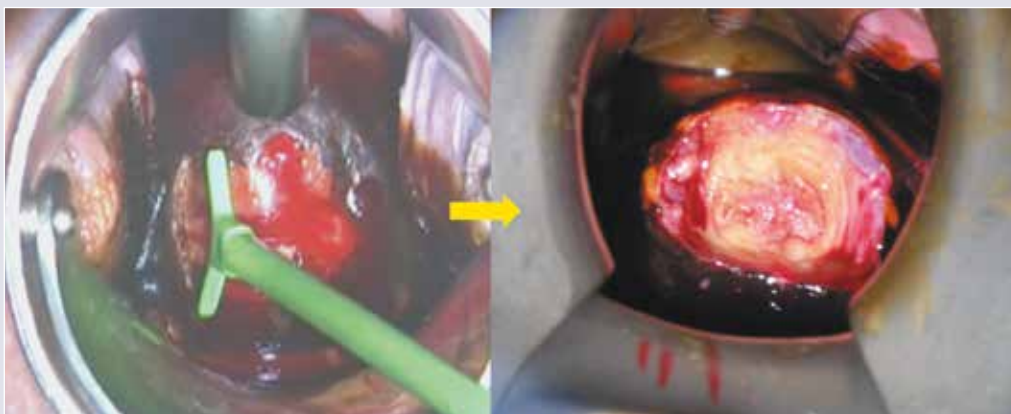
À la différence des lésions intra-épithéliales du col de l'utérus qui ne se voient pas à l'examen du col (aspect visuellement normal), le cancer du col se voit à l'œil nu et se caractérise par une zone à la fois ulcérée et bourgeonnante saignant au contact comme c'est le cas ici. Ces patientes sont le plus souvent symptomatiques avec typiquement des saignements provoqués par les

rapports sexuels, voire des douleurs pelviennes en cas de lésions avancées. Attention, chez ces patientes symptomatiques et/ou ayant un col visuellement anormal, le frottis n'est pas indiqué et la patiente doit directement avoir une colposcopie et une biopsie. Le frottis n'est qu'un examen de dépistage et pas un examen diagnostique.



**ILLUSTRATION 3
Exemple d'examen colposcopique**

La colposcopie consiste à regarder le col à l'aide d'une loupe binoculaire après l'application de deux colorants qui permettent de faire apparaître les lésions cervicales qui ne sont pas visibles sinon. Le premier colorant est l'acide acétique qui colore en blanc la lésion (tache blanche sur la lèvre antérieure du col). Le second colorant est le lugol qui colore en brun chocolat la partie externe du col; les lésions ne sont pas colorées et apparaissent jaunes (la zone qui était blanche est maintenant jaune).



**ILLUSTRATION 4
Exemple de traitement par résection à l'anse diathermique d'une lésion intra-épithéliale de haut grade du col utérin**

Le geste est réalisé sous anesthésie locale, après repérage colposcopique de la lésion. Il consiste en l'exérèse de la lésion.

Paradoxalement, la lésion la plus fréquemment identifiée en cas de frottis AGC ne sera pas une lésion glandulaire cervicale mais une LIEHG ^{2,3}.

→ PLACE DU TEST HPV POUR LE TRIAGE DES AGC

Au fil des années, les performances du test HPV ont été démontrées pour le triage des frottis de type ASCUS, essentiellement parce que son extraordinaire valeur prédictive négative permet d'éliminer la présence d'une LIEHG sous-jacente et d'éviter une colposcopie de ce fait inutile ⁴.

Utilisé en dépistage primaire, le test HPV a également démontré sa supériorité sur le frottis. Mais cette supériorité ne repose pas sur une réelle différence à prévenir les cancers invasifs de type épidermoïde, mais bel et bien les cancers de type glandulaires (adénocarcinomes) ⁵. Si ces résultats incitent à indiquer la pratique d'un test HPV pour le triage des AGC, les études citées précédemment ne ciblent pas exactement la valeur du test HPV dans cette indication.

Parce que les anomalies cytologiques glandulaires sont rares, elles restent malheureusement peu étudiées dans la littérature. À ce jour on peut retenir essentiellement deux études ayant évalué la valeur du test HPV dans cette indication ^{1,6}. Si ces deux études reposent sur un faible nombre de patientes étudiées (respectivement 179 et 108 patientes), elles montrent toutes les deux l'excellente valeur prédictive négative du test HPV utilisé dans cette indication. Celle-ci serait de 95,6 % (IC à 95 % : 92,2-99,0) pour Zhao et col. ⁶ et de 94,1 % (IC à 95 % : 84,5-103,7) pour Zeferino et col. ¹

→ INDICATION DES EXPLORATIONS ENDO-UTÉRINES

La justification de la réalisation d'une exploration endo-utérine repose sur la possibilité d'une authentique lésion endométriale révélée par ce type d'anomalie cytologique ^{1,2}. Mais la prévalence de ce type d'anomalie varie de façon importante avec l'âge des patientes. Tous âges confondus, la prévalence des néoplasies endométriales chez les femmes ayant une cytologie AGC est de 4 à 32 % ^{2,3,6,7}. Mais la médiane d'âge des cas de cancer de l'endomètre serait de 56 ans (étendue de 41 à 87 ans) ². Et surtout, une proportion plus importante de lésions endométriales est diagnostiquée chez les femmes de plus de 50 ans par rapport aux femmes plus jeunes ^{3,6,7}. Pour ces raisons, il est aujourd'hui admis que si la réalisation d'une exploration endo-utérine n'est pas justifiée avant 45 ans, celle-ci doit être réalisée après cet âge.

Mots-clés : anomalies glandulaires, AGC, test HPV, colposcopie, exploration endo-utérine.



Utilisé en dépistage primaire, le test HPV a également démontré sa supériorité sur le frottis.



→ CONCLUSION

En cas de cytologie AGC, les performances du test HPV permettent de ne pas indiquer la réalisation d'une colposcopie d'emblée. Le test HPV semble être le meilleur moyen de trier ces anomalies cytologiques rares et une colposcopie ne sera indiquée que si le test HPV est positif. Une exploration endo-utérine sera indiquée dans tous les cas si la patiente a plus de 45 ans. •

BIBLIOGRAPHIE

1. Zeferino LC, Rabelo-Santos SH, Villa LL, Sarian LO, Costa MC, do Amaral Westin MC, et al. Value of HPV-DNA test in women with cytological diagnosis of atypical glandular cells (AGC). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011 Nov; 159 (1): 160 - 4.
2. Shoji T, Takatori E, Takeuchi S, Yoshizaki A, Uesugi N, Sugai T, et al. Clinical significance of atypical glandular cells in the Bethesda system 2001: a comparison with the histopathological diagnosis of surgically resected specimens. *Cancer Invest.* 2014 May; 32 (4): 105 - 9.
3. Ascitutto KC, Henic E, Forslund O, Bjelkenkrantz K, Borgfeldt C. Age influences the clinical significance of atypical glandular cells on cytology. *Anticancer Res.* 2015 Feb; 35 (2): 913 - 9.
4. Arbyn M, Roelens J, Simoens C, Buntinx F, Paraskevaidis E, Martin-Hirsch PPL, et al. Human papillomavirus testing versus repeat cytology for triage of minor cytological cervical lesions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; (3): CD008054.
5. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJF, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet Lond Engl.* 2014 Feb 8; 383 (9916): 524 - 32.
6. Zhao C, Florea A, Austin RM. Clinical utility of adjunctive high-risk human papillomavirus DNA testing in women with Papanicolaou test findings of atypical glandular cells. *Arch Pathol Lab Med.* 2010 Jan; 134 (1): 103 - 8.
7. Castle PE, Fetterman B, Poitras N, Lorey T, Shaber R, Kinney W. Relationship of atypical glandular cell cytology, age, and human papillomavirus detection to cervical and endometrial cancer risks. *Obstet Gynecol.* 2010 Feb; 115 (2 Pt 1): 243 - 8.

Frottis et grossesse

Le dépistage des lésions précancéreuses du col utérin par frottis cervico-vaginal (FCV) ne fait l'objet d'aucune organisation en France sauf chez la femme enceinte. En effet un arrêté, relatif à la proposition de réalisation d'un FCU lors du premier examen prénatal a été publié le 3 février 2010.

On retiendra :

Article 1 > « La proposition de réalisation d'un frottis cervico-utérin à l'occasion du premier examen prénatal s'adresse à toutes les femmes et spécialement aux femmes qui ne bénéficient pas d'un suivi gynécologique régulier... »

La femme est également informée de son droit d'accepter ou de refuser cet examen.

Article 2 > « Le frottis cervico-utérin est pratiqué lors du premier examen prénatal... »

Plusieurs éléments doivent être retenus :

- D'une part, l'efficacité intrinsèque du test est comparable à celle observée en dehors de la grossesse (concordance cyto-histologique de 58 à 86 %) (NP4);
- D'autre part, l'arrêté ne précise pas l'âge de réalisation de cet examen ; il paraît de bon sens de l'adapter aux recommandations des sociétés savantes et de l'HAS pour ne proposer ce frottis qu'à partir de 25 ans ;
- Enfin, la fréquence des frottis positifs va être assez importante, non pas du fait de la grossesse mais du fait de l'âge des patientes concernées, les lésions précurseurs étant observées majoritairement chez des patientes de 30 à 35 ans.

La fréquence attendue des frottis pathologiques chez la femme enceinte est supérieure à 1/100. Selon les recommandations récentes de l'INCA, en cours de grossesse seules les anomalies cytologiques de haut grade (H-SIL, Asc-H et AGC) requièrent une évaluation colposcopique et, si besoin, une biopsie. Cet examen doit être réalisé au 1^{er} trimestre car au-delà de la première moitié de grossesse l'examen devient difficile et souvent ininterprétable du fait des difficultés à exposer correctement le col et de phénomènes de déciduose importants. Les autres anomalies cytologiques (ASC-US et L-SIL), bénéficieront d'un bilan dans le post-partum.



La grossesse est une bonne opportunité pour réaliser un frottis de dépistage chez une patiente non correctement suivie.



La conduite à tenir repose sur le diagnostic histologique. Face à une lésion histologique de haut grade, en l'absence d'invasion, l'abstention est la règle. La patiente devrait être réévaluée au 6^e mois de grossesse (selon INCA 2016 mais de réalisation de cet examen particulièrement difficile) l'on proposera une nouvelle évaluation cyto-colposcopique entre 6 semaines et 4 mois du post-partum pour décider d'un traitement éventuel.

À l'inverse, si un doute sur une invasion persiste après une consultation spécialisée, la conisation diagnostique à l'anse diathermique est recommandée. La découverte d'un cancer micro-invasif de stade IA2 sur la pièce de conisation imposerait un bilan d'extension ganglionnaire et locale (coelio-curage pelvien et IRM) qui sera à la base des choix thérapeutiques.

En conclusion, la grossesse est une bonne opportunité pour réaliser un frottis de dépistage chez une patiente non correctement suivie. Devant un frottis évoquant une lésion de haut grade, un examen colposcopique au premier trimestre avec biopsie devra être réalisé. Le plus souvent un nouveau bilan devra être programmé dans le post-partum. Seules les lésions pour lesquelles une invasion est évoquée devront être l'objet d'une exérèse chirurgicale diagnostique. •

Les outils actuels en pathologie cervicale

→ INTRODUCTION

S'il est efficace, ce dépistage souffre encore malheureusement d'insuffisances. Celui-ci n'est toujours pas organisé, et ce malgré les engagements du plan cancer 2014-2019 ⁽¹⁾.

La participation est encore insuffisante, estimée aux alentours de 60 % ⁽²⁾. Enfin, on estime que de nombreux traitements sont réalisés en excès et pourraient être évités. C'est le cas des lésions histologiques de bas grade qui ne doivent pourtant pas être traitées du fait de la très grande probabilité de guérison spontanée, ou encore des traitements réalisés chez des femmes très jeunes, ayant démarré le dépistage avant 25 ans. Ces situations exposent à la morbidité du dépistage du cancer du col et en particulier aux conséquences obstétricales potentielles des traitements ⁽³⁻⁵⁾. Ces gestes exposent ainsi au risque d'accouchement prématuré qui passe de près de 7 % pour la population générale à 15 à 20 % après l'exérèse d'une lésion intra-épithéliale cervicale ⁽⁵⁾.

À ceci s'ajoute la morbi-mortalité néonatale qui en découle ⁽⁴⁾. Il faut bien comprendre que si les complications potentielles des traitements d'exérèse des lésions intra-épithéliales du col utérin peuvent être acceptées lorsque le geste thérapeutique est indiqué pour le traitement d'une lésion intra-épithéliale de haut grade histologique, elles sont inacceptables lorsque le geste thérapeutique n'est pas correctement indiqué.

Enfin, il faut aussi tenir compte du risque de sténose de l'orifice cervical et/ou de jonction non visible, rendant la coloscopie impossible et compromettant le suivi post-thérapeutique, pourtant indispensable ⁽⁶⁾. Il est donc essentiel que la prise en charge du frottis anormal soit gérée de manière optimale. Tout d'abord en respectant les recommandations du dépistage cytologique, et en particulier les bornes du dépistage en ne faisant pas de frottis avant 25 ans ⁽²⁾. Mais aussi en ciblant au mieux les indications thérapeutiques pour ne pas traiter les lésions intra-épithéliales de bas grade et éviter de réaliser une conisation "blanche".

L'INCa a publié fin 2016 des nouvelles recommandations pour la prise en charge des frottis anormaux ⁽⁷⁾. Il est important de noter qu'en plus d'actualiser la prise en charge du frottis anormal aux données récentes de la littérature, ces recommandations ont été rédigées dans le souci de simplifier la prise en charge initiale de ces

patientes et d'optimiser les indications thérapeutiques. Le but est à la fois de permettre une meilleure prise en charge des patientes mais aussi d'éviter les gestes thérapeutiques inutiles et la morbidité associée.

Il est notable que les précédentes recommandations dataient de 2002 ⁽⁸⁾. Il s'agissait des recommandations élaborées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Depuis, l'évolution des pratiques, la mise en route de la vaccination anti-HPV, l'introduction de nouveaux tests comme le test HPV, les tests de génotypage, la détection de l'ARNm et les tests d'immunohistochimie associés à l'enrichissement de la littérature médicale sur ce sujet imposaient une mise à jour de ces recommandations.

→ LES OUTILS ACTUELS EN PATHOLOGIE CERVICALE

Le test HPV

Il consiste à rechercher la présence du papillomavirus humain, classiquement en mettant en évidence son acide désoxyribonucléique (ADN). En pratique, lorsque l'on réalise un test HPV, on recherche la présence des HPV dits à "haut risque" (HR-HPV), c'est-à-dire les types viraux dont une infection persistante expose au risque de lésion intra-épithéliale et de cancer du col utérin ⁽⁹⁾. À ce jour, l'IARC dénombre 13 types viraux dits de "haut risque". Ce sont les HPV de type 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 et 68 ⁽¹⁰⁾.

Il existe des tests mettant simplement la présence d'un ou de plusieurs HR-HPV sans identifier le ou les types de virus présents. Il existe également des tests de génotypage permettant en plus de la détection de la présence d'un ou de plusieurs HR-HPV, d'identifier le ou les types de virus présents. À ce jour, même si les HPV de type 16 et 18 sont associés à un risque plus important que les autres types d'HR-HPV, cette différence n'a pas



Ces recommandations ont été rédigées dans le souci de simplifier la prise en charge initiale de ces patientes et d'optimiser les indications thérapeutiques.



Mots-clés: frottis, coloscopie, test HPV, biopsie.

d'impact suffisant pour indiquer une modification de la prise en charge des patientes ^(7,11). Pour cette raison, les tests de génotypage ne sont pas recommandés. Si certains laboratoires les utilisent, la mise en évidence d'une infection à HPV16 ne changera pas la prise en charge des patientes qui devra être la même que celles ayant un test HPV positif sans identification du type ⁽⁷⁾. Dans le souci d'une prise en charge optimale des patientes, il est essentiel que le test HPV ne soit utilisé que dans le cadre des recommandations en vigueur. À ce jour, l'utilisation du test HPV est recommandée dans des indications précises : triage des FCU ASCUS et AGC ⁽⁷⁾. Ils ne sont pas recommandés pour le triage des autres anomalies cytologiques et ne sont toujours pas recommandés pour le dépistage primaire du cancer du col de l'utérus.

Enfin, il est probable que le test HPV soit prochainement recommandé pour le suivi post-thérapeutique des lésions intra-épithéliales du col de l'utérus ^(12,13).

Le double immunomarquage p16INK4A/Ki67

Il s'agit d'une technique d'immunohistochimie recherchant, à partir du prélèvement du FCU réalisé en phase liquide, la présence de cellules présentant un co-marquage pour les deux protéines : la p16INK4A et le Ki67. L'identification de la présence de ces deux protéines sur une même cellule témoignerait de l'existence d'un processus de transformation cellulaire. À ce jour, il existe des publications témoignant de l'intérêt de cette technique pour le triage des FCU ASCUS avant 30 ans et pour le triage des FCU LSIL quel que soit l'âge de la patiente ^(14,15). Il est important de noter que cette technique peut être utilisée en option mais ne fait pas l'objet d'une recommandation comme précisé plus loin dans cet article (cf. article ASCUS et LSIL, p. 20) ⁽⁷⁾.

La colposcopie

La colposcopie reste l'examen de référence pour le diagnostic et la mise en place des stratégies thérapeutiques des lésions du col utérin ⁽¹⁰⁾. Elle est indiquée par une cytologie anormale éventuellement complétée d'un test HPV positif selon les cas. Elle peut aussi être indiquée dans des situations cliniques particulières comme la mise en évidence d'un col cliniquement anormal et suspect ou la présence de métrorragies provoquées, en particulier post-coïtales. Elle ne doit pas être utilisée en première intention pour le dépistage du cancer du col utérin pour lequel ses performances sont mauvaises ⁽¹⁶⁾.

La colposcopie consiste en l'examen du col et du vagin après application d'acide acétique et de lugol permettant la mise en évidence de lésions cervico-vaginales et la réalisation de biopsies dirigées pour un diagnostic précis. À l'instar d'autres pays européens, il existe en France une charte de qualité en colposcopie qui a été proposée par une commission réunissant plusieurs sociétés savantes (SFPCPV, CNGOF, FNCGM et

SFG) ⁽¹⁰⁾. Elle est basée notamment sur des critères de formation initiale, de formation continue et de pratique régulière de la colposcopie respectant des seuils d'activité personnels minimums.

La terminologie histologique

Les résultats de l'analyse histologique des biopsies et des pièces opératoires cervicales doivent être rendus selon la terminologie actualisée en 2014 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus ⁽¹⁷⁾. La classification de Richart ne doit plus être utilisée et les termes de CIN (néoplasie intra-épithéliale cervicale) abandonnés. La terminologie de l'OMS ne distingue plus désormais que les lésions de bas et de haut grade histologiques. Les lésions de bas grade correspondent aux anciennes CIN 1 et les lésions de haut grade regroupent les CIN 2 et CIN 3, mais sans les distinguer. Cette terminologie est présentée dans le tableau 1.

→ CONCLUSION

Si le test HPV n'a toujours pas sa place en dépistage primaire, il est désormais recommandé d'utiliser le test HPV comme test de triage pour les ASCUS et les AGC. Le double immunomarquage p16^{INK4A}/Ki67 peut être utilisé pour le triage de certaines anomalies cytologiques. Mais rappelons qu'il ne s'agit que d'une option et pas d'une recommandation ; d'autres études restent nécessaires avant de pouvoir valider l'utilisation de ce test dans ces deux indications. Enfin, les nouvelles recommandations incitent à réaliser désormais les FCU de dépistage en phase liquide afin de permettre de réaliser ces tests de manière réflexe, directement sur le prélèvement initial sans avoir à reconvoquer la patiente pour un nouveau prélèvement. •

➤ TABLEAU 1 TERMINOLOGIE HISTOLOGIQUE DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES DU COL DE L'UTÉRUS DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)

- **Tumeurs épithéliales**
 - Lésions malpighiennes intra-épithéliales
 - Lésion malpighienne intra-épithéliales de bas grade
 - Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade
- **Lésions glandulaires**
 - Adénocarcinomes in situ

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Plan cancer 2014-2019 (février 2014) [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
2. État des lieux et recommandations de la HAS pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France (juillet 2010) [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-ducancer-du-col-de-l-uterus/Le-depistage-par-frottis-cervico-uterin>
3. Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Prendiville W, Paraskevaïdis E. *Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis*. *Lancet Lond Engl*. 11 févr 2006; 367 (9509): 489-98.
4. Arbyn M, Kyrgiou M, Simoens C, Raifu AO, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, et al. *Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis*. *BMJ*. 2008; 337: a1284.
5. Kyrgiou M, Athanasiou A, Paraskevaïdi M, Mitra A, Kalliala I, Martin-Hirsch P, et al. *Adverse obstetric outcomes after local treatment for cervical preinvasive and early invasive disease according to cone depth: systematic review and meta-analysis*. *BMJ*. 28 juill 2016; 354: i3633.
6. Baldauf JJ, Dreyfus M, Ritter J, Meyer P, Philippe E. *Risk of cervical stenosis after large loop excision or laser conization*. *Obstet Gynecol. déc. 1996; 88 (6): 933-8*.
7. *Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale*. Recommandations [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/content/download/178363/2343581/file/Conduite_a_tenir_devant_une_femme_ayant_une_cytologie_cervico_uterine_anormale_Thesaurus_mel_20170123.pdf
8. *Conduite à tenir devant une femme ayant un frottis cervico-utérin anormal (recommandations ANAES 2002)* [Internet]. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf
9. Muñoz N, Castellsagué X, de González AB, Gissmann L. *Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer*. *Vaccine*. 31 août 2006; 24 Suppl 3: S3/1-10.
10. *Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie anormale/critères de qualité des tests réalisés* [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/content/download/178347/2343328/version/2/file/Conduite_a_tenir_cytologie_cervico-uterine_anormale_Criteres_qualite_tests_decembre_2016_mel_20170123.pdf
11. Khan MJ, Castle PE, Lorincz AT, Wacholder S, Sherman M, Scott DR, et al. *The elevated 10-year risk of cervical precancer and cancer in women with human papillomavirus (HPV) type 16 or 18 and the possible utility of type-specific HPV testing in clinical practice*. *J Natl Cancer Inst*. 20 juill 2005; 97 (14): 1072-9.
12. Paraskevaïdis E, Arbyn M, Sotiriadis A, Diakomanolis E, Martin-Hirsch P, Koliopoulos G, et al. *The role of HPV DNA testing in the follow-up period after treatment for CIN: a systematic review of the literature*. *Cancer Treat Rev*. avr 2004; 30 (2): 205-11.
13. Mariani L, Sandri MT, Preti M, Origoni M, Costa S, Cristoforoni P, et al. *HPV-Testing in Follow-up of Patients Treated for CIN2 + Lesions*. *J Cancer*. 2016; 7 (1): 107-14.
14. Schmidt D, Bergeron C, Denton KJ, Ridder R, European CINtec Cytology Study Group. *p16/ki-67 dual-stain cytology in the triage of ASCUS and LSIL papanicolaou cytology: results from the European equivocal or mildly abnormal Papanicolaou cytology study*. *Cancer Cytopathol*. 25 juin 2011; 119 (3): 158-66.
15. Bergeron C, Ikenberg H, Sideri M, Denton K, Bogers J, Schmidt D, et al. *Prospective evaluation of p16/Ki-67 dual-stained cytology for managing women with abnormal Papanicolaou cytology: PALMS study results*. *Cancer Cytopathol*. juin 2015; 123 (6): 373-81.
16. Cantor SB, Cárdenas-Turanzas M, Cox DD, Atkinson EN, Noguera-Gonzalez GM, Beck JR, et al. *Accuracy of colposcopy in the diagnostic setting compared with the screening setting*. *Obstet Gynecol*. janv 2008; 111 (1): 7-14.
17. Stoler M, Bergeron C, Colgan T, Ferenczy A, Herrington C, Kim K, Loening T, Schneider A, Sherman M, Wilbur D, Wright T. *Squamous cell tumours and precursors*. In: WHO Classification of tumours of the uterine cervix. IARC; 2014. p. 172-81.

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

VIII^e Gynécologie Obstétrique et Reproduction 2017

45^e 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. BOUZEKRINI, 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 ? Dalila 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

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



HÉMATOME RÉTROPLACENTAIRE (HRP)

L'HRP est un décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI), il peut néanmoins survenir dans le cas d'un placenta praevia, avec formation d'un hématome dans la zone de clivage entre le placenta et l'utérus. Il peut se constituer en dehors ou pendant le travail.

Il s'agit d'une urgence médico-obstétricale avec mise en jeu du pronostic vital fœtal et maternel. **Pour le fœtus**, la zone de décollement empêche les échanges vasculaires entraînant une asphyxie voire une mort fœtale in utero. **Pour la mère**: hypovolémie (collapsus, l'état de choc) et coagulopathie de consommation (CIVD..)

L'HRP complique, classiquement au 3^e trimestre, jusqu'à 1 % des grossesses dans les pays industrialisés et jusqu'à 6 % dans les pays en voie de développement. L'HRP provoque le décès périnatal dans 20 à 30 % des cas et le décès maternel dans 0,1 % des cas.

CAUSES

Dans la majorité des cas, il est souvent associé à des pathologies hypertensives et pré éclamptiques. D'autres facteurs de risques sont connus tels que: âges extrêmes de la maternité, multiparité, ethnie noire, antécédent de césarienne ou d'HRP, thrombophilie, consommation de toxiques (cocaïne, crack ++), rupture prématurée des membranes (RPM), traumatismes abdominaux. Dans ce dernier cas, l'HRP survient à distance de l'accident (2-3 jours après).

Dans 30 % des cas, aucune cause déclenchante n'est retrouvée.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Hématome décidual marginal, provenant d'une déchirure des veines utéro-placentaires marginales secondaires à

un cisaillement de celles-ci.

- Placenta praevia
- Rupture utérine
- Hémorragie de Benckiser

ASPECT CLINIQUE

Le tableau typique associe :

- Début brutal,
- Douleur abdominale aiguë en coup de poignard,
- Hypertonie (utérus de bois), hypercinnésie de fréquence,
- Métrorragies brunâtres,
- Altérations brusques du RCF.

Au toucher vaginal, hypertonie du segment inférieur et du col.

FORMES ATYPIQUES

- Métrorragies absentes ou de sang frais,
- Douleurs utérines; parfois confondues avec des contractions utérines, tableau de menace d'accouchement prématuré, mauvais relâchement utérin,
- Augmentation de la HU en cas de volumineux HRP,
- Anomalies isolées du RCF traduisant la réduction des échanges transplacentaires: tachycardie ou ralentissement tardifs,
- **Mort fœtal in utero inexplicquée**: recherche systématique d'un HRP en pareil cas,
- Diagnostic fortuit lors d'une échographie ou après l'accouchement à l'examen du placenta (dans le cadre de petits HRP).

COMPLICATIONS MATERNELLES

L'hématome est essentiellement constitué de sang maternel.

- État de choc hypovolémique,

- Trouble de la crasse sanguine,
- Oligo-anurie par insuffisance rénale,
- Hémorragie du post-partum.

CONDUITE À TENIR

- L'échographie permet de vérifier la vitalité fœtale et de visualiser l'HRP: image typique anéchogène, lenticulaire, biconcave,
- ERCF,
- Pose de 2 voies veineuses,
- Monitoring hémodynamique avec fiche de surveillance horaire,
- Pose d'une sonde vésicale à demeure,
- Recherche d'une protéinurie sur la bandelette urinaire,
- Bilan initial: groupe sanguin, RAI, NFS, plaquettes, TP TCA fibrinogène, D dimère PDF, ionogramme sanguin, acide urique, créatinémie,
- Anticiper la commande de produits sanguins: culots globulaires, plasma frais congelés et plaquettes selon le tableau maternel.

TRAITEMENT

- Prise en charge pluridisciplinaire obstétricien, anesthésiste réanimateur, pédiatre, sage-femme.
- Le principe: l'évacuation utérine en fonction de la vitalité/viabilité fœtale, de la sévérité du tableau et du stade du travail.
- **Si fœtus vivant et viable**: césarienne en urgence
- **Si fœtus mort**: forme modérée tentative voie basse, forme sévère voie haute. •

Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement

ACTUALISATION DES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION D'AUDITION DE 2011 RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

EXTRAITS DES RECOMMANDATIONS (JUILLET 2017)

PARTIE 6 → QUELLES SUITES JURIDIQUES DONNER AU DIAGNOSTIC DE SECOUEMENT ?

→ La Haute Autorité de Santé (HAS) en lien avec la Société française de médecine clinique et de réadaptation (Sofmer) a actualisé en juillet 2017 ses recommandations de 2011 pour la pratique clinique concernant le syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement. Les critères diagnostiques sont affinés et des précisions sur le bilan à effectuer sont rajoutées. Le diagnostic du syndrome du bébé secoué est une question pouvant mettre en difficulté les professionnels de santé, il est intéressant de se poser la question des aspects juridiques liés à la thématique.

LORSQUE LE DIAGNOSTIC DE TCNA PAR SECOUEMENT EST ÉVOQUÉ OU POSÉ

L'enfant doit être protégé et hospitalisé et ses droits en tant que victime d'une infraction pénale doivent être reconnus.

À cet égard, il est recommandé qu'un protocole sur les modalités de signalement d'un enfant en danger ou susceptible de l'être soit établi entre le parquet, l'établissement hospitalier et le président du conseil départemental.

■ FAUT-IL SIGNALER ? DANS QUEL OBJECTIF ?

Le terme de signalement est réservé à toute transmission au procureur de la République concernant la situation d'un enfant en danger ou susceptible de l'être.

Puisqu'il s'agit d'une infraction pénale certaine ou possible, le signalement au procureur de la République s'impose, avec copie au président du conseil départemental (cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes CRIP).

Est ainsi déclenchée une double procédure, civile pour protéger l'enfant sans délai, et pénale.

SIGNALER, C'EST PROTÉGER L'ENFANT

En cas de doute concernant la pertinence d'un signalement, le médecin peut demander conseil par téléphone à la permanence du parquet et/ou solliciter le médecin référent de la prise en charge des violences faites aux enfants dans son établissement (cf. plan de lutte contre les violences faites aux enfants - proposition 11).

■ SE CONCERTE AVANT DE SIGNALER

Lorsqu'un SBS est suspecté, une première réunion d'au moins deux médecins doit avoir lieu sans délai, et faire l'objet d'un compte rendu médical à intégrer au dossier médical. Un signalement doit ainsi être fait sans retard. Une évaluation médico-psycho-sociale plus complète sera faite dans un second temps.

■ QUELLES PROCÉDURES FONT SUITE AU SIGNALEMENT ?

• LA PROCÉDURE CIVILE

Le procureur de la République peut délivrer une ordonnance de placement provisoire (OPP), ce qui permet la protection immédiate de l'enfant et d'éviter que les parents puissent reprendre l'enfant (mise en péril de l'enfant en cas de retour immédiat au domicile).

Cette décision sans appel est valable 8 jours, pendant lesquels le juge des enfants peut être saisi.

Celui-ci statue dans les 15 jours après sa saisine, après avoir convoqué les détenteurs de l'autorité parentale ; il peut prolonger la mesure de placement de l'enfant (susceptible d'appel par les parents), lever la mesure de placement ou mettre en place d'autres mesures d'assistance éducative.

Lorsque l'enfant était gardé par un(e) assistant(e) maternel(le), le président du Conseil départemental doit statuer sans délai sur une éventuelle suspension à titre conservatoire de son agrément.

• LA PROCÉDURE PÉNALE

La saisine du procureur de la République permet de déclencher sans délai une enquête pénale, de rechercher le ou les auteurs et de les poursuivre éventuellement.

Si l'enquête pénale permet rapidement d'écarter la responsabilité des parents, il ne sera pas nécessaire de délivrer une OPP, et l'enfant pourra ainsi retourner au domicile parental dès la fin de son hospitalisation. En cas de décès et d'obstacle médico-légal, une autopsie est ordonnée par le procureur.

■ QUI PEUT SIGNALER ?

Toute personne ayant connaissance de mauvais traitements sur mineur, toute personne exerçant dans un établissement public ou privé ayant connaissance de la situation de mineur en danger ou susceptible de l'être, toute autorité publique ou tout fonctionnaire amené à connaître dans l'exercice de ses fonctions un crime ou un délit, doit aviser sans délai l'autorité compétente.

Par dérogation au principe du secret médical, l'article 226-14 du Code pénal permet aux professionnels de santé ayant connaissance de faits de maltraitance sur un mineur, de transmettre un signalement aux autorités judiciaires.

Les autres articles importants du Code pénal, du Code de l'action sociale et des familles, du Code de procédure pénale, du Code de déontologie médicale (article 44), sont détaillés dans le rapport d'orientation de l'audition publique de 2011⁴.

■ À QUI SIGNALER ?

Toute suspicion de secouement revêt un caractère de gravité qui nécessite la saisine directe du procureur de la République (correspondant au lieu de résidence habituel de l'enfant) au titre de la protection de l'enfant. Le signalement se justifie également puisqu'il s'agit d'une suspicion d'infraction pénale.

Une copie du signalement doit être également adressée au président du conseil départemental (CRIP).

Le procureur de la République peut délivrer une OPP, saisir le juge des enfants, engager l'enquête pénale, nommer un administrateur *ad hoc*. Il peut aussi saisir la CRIP.

■ QUEL EST LE CONTENU D'UN SIGNALEMENT ?

Le signalement n'est pas juridiquement défini. Il n'existe aucun texte légal ou réglementaire précisant le contenu du signalement ni les modalités de transmission au procureur de la République.

Cependant, un certain nombre de règles doivent être respectées pour établir un écrit factuel :

- En aucun cas, la personne qui signale ne peut nommément mettre en cause ou viser une personne comme auteur de faits susceptibles de recevoir une qualification pénale ;

LE SIGNALEMENT DOIT COMPORTER LES INFORMATIONS SUIVANTES

MENTIONS INDISPENSABLES

- Nom et adresse du destinataire ;
- Prénom et nom, qualité et adresse professionnelle du(des) rédacteur(s) ;
- Prénom et nom, adresse, numéro de téléphone de chaque parent ;
- Prénom et nom, date de naissance du mineur ;
- Sexe et adresse de l'enfant ;
- Composition de la fratrie ;
- Prénom, nom et adresse de l'assistant maternel s'il y a lieu ;
- Personne accompagnant l'enfant ;
- Description chronologique des faits concernant le mineur ;
- Constat médical (anamnèse, examen clinique, résultats des examens complémentaires et note d'évolution) et

hypothèses sur l'origine des lésions ; Explications fournies par l'entourage sur les lésions constatées et incompatibilité entre les explications et les constatations médicales ;

- Mention relative au danger pour l'enfant et/ou à la gravité médicale de la situation justifiant l'envoi direct au parquet ;
- Précisions sur le suivi immédiat envisagé par le médecin ou l'équipe médicale ;
- Date, prénom(s) nom(s) et signature(s).

AJOUTER ULTÉRIEUREMENT DANS LA MESURE DU POSSIBLE

- Renseignements administratifs détaillés concernant la famille : composition, âges, professions, etc. ;
- Modes de garde de l'enfant : parents, nourrice, crèche, autre(s) personne(s).

LE SIGNALEMENT NE DOIT PAS

- Nommément mettre en cause ou viser une personne comme auteur de faits susceptibles de recevoir une qualification pénale ;
- Inclure d'élément de datation des lésions.

- Il importe de bien séparer les faits constatés des propos rapportés, de toujours préciser l'origine des informations (propos des parents, du travailleur social, etc.) afin, notamment, de lever toute ambiguïté pour le destinataire, d'utiliser le conditionnel, le style indirect ou de mettre les propos rapportés entre guillemets ;
- Déterminer l'auteur du secouement ne relève pas du personnel hospitalier. Aucune enquête visant à déterminer l'auteur des secouements ne doit être effectuée par le personnel hospitalier, celle-ci relevant de la compétence des services de police ou de gendarmerie sous la direction du procureur de la République ;
- Tout élément de datation des lésions doit être exclu du signalement.

Dans les suites du signalement initial, il est possible pour les équipes hospitalières de transmettre dans un complément de signalement les résultats d'examens à visée étiologique, les éventuels éléments rapportés par la famille et toutes les données complémentaires du bilan lésionnel initial.

Il est recommandé que chaque établissement hospitalier définisse la procédure à suivre par son personnel en cas de signalement au procureur de la République concernant les cas d'enfants victimes de secouement (proposition 11 du plan violence). Les consignes suivantes peuvent être retenues :

- Contacter le procureur de la République par téléphone, et confirmer le signalement par écrit (télécopie ou courriel) ;
- Adresser le signalement à l'aide du document type préétabli en conservant un double dans le dossier hospitalier dans la partie non transmissible du dossier du patient ;
- Adresser une copie au président du conseil départemental (CRIP) conformément à l'article L. 226-4-3 du Code de l'action sociale et des familles.
- Défaut de protocole de signalement, il est recommandé de demander dans le signalement que des informations sur les suites données par le procureur de la République soient fournies au(x) rédacteur(s).

■ QUAND SIGNALER ?

Il y a lieu de signaler dans les meilleurs délais pour protéger immédiatement l'enfant et pour ne pas compromettre l'enquête pénale. Plus le signalement se situe près des faits, plus l'enquête pénale sera efficace.

Cela ne dispense toutefois pas d'une réflexion collégiale qui permet de compléter ultérieurement le signalement.

■ QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES POUR L'ENFANT EN CAS DE NON-SIGNALLEMENT ?

Un enfant peut, en l'absence de signalement, être à nouveau exposé à des violences. L'enfant ne peut bénéficier d'une protection judiciaire que si le procureur de la République a connaissance des faits ; l'enquête pénale, une indemnisation ultérieure et la désignation d'un administrateur *ad hoc* dépendent également du signalement.

■ QUELS SONT LES RISQUES POUR LES PROFESSIONNELS QUI SIGNALENT ?

Il n'y a plus de risque depuis la loi du 5 novembre 2015, lorsque le signalement est fait dans les règles. Le dernier alinéa de l'article 226-14 du Code pénal dispose désormais que « *le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi* ».

Aucune poursuite ni sanction n'est donc possible si le signalement est effectué selon les règles : constatation et description de lésions sans interprétation quant à leur origine, discours des divers protagonistes rapportés entre guillemets, utilisation éventuelle du mode conditionnel, pas de dénonciation de personne, pas de nom cité.

Le professionnel n'encourt un risque que dans le cas où le signalement serait assimilé à une dénonciation calomnieuse, c'est-à-dire s'il peut être prouvé que son rédacteur a agi de mauvaise foi, avec l'intention de nuire.

■ QUELS SONT LES RISQUES POUR LES PROFESSIONNELS QUI NE SIGNALENT PAS ?

Pour les professionnels de santé, le secret dont ils sont dépositaires soit par état ou

par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, ne les dispense pas d'alerter les autorités judiciaires.

Lorsque le diagnostic de secouement est évoqué ou posé, l'absence de signalement par le professionnel de santé peut notamment l'exposer aux sanctions de l'article 223-6 du Code pénal.

Ces dispositions ne contreviennent pas à l'article 44 du Code de déontologie médicale.

■ QUELLES INFORMATIONS DONNER AUX PARENTS ? QUELS SONT LEURS DROITS ?

L'équipe hospitalière doit concilier le besoin de dialogue et l'obligation d'information des parents avec l'efficacité de l'enquête.

Les parents doivent être informés du signalement sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant, ainsi que de la possibilité de porter plainte s'ils ne nient pas le secouement, mais l'attribuent à une autre personne.

Le signalement fait partie du dossier judiciaire et non du dossier médical, et ne peut être communiqué aux parents que par l'autorité judiciaire.

■ QUELLES INFORMATIONS DONNER AUX AUTRES PROFESSIONNELS DE L'ÉQUIPE HOSPITALIÈRE ET AUX PROFESSIONNELS EXTÉRIEURS ?

Par exception au principe du secret professionnel, les personnes participant à la protection du mineur et notamment les professionnels de santé et médico-sociaux peuvent partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier (article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles).

Les informations communiquées à l'intérieur de l'équipe de soins doivent se limiter à ce qui est strictement nécessaire à chaque professionnel pour établir le diagnostic, évaluer la situation, assurer les soins et protéger l'enfant.

En ce qui concerne les professionnels extérieurs à l'établissement hospitalier, parmi lesquels les professionnels médico-sociaux, il importe que leur soient communiquées les informations qui leur sont nécessaires dans le cadre de leur mission, à des fins de protection, qu'il s'agisse d'évaluer la

situation, de décider d'une protection, de prendre en charge ou d'assurer le suivi de l'enfant.

Aussi, s'agissant notamment des travailleurs sociaux, il est à noter que l'article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles dispose que « *les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance déterminée à l'article L. 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret* ».

■ QUEL RETOUR DONNER AUX PROFESSIONNELS SUITE AU SIGNALLEMENT ?

Le procureur de la République doit informer en retour le professionnel qui a fait le signalement des suites données : enquête pénale en cours, saisine d'un juge des enfants, etc. Il est recommandé qu'une fiche navette soit établie entre le procureur de la République et la personne qui a signalé.

■ QUELLES SUITES LE PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE PEUT-IL DONNER À UN SIGNALLEMENT ?

Un signalement transmis au procureur de la République peut donner lieu à l'ouverture d'un dossier d'assistance éducative par le juge des enfants et/ou à l'ouverture d'une enquête pénale. Deux procédures parallèles et complémentaires peuvent donc être diligentées. Parallèlement, un administrateur *ad hoc* peut être désigné.

Le cas échéant, le signalement peut conduire à une protection étendue à l'ensemble de la fratrie.

L'administrateur *ad hoc* peut être désigné par le procureur de la République (en particulier lorsque l'un des parents est suspecté ou quand l'auteur n'est pas connu), le juge d'instruction, le juge des enfants, la juridiction saisie de l'infraction pénale ou le juge des tutelles.

L'administrateur *ad hoc* a une mission juridique dépendante du magistrat qui l'a nommé et un rôle de référent et d'accompagnateur. Il est indépendant vis-à-vis du juge et des parents, mais il doit tenir le juge informé des grandes phases de la procédure et de l'accomplissement de sa mission. Il doit pour la bonne défense des droits de l'enfant s'adjoindre un avocat spécialisé dans l'évaluation du dommage corporel et sensibilisé au SBS par sa formation ou son expérience.

• ENQUÊTE PÉNALE

Elle est confiée à un service de police ou de gendarmerie, le plus souvent spécialisé (brigade spécialisée des mineurs), sous le contrôle du procureur de la République.

Les membres de l'équipe hospitalière et les professionnels au contact de la famille peuvent être auditionnés (les auditions par téléphone sont à proscrire). Ils doivent dire et communiquer, pour les besoins de l'enquête, les seuls éléments factuels qu'ils connaissent en se limitant à leur propre domaine de compétence, en prenant soin de relire, et éventuellement de corriger, avant de signer le procès-verbal ; celui-ci sera produit le cas échéant plusieurs années plus tard lors de la phase de jugement.

Ces mêmes professionnels de santé peuvent alors être entendus comme témoins.

Le personnel hospitalier et les travailleurs sociaux ne peuvent opposer le secret professionnel à un officier de police judiciaire qui enquête sur l'objet du signalement sous la direction et le contrôle d'une autorité judiciaire.

En cours d'enquête ou d'instruction, l'intégralité du dossier du patient peut être saisie. Cette procédure doit respecter un formalisme indispensable à la préservation du secret médical.

Il importe que les experts judiciaires requis soient compétents, quelle que soit leur spécialité, dans le domaine concerné, en l'occurrence le SBS. Dans le cas contraire, ils doivent se récuser.

• SUITES DE L'ENQUÊTE PÉNALE

L'affaire peut :

- être classée sans suite en l'absence d'infraction ou si celle-ci est insuffisamment caractérisée ;
- donner lieu à une ouverture d'information, à la fin de laquelle le dossier peut faire l'objet d'un non-lieu si l'infraction n'a pu être établie par faute de preuve ou parce qu'elle n'a pu être imputée à quiconque, ou bien d'un renvoi devant le tribunal correctionnel (en cas de qualification délictuelle de l'infraction) ou devant la cour d'assises (si qualification criminelle).

• OUVERTURE D'UN DOSSIER D'ASSISTANCE ÉDUCATIVE

Le juge des enfants, s'il est saisi, ordonne généralement une mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIIE) avec une

échéance de six mois (avec éventuellement maintien ou placement immédiat de l'enfant), et peut décider ensuite soit une action éducative en milieu ouvert (AEMO), soit un placement de l'enfant en structure ou famille d'accueil.

Si le principe de la présomption d'innocence conduit, en cas de doute sur l'identification de l'auteur des violences, à ne pas donner de suite sur le plan pénal, cela ne doit évidemment pas faire obstacle à la protection de l'enfant.

• QUELLES SONT LES QUALIFICATIONS PÉNALES ET LES PEINES ENCOURUES PAR LES AUTEURS ?

Il n'existe pas de qualification pénale spécifique pour le secouement, mais celui-ci constitue dans tous les cas une infraction pénale. Sont utilisées les qualifications pénales relatives aux violences volontaires avec circonstances aggravantes. Il convient de dissocier la volonté de l'acte de secouement de la volonté des conséquences de l'acte : le secouement ne peut être qualifié d'acte involontaire ; il s'agit toujours d'un acte volontaire.

Le législateur a marqué de façon extrêmement nette, par l'importance des peines encourues, la sanction attachée à toute violence infligée à un mineur de 15 ans par un ascendant (les parents légitimes, naturels, ou adoptifs, les grands-parents si l'enfant leur a été confié) ou une personne ayant autorité sur lui (toute personne qui a reçu mission de garder l'enfant ou son entourage). Les peines encourues vont de 5 ans d'emprisonnement à 30 ans de réclusion criminelle.

À côté de l'auteur principal, d'autres personnes dans l'environnement de l'enfant peuvent être poursuivies pour n'avoir pas empêché un crime ou un délit contre l'enfant, ou pour non-assistance à personne en danger, ou pour, étant un ascendant ou une personne ayant autorité, avoir privé celui-ci de soins au point de compromettre sa santé.

Des peines complémentaires peuvent être prononcées : par exemple interdiction temporaire ou définitive faite à la personne chargée de garder l'enfant d'exercer son activité professionnelle.

• QUELLES SONT LES CONDITIONS NÉCESSAIRES À L'INDEMNISATION DE LA VICTIME ?

Une indemnisation est possible dès lors que le diagnostic de secouement est

retenu. Il est donc important qu'il le soit, même si l'auteur n'est pas identifié. Le signalement à l'autorité judiciaire est fondamental pour ouvrir la possibilité d'une indemnisation au long cours pour l'enfant qui a été victime d'un secouement.

La nomination d'un administrateur *ad hoc* pallie le fait que l'enfant n'a pas de capacité juridique et que ses parents soient défaillants. Cet administrateur doit s'adjoindre un avocat spécialisé dans l'évaluation du dommage corporel et sensibilisé au SBS par sa formation ou son expérience pour la bonne défense des droits de l'enfant.

La victime ou son représentant peut saisir la CIVI (en cas d'incapacité totale de travail supérieure à 30 jours ou d'incapacité permanente partielle) pour obtenir la réparation de son dommage corporel puisque celui-ci est la conséquence de faits présentant le caractère matériel d'une infraction. La CIVI est une juridiction autonome dont la décision est indépendante de l'issue de la procédure pénale. En théorie, une victime peut donc être indemnisée, même lorsque la procédure pénale est encore en cours, qu'elle donne lieu à un classement sans suite, une relaxe ou un acquittement ou même en l'absence de poursuites pénales. En pratique, pour éviter de s'exposer à un refus injustifié de la demande indemnitaire de la victime, l'existence de poursuites pénales permettant d'établir la matérialité de l'infraction est bien souvent indispensable. Aussi, en l'absence de signalement judiciaire de la part des médecins, le risque de n'obtenir aucune indemnisation est important.

C'est le Fonds de garantie des victimes d'infractions qui verse à la victime, par l'intermédiaire selon les cas de ses parents ou d'un administrateur *ad hoc*, les sommes allouées à titre provisionnel ou définitif par décision de la CIVI. Le fonds peut ensuite se retourner contre l'auteur éventuellement jugé responsable par une juridiction pénale.

L'existence de la CIVI est donc essentielle, que l'auteur des faits soit impécunieux ou qu'il n'ait pas été identifié. La CIVI peut, de façon générale, être saisie d'emblée, ou dans un délai de trois ans à compter de la date de l'infraction, ou dans l'année suivant la décision judiciaire ayant définitivement statué sur l'action publique ou sur l'action civile engagée devant la juridiction répressive. Dans ce cas, la victime étant mineure, ces délais

ne commencent à courir qu'à compter de sa majorité; elle pourra dans tous les cas saisir la CIVI jusqu'à son 21^e anniversaire.

RÔLE COMPLÉMENTAIRE DE LA CRIP LORSQU'ELLE EST SAISIE PAR LE PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

■ L'ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS

Des actions de soutien à la parentalité peuvent être envisagées à la demande de la CRIP après évaluation de la situation par les professionnels sociaux et médico-sociaux du conseil départemental.

Le recours à des professionnels de la protection maternelle et infantile, notamment par des visites à domicile, peut être proposé.

Des médiations spécialisées parents-enfants, des soins en pédopsychiatrie-périnatalité, pour améliorer ou aider à construire la relation enfant-parent, sont des réponses à privilégier.

Les familles peuvent être informées sur la possibilité de s'adresser à des associations agréées dédiées à l'accompagnement des patients et des familles.

Dans tous les cas, « *l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant* » conformément à l'article premier de la loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, codifié à l'article L. 112-4 du Code de l'action sociale et des familles. •

✚ D'INFO

Le texte complet est disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_recommandations_syndrome_bebe_secoue.pdf

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 5 JUILLET 2017

À PARTIR DE 2018, LES ENFANTS DE MOINS DE DEUX ANS DEVRONT ÊTRE VACCINÉS CONTRE 11 MALADIES

Dans le prolongement du discours de politique générale du Premier Ministre, Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé va proposer au Parlement de rendre obligatoires 8 vaccins supplémentaires jusqu'alors recommandés pour la petite enfance, en complément des 3 vaccins actuellement obligatoires.

Cette décision répond à une nécessité de santé publique. La France a des taux de couverture vaccinale meilleurs que les autres pays pour les vaccins obligatoires, mais ils sont en revanche très insuffisants pour la plupart des vaccins recommandés.

Cette couverture vaccinale insuffisante, à l'origine d'épidémies, a conduit à la réémergence de certaines maladies et engendré des hospitalisations et des décès évitables. Ces maladies transmissibles sont, en outre, particulièrement dangereuses pour les enfants et les personnes plus les fragiles : la vaccination n'est pas seulement un acte individuel, elle est également destinée à protéger son entourage. Se faire vacciner permet de se protéger et de protéger les autres.

Les vaccins contre l'*haemophilus influenzae* B (bactérie provoquant notamment des pneumopathies et des méningites), la coqueluche, l'hépatite B, la rougeole, les oreillons, la rubéole, le méningocoque C (bactérie provoquant des méningites), le pneumocoque (bactérie provoquant notamment des pneumopathies et des méningites) seront désormais obligatoires. Les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite le resteront. La vaccination a permis de sauver des millions de vies, en enrayant la transmission de certaines maladies infectieuses et en participant à leur éradication. Les chiffres en attestent.

Avant la généralisation de la vaccination, durant la seconde moitié du XX^e siècle, on déplorait annuellement 3 000 décès par diphtérie et 200 décès d'enfants par poliomyélite en France. Le tétanos entraînait environ 1 000 décès par an, on en compte aujourd'hui moins de 5 chaque année.

Depuis l'introduction de la vaccination, les infections invasives à *haemophilus influenzae* de type B ont baissé de plus de 95 % alors que l'on observait près de 600 cas par an auparavant.

Grâce à la vaccination contre les infections invasives à pneumocoque chez

l'enfant depuis 2003, le nombre de ces infections, source d'hospitalisation et de complications, a été réduit de moitié. Grâce à l'immunité de groupe, on observe également une diminution de 40 % de ces infections sévères chez l'adulte et les personnes âgées.

Mais la couverture vaccinale n'est pas suffisante pour protéger la population de façon satisfaisante.

Les infections invasives à méningocoque C peuvent provoquer de graves séquelles (notamment un retard mental) et sont parfois mortelles. Entre 2011 et 2015, 255 cas ont été déclarés chez des sujets âgés de 1 à 24 ans. Parmi eux, 25 sont décédés. Ces cas et ces décès auraient pu être évités par la vaccination.

Les couvertures vaccinales contre l'hépatite B sont insuffisantes en France : 40 % chez l'adolescent, 60 % chez l'adulte. On estime que plus de 2 000 cas d'hépatite B sont survenus en France entre 2006 et 2013 chez des sujets non vaccinés. Outre les atteintes aiguës parfois mortelles (14 hépatites fulminantes en 2016-2013 parmi les 408 survenues chez des sujets non vaccinés), ces infections peuvent exposer à des formes chroniques sévères (cirrhose, cancer du foie).

En ce qui concerne la rougeole, la couverture vaccinale à 2 ans est de 78 %

alors que, tant qu'elle n'atteindra pas le niveau de 95 %, le risque de vagues épidémiques périodiques persistera. Entre 2008 et 2016, plus de 24 000 cas de rougeole ont été déclarés en France. Près de 1 500 cas ont présenté une pneumopathie grave, 34 une complication neurologique et 10 sont décédés.

L'extension de l'obligation vaccinale permettra de répondre à ces enjeux majeurs de santé publique.

En pratique, l'extension à 11 vaccins obligatoires représente 10 injections pour les enfants, étalées sur 2 ans. Au moins 70 % des enfants connaissent déjà ces 10 injections sur 2 ans et 80 % plus de 8 injections.

Tous les vaccins obligatoires seront pris en charge à 100 % : 65 % de leur prix est remboursé par l'Assurance maladie, 35 % par les assurances complémentaires qui offrent un « contrat responsable ». Les patients n'auront pas de coût à leur charge. Par ailleurs, il existe différents circuits adaptés, notamment les centres de vaccination, qui proposent des prises en charge totalement gratuites. •



DECÈS

CHANTAL DUCROUX-SCHOUWEY, PRÉSIDENTE DU CIANE, EST DÉCÉDÉE

Nous avons appris le décès de Chantal Ducroux-Schouwey, présidente du Ciane, jeudi 5 octobre, des suites d'un cancer. Elle fut la présidente du Ciane depuis sa création en 2003.

L'équipe des D.O. transmet ses plus sincères condoléances à sa famille et à ses proches.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 1^{ER} SEPTEMBRE 2017

FORMATIONS PARAMÉDICALES ET DE MAÏEUTIQUE DANS L'UNIVERSITÉ : AGNÈS BUZYN ET FRÉDÉRIQUE VIDAL LANCENT UNE MISSION

Madame Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, et Madame Frédérique Vidal, ministre de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'innovation, lancent conjointement une mission afin de poursuivre l'intégration des formations paramédicales et de maïeutique dans l'université.

Cette intégration répond à plusieurs objectifs de long terme, déterminants pour l'évolution du système de santé et la production de connaissances dans le champ de la santé :

- Développer l'activité de recherche, particulièrement en sciences infirmières, en sciences de la réadaptation et en science maïeutique ;
- Décloisonner les filières, et former tous les étudiants en santé à travailler de façon coordonnée autour des mêmes patients ;
- Reconnaître pleinement l'appartenance à l'enseignement supérieur, avec le statut et les droits afférents, de tous les étudiants engagés dans les filières de santé ;
- Assurer une gestion des compétences acquises adaptée aux besoins de chaque territoire, que ce soit dans le cadre de la formation initiale ou tout au long de la vie des professionnels de santé ;
- Et enfin, permettre le développement de nouveaux métiers reposant sur de nouvelles formations.

Les formations paramédicales et de maïeutique concernent près de 150 000 étudiants et constituent un secteur d'activité majeur pour notre pays. Le rôle de M. Stéphane Lebouler, à qui est confiée la mission, sera de relancer la concertation avec l'ensemble des acteurs, étudiants, formateurs, universités, professionnels, collectivités territoriales, et de préciser les étapes de l'intégration à l'université de ces formations.

À partir des expériences existantes, la mission devra également préciser les modalités permettant de simplifier les circuits de recrutement dans ces filières ainsi que l'inscription des étudiants à l'université, l'établissement de leur carte d'étudiant, l'accès aux services universitaires et sociaux et la délivrance de leurs diplômes.

Les évolutions possibles des statuts des formateurs dans ces filières devront être examinées, afin de garantir le bon déroulement de carrière des actuels formateurs mais également de les intégrer pleinement dans les universités. Un inventaire sera fait des dispositions institutionnelles et des outils de gouvernance disponibles dans les universités pour bien inclure ces formations, ainsi que des éventuels freins constitutionnels, législatifs ou réglementaires que cette intégration pourrait rencontrer.

Les coûts que représentent ces évolutions devront être évalués, en veillant à distinguer les surcoûts éventuels liés aux changements d'organisations de ceux liés à l'ambition de développer des activités de recherche. Cette ambition constitue un enjeu clé de l'universitarisation de ces formations et un prérequis nécessaire pour conférer un grade universitaire aux diplômés des formations paramédicales et de maïeutique.

Les deux ministères ont exprimé leur souhait qu'une première étape de cette mission soit conclue au plus tard en décembre 2017, permettant notamment d'identifier les mesures destinées à entrer en vigueur à la rentrée 2018. •



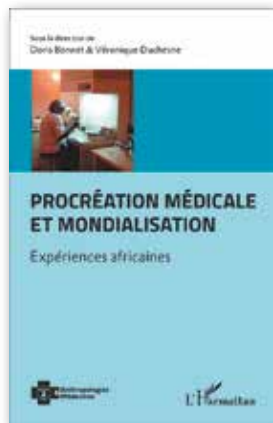
Procréation médicale et mondialisation Expériences africaines

- Doris BONNET
Avec la contribution de
Véronique DUCHESNE

Cet ouvrage analyse la portée de l'émergence de la procréation médicale en Afrique subsaharienne. Le contexte dans lequel elle a émergé, les populations et les conditions d'accès. La stigmatisation sociale liée à l'infertilité a poussé des couples à recourir à la fécondation assistée mais les inégalités sociales ont réduit cet accès aux classes moyennes. La procréation médicale est une nouvelle façon de faire des enfants et donc de faire des parents. Elle révèle l'émergence de l'idée d'un enfant du couple et non plus seulement d'un enfant du lignage. Elle répond à des objectifs thérapeutiques, mais elle est aussi emblématique d'un contexte africain urbain contemporain en forte évolution.

Doris BONNET : Directrice de recherche émérite à l'Institut de Recherche pour le Développement, anthropologue.

Véronique DUCHESNE : Maître de conférences en anthropologie, Université Paris Descartes, Faculté des Sciences sociales et humaines.



Éditions L'Harmattan
24,70 € - 250 pages
Format : 150 x 210 mm

ISBN : 978-2-343-09974-3
Parution : 1^{er} octobre 2017
<http://www.editions-harmattan.fr/>

Le tout dernier été

- Anne BERT

« Je viens de rencontrer mes passeurs. Ces hommes qui font désormais partie de ma vie puisqu'ils vont m'aider à la quitter.

Je les ai sentis rigoureux, exigeants, prudents. Et engagés à me tendre doucement la main. Une autre médecine qui, quand elle ne peut plus soigner le corps, se décide à soigner l'âme. »

Parce qu'elle aime furieusement la vie et qu'elle est condamnée, Anne Bert a décidé de choisir et de ne pas subir jusqu'au bout les tortures que lui inflige la maladie de Charcot. C'est ce cheminement qu'elle nous raconte ici. Celui de devoir mourir hors-la-loi, et hors-les-murs, puisque la loi française ne l'autorise pas à abréger ses souffrances. Celui aussi de son dernier été.

Il faut découvrir le goût des dernières fois et des renoncements, apprendre à penser la mort, dire au revoir à ceux qu'elle aime, en faisant le pari de la joie malgré le chagrin.

Un récit poignant, une ode à la liberté et à la vie, permise seulement par sa détermination à dire non.



Éditions Fayard
15 € - 162 pages
Format : 135 x 215 mm

EAN : 9782213705521
Parution : 4 octobre 2017
<http://www.fayard.fr/>

Mais... c'est pour son bien

- Sylvie BEMBEN

Mais... c'est pour son bien!

Combien de souffrances ont été infligées à la mère et à l'enfant avec cet alibi... Cet ouvrage s'adresse à un vaste lectorat :

- Les femmes, en âge de procréer, qu'elles aient eu déjà un enfant ou non.
- Les mères qui, après s'être dit « *si j'avais su* », offriront ce livre à leur fille pour leur éviter de reproduire ce qu'elles-mêmes ont souvent (mal) vécu.
- Les maris aimants, pourquoi pas, qui comprendront certaines choses et éviteront quelques maladresses.
- Les sages-femmes qui, à défaut d'apprendre ce qu'elles savent déjà, se sentiront moins seules.
- Tous les intervenants de santé qui trouveront là le déclencheur d'un supplément d'humanité.

Ce livre est un cri de révolte et d'espoir. Comme tel, parfois un peu désordonné. Mais, dans ces aventures contées "au fil de l'eau" vous découvrirez, sur un fond d'humanité permanent, l'expérience d'une femme, si ce n'est sage, passionnée par son métier. Il ne va pas révolutionner toutes les pratiques mais, s'il parvient à rendre plus "naturelle" l'arrivée dans ce monde brutal d'enfants heureux, avec des mamans "bonheur", l'auteur se dira : "mission accomplie".



Les Éditions du Bord du Lot
16 € - 158 pages
Format : 155 x 240 mm
ISBN : 978-2-35208-298-9
Parution : 4 août 2017
<http://www.bordulot.fr>

J'appartiens à la grande famille des Êtres Humains. Et plus particulièrement à celle de la Femme. Nous sommes tous et toutes reliés. Ce qui arrive à ma sœur à l'autre bout de la planète, M'arrive à moi aussi. Je suis concernée. Nous le sommes tous. Si chacun change un peu sa manière de voir, Alors Nous changerons beaucoup de choses À Nous, à Vous de jouer. Sylvie BEMBEN

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

PARTIE 2

La voix des influences porte bien au-delà de ce que l'on imagine bien souvent. En cela, en juillet 2017, dans la revue *Sciences Humaines*, le journaliste Nicolas Journet ¹ rappelait que « le fait de s'intéresser à l'influence qu'exerce un environnement humain ou institutionnel sur le comportement des individus est le fondement même de l'exercice sociologique. »

En ce début de XXI^e siècle, l'engouement pour cette réflexion sur les influences ne s'arrête pas là. Il se poursuit notamment par l'existence à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS) d'un cours dirigé par Emanuele Coccia ² et intitulé « *Théorie des influences* ». Ce cours, proposé du 7 mars 2018 au 13 juin 2018, est présenté comme suit : « *L'influence est la plus vague des notions. Elle est partout, mais elle semble ne pas avoir de contenu. Elle détermine tout, mais elle reste indéfinissable. Nous ne cessons jamais de l'évoquer et d'en parler : tout raisonnement historique n'est qu'une spéculation obstinée autour de son essence* ³ ». Le pouvoir d'attraction de nombreux facteurs au cours de la grossesse, de la conception à la naissance, devrait donc être pris en compte dans toutes les études.

Dans cette deuxième partie de la 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.

INFLUENCER LES FEMMES ENCEINTES DANS LA SPHÈRE PRIVÉE : LA FAMILLE EST-ELLE UNE ENTITÉ SOCIALE INFLUENTE ?

La question des influences qui agissent au moment de la conception n'est pas une question incongrue. Au point de départ, rappelons que l'on parle volontiers des mystères ⁴ qui entourent, dans le couple, dans l'esprit de la femme et/ou de l'homme (d'une manière isolée), la décision de procréer comme d'une sorte de "jardin secret". Thérèse Jacob-Hargot et Henri Joyeux dans le livre *Pour une libération sexuelle véritable* paru en 2017, abondaient dans ce sens lorsqu'ils écrivaient que « la décision de procréer est prise dans la plus stricte intimité et sous l'impulsion d'un désir sexuel. »

Dans ces moments privés qui suivent les allées empruntées par les couples au moment de la procréation et des mois de grossesse qui suivent, les influences sont en permanence présentes. Elles permettent d'exorciser et/ou de dépasser certaines craintes.

La décision de procréer est prise dans la plus stricte intimité et sous l'impulsion d'un désir sexuel.

Ainsi, durant ce laps de temps, d'abord les femmes reçoivent des influences venues tantôt d'autres femmes, tantôt d'autres hommes, mais surtout de personnes qui véhiculent principalement des croyances et/ou des coutumes anciennes transmises de générations en générations.

En ce début de XXI^e siècle, la transposition d'influences anciennes, même si la science a éclairci un nombre considérable de zones d'ombre, a toujours cours. Comme les connaissances en médecine ou en obstétrique de la majorité de la population sont vagues, une partie non négligeable donne confiance aux "prescriptions" (mêmes infondées) des (très) proches parents ou amis.

La démonstration s'appuie d'abord sur un lieu commun : la manifestation des influences s'effectue au départ sur la décision ou pas de concevoir un bébé. C'est souvent une

1. Nicolas Journet est docteur en ethnologie.

2. Emanuele Coccia est maître de conférences de l'EHESS.

3. <http://enseignements-2017.ehess.fr/2017/ue/1973/>

4. Par "mystère" nous entendons « ce qui ne peut être expliqué par l'esprit humain dans la nature ou dans les destinées humaines ; ce qui est inconnaissable » (définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales).

affaire de négociation(s). Dans une partie des couples, cette décision passe par le dialogue et obtenir un consensus afin de trouver le bon moment pour réaliser ce projet de grossesse. On peut par exemple prendre le cas d'une décision prise en fonction de l'évolution de la carrière de l'un ou de l'autre. L'emploi de moyens de contraception permet depuis quelques décennies de programmer la conception et la naissance de son enfant ⁵. Dans d'autres cas, la conception d'un enfant est un moyen d'assurer la stabilité affective dans le couple ⁶.

Autre argument : dans la sphère privée, le sexe du futur enfant peut amener l'intervention ou l'influence d'une tierce personne qui distille la plupart du temps des recettes sans fondements pour obtenir soit la venue au monde d'un garçon soit celle d'une fille ⁷. Ce type d'influence reste présent dans les communautés dans lesquelles le poids des traditions à la naissance d'un garçon, d'une fille ou de jumeaux demeure lourd. Aujourd'hui, on évoque la fin du hasard grâce à la science qui permet de "choisir" le sexe de son futur enfant.

Par ailleurs, la gestion du hasard qui passe par l'emploi d'un test visant à connaître le sexe de l'enfant dès la septième semaine ⁸ peut entraîner des avortements sélectifs. Ils peuvent avoir une influence néfaste et être une source d'anxiété pour les femmes et les hommes.

Intéressons-nous un instant à la recherche de l'enfant parfait. Dans un contexte contemporain, bien que la perfection n'existe pas, l'influence de la quête de cette dernière représente une idée largement répandue dans les médias généralistes qui traitent de la grossesse. L'inverse se trouve aussi dans d'autres médias, comme l'atteste cet article paru dans *Le Figaro* et intitulé « Femmes : en finir avec la quête de perfection ? » Cet article est toujours disponible sur le site Internet du quotidien *Le Figaro* ⁹.

À présent, à l'image de ce que la panoplie des fictions et des créations imaginaires dépeint, une réflexion sur l'influence qu'exercent les hommes sur les femmes en tentant de faire entendre leurs "mâles voix" durant la période qui s'étend de la conception à la naissance s'impose.

On peut supposer que, même s'il est difficile de garantir une réponse précise à cette réflexion sans enquête précise, comme l'indiquait la philosophe Élisabeth Badinter en évoquant le regard de la religion sur les femmes : « Chaque fois, l'Église cautionne un schéma de subordination de la femme aux hommes ».

La réponse à cette quasi-affirmation relève donc de l'agnostologie, c'est-à-dire de la science de l'ignorance initiée par l'historien des sciences Robert Proctor. Nous pouvons toutefois nous demander si cette influence existe et, si cela est le cas, si elle n'a pas pour conséquence de miner le moral des femmes enceintes ou si, inversement, elle se

Le mariage est une sorte de cercueil et chaque enfant est un nouveau clou.

désamorçage rapidement. On se souvient de la ruminant d'Omer Simpson dans le dessin animé *Les Simpson* qui avait cette teneur : « Le mariage est une sorte de cercueil et chaque enfant est un

nouveau clou. » La conception dans un lieu où les hommes ont une forte présence comme une enclave militaire peut incarner une forme d'influence.

LES RÉPERCUSSIONS DES INFLUENCES SUR LE CORPS DES FEMMES ENCEINTES

Peut-on observer ou mesurer les conséquences des influences reçues par les femmes enceintes sur leur corps ou dans leurs comportements ? Il y a deux ans, le site Internet Slate.fr tentait d'apporter une réponse à cette interrogation dans l'article intitulé « Culpabilise-t-on trop les femmes enceintes ? » ¹⁰.

L'amélioration de la qualité des soins ces dernières décennies ayant été importante, il est difficile de concevoir que de "simples" influences peuvent provoquer des maux. Comme l'écrivaient en 2016 Nolwenn Lagadec et Gladys Ibanez du Département d'enseignement et de recherche en médecine générale de Paris VI, « la grossesse est aussi une période de transition où les changements physiques et émotionnels sont considérables. Même lors d'une grossesse non compliquée, ces modifications peuvent altérer la qualité de vie des femmes enceintes » ¹¹.

Au moment de la conception soufflent des airs très différents en fonction des situations. Si le désir de concevoir un enfant est dans la majorité des cas un acte volontaire, il peut aussi suivre des violences exercées contre les femmes ¹². À partir de ce constat, admettons que l'influence sur la "santé sexuelle" des femmes n'est pas la même dans le premier cas et dans le second cas.

Au fil des siècles, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des femmes enceintes a aussi eu une influence majuscule. Toutefois cela prit un long temps pour s'imposer dans l'Hexagone.

Rappelons d'une part, que, dans le passé les femmes enceintes ne dévoilaient pas leur corps ; ce fut à force d'influences qu'elles dévoilèrent leur nudité au personnel médical. Du refus à l'acceptation, les étapes se mirent en place doucement.

D'autre part, vers la fin du XVIII^e siècle, les progrès de l'anatomie permirent de faire des progrès en science obstétricale. Par exemple, à cette époque, le palper obstétrical prit de l'importance ; le traité d'Adolphe Pinard (1844-1934)

5. Lire *La grossesse, un frein tenace dans la carrière des femmes*. *L'express*, 24 mars 2015.

6. Lire Garcia Vincent, *Le couple : espace identitaire à trois facettes*. Dialogue, 2008, 4, 182, pp. 135-144.

7. Ces astuces de grand-mère se lisent dans de nombreux magazines comme *Femme Actuelle* (*Fille ou garçon, comment connaître le sexe de son enfant ?*) ou *Parents* (*Connaître le sexe de bébé : les légendes et la réalité*).

8. *Un kit pour connaître le sexe de son enfant*. 20 minutes, 4 mai 2007.

9. <http://sante.lefigaro.fr>

10. www.slate.fr

11. Lagadec Nolwenn, Ibanez Gladys, *Prendre en compte la qualité de vie des femmes enceintes en médecine générale*. *Exercer*, 2016, 124, 73-84.

12. Gagne Julie, Rioux Jean-Sébastien, *Femmes et conflits armés : réalités, Jeçons et avancement des politiques*. Laval, Presses Université Laval, 2005, 257 p.

sur le palper abdominal de 1878 « *incontestablement désirable au point de vue de la terminaison favorable du travail* » amena nombre d'« *avantages pour les femmes, les enfants et les médecins eux-mêmes* ».

L'influence des travaux des professionnels de santé ne toucha cependant pas toutes les strates de la société. Les paysannes, par exemple, refusèrent les soins. Aujourd'hui, nous l'avons oublié mais le paysan croyait dans la drogue qui guérissait, mais pas dans l'hygiène du corps qui prévenait. De plus, la paysanne enceinte ne voyait jamais le médecin car il était malsain pour une honnête femme de montrer sa nudité.

Il en fut de même pour la classe ouvrière qui n'eut pas jusqu'au début du XX^e siècle accès à la médecine. Une fois de plus, répétons que jadis, les femmes ne montraient leur corps qu'à d'autres femmes. L'influence de la médecine fut aussi freinée par la persistance des pèlerinages et des croyances populaires des voisines et des matrones. Anne Carol a montré que dans « *un XIX^e siècle réputé prude, les occasions de voir et d'expérimenter la nudité totale ou partielle semblent devoir être minces* »¹³.

Puis, l'image du corps de la femme évolua. Même si le corps de la femme enceinte dans la seconde moitié du XX^e siècle et au début du XXI^e siècle semble plus propice à accepter les influences, des disparités existent. La femme qui est enceinte avant le mariage pouvait-elle (et le peut-elle de nos jours) s'habiller en blanc au jour de ses noces ? Ici il y a de nombreuses nuances à introduire. Souvenons-nous qu'en 1907, Léon Blum (1872-1950) prônait une réforme préconisant pour les jeunes gens, la multiplication des relations sexuelles avant le mariage. Il l'écrivit dans le livre intitulé *Du mariage*¹⁴.

Enfin, face à la détresse de certaines femmes dont le regard est soumis aux regards inquisiteurs des proches, les femmes n'ont d'autre issue que de dissimuler leur grossesse.

L'INFLUENCE DES MÉDIAS GÉNÉRALISTES

L'œil en état d'alerte, intéressons-nous à présent à l'influence des médias sur les femmes enceintes. En mai 2003, la revue *Paediatrics and Child Health* s'intéressait aux « *répercussions de l'usage des médias sur les enfants et les adolescents* » et indiquait en introduction : « *Les médias exercent une profonde influence sur le développement psychosocial des enfants.* »

Les "bombardements des médias" dont l'« *influence est subtile, cumulative et prolongée* » ont probablement des effets iatrogènes (effets néfastes) sur les femmes enceintes. De plus, comme la littérature scientifique n'est pas facilement accessible et « *qu'il existe aujourd'hui un réel besoin d'information concernant la santé* »¹⁵ beaucoup cherchent des informations dans les médias généralistes.

Aimont M., Carly B., Degueldre M., Liebens F., Pastijn A., Rozenberg S., et Swimberg S. écrivaient en 2005 à ce sujet : « *Selon l'étude du National Health Council Survey (N.D.L.R. : l'étude avait été réalisée en 1997) 75 % des adultes américains accordent une attention modérée (50 %) ou importante (25 %) aux informations concernant la médecine et la santé diffusées par les médias. Les sources principales de ces informations sont :*

la télévision (40 %), les magazines ou périodiques (35 %) et les journaux (16 %). Plus de la moitié (58 %) des personnes interrogées déclare avoir changé leur comportement ou pris de nouvelles résolutions après avoir pris connaissance des informations médicales dans les médias, et 42 % d'entre elles déclarent avoir poursuivi la quête d'informations supplémentaires. »

Bien que cette étude date de vingt ans, l'influence des revues non médicales sur les femmes enceintes a des conséquences non négligeables comme l'a montré une étude plus récente menée par Sibylle Noura pour l'obtention de son diplôme de sage-femme. Menée en 2015 à l'université de Poitiers, l'étude portait sur le thème « *Évaluation de l'utilisation d'Internet par les femmes enceintes.* » Son enquête a permis de montrer que « *76,1 % des 209 femmes enceintes interrogées du 4 décembre 2014 au 4 mars 2015 utilisaient régulièrement Internet pour les recherches d'informations relatives à leur grossesse.* »

75 % des adultes américains accordent une attention modérée ou importante aux informations concernant la médecine et la santé diffusées par les médias.

Un effet inattendu des médias a été mesuré aux Pays-Bas lors du crash du vol MH17 de la Malaysia Airlines au-dessus de l'Ukraine.

Les messages sanitaires ont aussi une influence importante comme, « *en application de l'arrêté ministériel du 2 octobre 2006, un message sanitaire à destination des femmes enceintes, préconisant l'absence de consommation d'alcool* »¹⁶ fut apposé sur les conditionnements d'alcool. Le 6 juin 2017, le quotidien *La Dépêche* montra que le message avait bien été intégré. Les auteurs indiquaient : « *44 % des Français déclarent spontanément qu'il n'existe "pas de consommation sans risque pour l'enfant", contre 25 % en 2015. Le fait qu'il n'existe pas de différence entre les alcools est mieux perçu. Au total, 33 % de la population sait que boire comporte des risques tout au long de la grossesse, contre 20 % en 2015* », indique Santé publique France. »¹⁷

Les messages sanitaires ont aussi une influence importante comme, « *en application de l'arrêté ministériel du 2 octobre 2006, un message sanitaire à destination des femmes enceintes, préconisant l'absence de consommation d'alcool* »¹⁶ fut apposé sur les conditionnements d'alcool. Le 6 juin 2017, le quotidien *La Dépêche* montra que le message avait bien été intégré. Les auteurs indiquaient : « *44 % des Français déclarent spontanément qu'il n'existe "pas de consommation sans risque pour l'enfant", contre 25 % en 2015. Le fait qu'il n'existe pas de différence entre les alcools est mieux perçu. Au total, 33 % de la population sait que boire comporte des risques tout au long de la grossesse, contre 20 % en 2015* », indique Santé publique France. »¹⁷

LE CORPS DE LA FEMME AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

En quête d'un dernier repère, dressons le tableau de l'influence des progrès accomplis par la science obstétricale et qui ont permis de bons accouchements et la bonne prise

13. Carol Anne, *La nudité au XIX^e siècle*. Rives Méditerranéennes, 2008, 30, pp. 25-37.

14. Un grand progrès eut lieu pour les femmes cette année 1907. En effet, le 13 juillet 1907, les femmes mariées obtinrent le droit de disposer librement de leur salaire.

15. Aimont M., Carly B., Degueldre M., Liebens F., Pastijn A., Rozenberg S., et Swimberg S., "Internet, presse, médias : nouveaux éléments dans la communication médicale." 27^{es} journées de la SFSPM, Deauville, novembre 2005.

16. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/07/cp070926.asp>

17. *Alcool et grossesse : le Français, convaincu des méfaits ?*, *La Dépêche*, 6 septembre 2017.

en charge des nouveau-nés. Ces progrès permirent d'éviter la mort de nombreuses mères et de nombreux enfants.

Si, comme l'écrivait l'historien Jacques Gélis en 1977 dans l'article intitulé *Sages-femmes et accoucheurs : l'obstétrique populaire aux XVII^e et XVIII^e siècles*, « la matrone a depuis toujours dans le village une influence qui dépasse

son rôle d'accoucheuse »¹⁸, « l'influence grandissante des chirurgiens »¹⁹ eut, après des siècles de traitements "hasardeux" et parfois "dangereux" une influence positive sur les parturientes. En effet, au début, l'intervention des

chirurgiens au moment de l'accouchement était hasardeuse d'autant que « À la pratique sans la théorie qui caractérisait la formation des matrones, les accoucheurs ne pouvaient guère opposer, jusqu'au début du XVIII^e siècle, que la théorie sans la pratique. »²⁰

Dès la fin du XIX^e siècle, certains médecins contribuèrent à l'amélioration des accouchements. Ce fut le cas par exemple de Stéphane Tarnier (1828-1897)²¹, de Joseph Raulin (1708-1784) qui développa des méthodes pour lutter contre les mauvaises manœuvres, le développement d'autres techniques comme l'accouchement au chloroforme exerça une influence positive sur l'accompagnement des parturientes...²²

CONCLUSION

La relecture de l'Histoire montre que les influences sur les femmes enceintes ont conditionné la vie des sociétés. Dans cette contribution, il n'a pas été question de rejeter les influences, mais de mettre en place des grilles de lecture à l'usage de tous pour que les influences ne soient pas ou plus oubliées. •

18. Gélis Jacques, *Sages-femmes et accoucheurs : l'obstétrique populaire aux XVII^e et XVIII^e siècles*. Annales. 1977, 32, 5, pp. 927-957.

19. Op. cit., note 9.

20. Gélis Jacques, *La formation des accoucheurs et des sages-femmes aux XVII^e et XVIII^e siècles*. Annales de démographie historique, 1977, 1, pp. 153-180.

21. Poznanski D., *Il y a cent ans : le professeur Stéphane Tarnier*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 27, 1, avril 1998, p. 9.

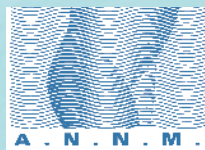
22. Dutertre Auguste Robert Émile, *De l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels*. A. Parent, 1882, 351 p.

AGENDA EN BREF

AGENDA & FORMATIONS

- **28 OCTOBRE 2017**
PARIS - 10/14 rue Charles Fourier - 75013 Paris
à 14 h (Métro Tolbiac ou Maison Blanche)
Conférence "Infertilité: l'AMP intègre-t-elle une France plurielle?"
Confirmer votre présence auprès de Sandrine Ovocytemoi@gmx.fr
- **9 NOVEMBRE 2017**
CENTRE CULTUREL MARCEL HICTER LA MORLAGNE (BELGIQUE)
Journée de conférence de l'UpSfb
Thème Sage-femme et santé mentale
<http://sage-femme.be/>
- **9-10 NOVEMBRE 2017**
MONACO MERIDIEN BEACH PLAZA
1^{er} Congrès international des Sages-femmes - C.I.Sa.F.
Thèmes "La physiologie et le rôle de la sage-femme" - "Quel accompagnement proposer aux parturientes dans le respect de la physiologie ?"
cerc-congres.com
- **10-11 NOVEMBRE 2017**
PARIS (13^e)
IV^e Congrès "Je Suis la Sage-Femme"
Thèmes Psychanalyse et Sexualité, Histoire, Philosophie, Le religieux, Sociologie, Art et Mode
www.eska.fr
- **17-18 NOVEMBRE 2017**
PARIS (15^e)
45^e Journées Jean Cohen
Thèmes Gynécologie Obstétrique et Reproduction 2017
www.eska.fr
- **17-18 NOVEMBRE 2017**
PARIS (15^e)
Cancers au féminin
Les événements de l'année en cancers au féminin
www.eska.fr
- **24 NOVEMBRE 2017**
NEUILLY-SUR-SEINE (92)
18^e Journée sur l'Assistance Médicale à la Procréation de l'Hôpital Américain de Paris
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
- **5-6 FÉVRIER 2018**
ISSY-LES-MOULINEAUX (92)
16^e Journées du Collège National des Sages-Femmes de France
cerc-congres.com
- **22-23-24-25 MAI 2018**
MARSEILLE
46^{es} Assises Nationales des Sages-Femmes
cerc-congres.com

Association Nationale Natation & Maternité



PIONNIÈRE DEPUIS 1977

Programme et inscription

6, Allée de la Tournelle
91370 Verrières le Buisson
Message : 01 69 30 98 01
Courriel : infos@annm.fr
Site internet : <http://annm.fr>

N° d'agr. Formation continue : 11 92 119 4292

PRÉPARATION À LA NAISSANCE ET ACTIVITÉS PRÉ ET POSTNATALES EN MILIEU AQUATIQUE

Formations bi-annuelles

PROCHAINES FORMATIONS

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

▷ Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes

BAMP
SAMEDI 28 OCTOBRE 2017 À 14H00
CONFÉRENCE
Infertilité : l'AMP intègre-t-elle une France plurielle ?

INTERVENANTES

- **Sandrine NGATCHOU**
Fondatrice de la page et Chaîne Youtube
Ovocytomei - « Noire et Infertile : Une vie passionnée »
- **Sylvie EPELBOIN**
Gynécologue obstétricienne, coordonatrice du Centre d'AMP
Bichat-Claude Bernard, Hôpitaux Universitaires
Paris Nord Val de Seine Université Paris Diderot
- **Véronique DUCHESNE**
Maître de conférences à l'Université Paris-Descartes
Anthropologue
- **Doris BONNET**
Directrice de recherche émérite à l'Institut de Recherche pour
le Développement, Anthropologue
- **Marie-Christine MOLLE**
Présidente de l'association DESIR (Cameroun)
Association de lutte contre l'infertilité auprès des personnes les plus
démunies
- **Soleine SCOTNEY**
Senior Manager, Santé Publique, Clinton Health Access Initiative
Démocratisation de l'accès au traitement pour infertilité en Afrique
Auteur du blog « Mama Nobody »

Association collectif BAMP | @collectifBAMP | COLLECTIF_BAMP

Pratiquer dès le lendemain du séminaire



Institut
Naissance
& Formations



**Calendrier
2017/2018**

Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh

Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

PROGRAMME EN 3 ÉTAPES

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

Niveau 1 • St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse

Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine

- du 15 au 18/01/18 et du 12 au 15/02/18

- du 5 au 8/03/18 et du 3 au 6/04/18

• Nanterre (92) - Espace Chevreul

Formatrice: Anne-Françoise Sachet

- du 22 au 25/01/18 et du 19 au 22/02/18

- du 28 au 31/05/18 et du 25 au 28/06/18

• Vergèze (30) - La Clé des Chants

Formatrice: Corinne Roques

- du 13 au 16/03/18 et du 10 au 13/04/18

Niveau 2 • Nanterre (92) - Espace Chevreul

Formatrice: Anne-Françoise Sachet

- du 12 au 15/03/18 et du 9 au 12/04/18

• Vergèze (30) - La Clé des Chants

Formatrice: Corinne Roques

- du 15 au 18/05/18 et du 12 au 15/06/18

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 2017
Programmation en région possible. Nous contacter.

Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

- Durée: 3 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- Paris 18^e
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 4 au 6 décembre 2017
- du 16 au 18 avril 2018

Renseignements auprès de Jocelyne Dallem

☎ 03 89 62 94 21 - ✉ cmp.info@free.fr

Institut Naissance & Formations - 2a rue du Paradis - 68190 Ungersheim

🌐 www.institutnaissanceetformations.fr

Prises en charge possibles: DPC - FIF-PL

N'féraïdo®
 modelages
 accompagnement
 Physiologie

Volet obstétrique*

Réponses manuelles aux maux de
**Cycle I : La grossesse, l'accouchement
 et le post-partum**
Cycle II : La mère et le bébé

Dates Paris	Dates Agen
Cycle I : 13 au 15 nov 2017 19 au 21 fev 2018	Cycle I : 11 au 13 avril 2018 Cycle II : 21 au 23 nov 2018
Cycle II : 16 au 18 nov 2017 22 au 24 fev 2018	* D.Jacquin D.O.

Volet uro-gynécologique**

Rééducation manuelle par voie externe
 Modelages : Bassin, organes pelviens & périnée

Dates Paris	Dates Agen
19 au 21 mars 2018 08 au 10 oct 2018	07 au 09 fev 2018 06 au 08 juin 2018

** Francine Augère S.E.

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



FORMATIONS ANSFL 2017

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

TARIFS, DATES, ADHÉSION www.ansfl.org

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

ÉCHOGRAPHIE ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE

Intervenantes : Évelyne Rigaut (SF-Écho)
Lorraine Guénédal (Biologiste)
Date : site www.ansfl.org

LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE GYNÉCOLOGIE DE PRÉVENTION

Intervenante : Annie Sirven (SF)
• Session I : Date : site www.ansfl.org
St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
• Session II : Date : 20-21-22 mars 2018
(Pré-requis : session I)

L'INSTALLATION EN LIBÉRAL

Intervenante : Laurence Platel (SF)
Date : 9 décembre 2017 - Nantes

INITIATION À LA PENSÉE CRITIQUE LES SAGES-FEMMES (14 H)

Intervenante : Amélie Battaglia (Formatrice)
Date : 5-6 juin 2018 - Paris

LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES À BAS RISQUES

Intervenante : Amélie Battaglia (Formatrice)
Date : juin 2018 - Paris

LA SEXOLOGIE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE NOS PATIENTES ET DE LEURS CONJOINTS

Intervenante : Nicole Andrieu (SF)
Date : site 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
Date : 5-6 avril 2018
- Session II : Les pathologies urinaires
Date : 21-22 juin 2018
(Pré requis : session I)
- Session III : Retrouver la mobilité et le dynamisme
Date : 2^e semestre 2018
(Pré requis : session II)
- Session IV : Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre
(Pré requis : session III)
Date : 2^e semestre 2018

Toutes nos formations : FIF-PL

FORMATIONS PROPOSÉES SEULEMENT EN "GROUPE CONSTITUÉ"

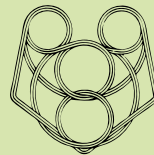
LA PRATIQUE LIBÉRALE : CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS

Intervenante : Laurence Platel (SF)

ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ (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



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 : cirdhfv@haptonomie.org

www.haptonomie.org



IV^e Congrès

“JE SUIS LA SAGE-FEMME”

LA SAGE-FEMME ET LE CORPS

VENDREDI 10
& SAMEDI 11 NOVEMBRE
2017

Auditorium de L'Institut
du Cerveau et de la Moelle Épineière
Hôpital de la Pitié Salpêtrière
47 Boulevard de l'Hôpital - 75013 Paris

Sous la présidence
d'Hélène de Gunzbourg et Benoît Legoedec

PROGRAMME

VENDREDI 10 NOVEMBRE 2017

- 8 h 30 ▶ Accueil des participants.
- 9 h 00 ▶ Ouverture du colloque.

CORPS, MYTHES ET RELIGION

- 9 h 15 ▶ Du bébé vampire au bébé zombie. *Marika Moisseeff, anthropologue.*
- 10 h 45 ▶ Pause
- 11 h 15 ▶ La femme, un corps au risque de l'altérité. *Dominique Gauch, psychanalyste, théologienne.*
- 11 h 45 ▶ Les organes médiateurs de la naissance. *Hélène de Gunzbourg, sage-femme, philosophe.*
- 12 h 15 ▶ Déjeuner.

CORPS, ARTS ET POLITIQUE

- 14 h 00 ▶ Création de danse : corps mécanique, corps esthétique. *Kylian Campbell, chorégraphe, danseur.*
- 14 h 30 ▶ Corps en scène, enjeu de lutte et de pouvoir pour le comédien, pour la sage-femme. *Jean-Christophe Dutrey, metteur en scène.*
- 15 h 00 ▶ Le contrôle des corps en prison, la double peine pour les mères. *Coline Cardin, sociologue.*
- 15 h 30 ▶ Pause.
- 16 h 00 ▶ La sage-femme a-t-elle un corps ? *Benoît Legoedec, sage-femme et coach - Céline Puill, sage-femme et sociologue.*
- 16 h 30 ▶ Le corps dans l'enseignement en maïeutique : récit d'une expérience originale. *Maï Le Dù, sage-femme enseignante et sociologue - Claire Perrin, directrice de l'école de sages-femmes de Tours.*

SAMEDI 11 NOVEMBRE 2017

- 8 h 30 ▶ Accueil des participants.
- 9 h 00 ▶ Ouverture du colloque.

CORPS, HISTOIRE ET PHILOSOPHIE

- 9 h 15 ▶ La naissance d'un corps professionnel au XIX^e et XX^e, les sages-femmes. *Nathalie Sage Pranchère, historienne.*
- 9 h 45 ▶ La femme entre corps et chair, « parfum de femme ». *Dominique Folscheid, philosophe.*
- 10 h 15 ▶ Pause.

CORPS, GENRE ET SEXE

- 11 h 15 ▶ La revanche de la chair. *Dominique Memmi, sociologue.*
- 11 h 45 ▶ Faut-il accueillir le nouveau né en l'assurant à un genre ? *Mathieu Le Mentec, infirmier sociologue.*
- 12 h 15 ▶ Déjeuner.

14 H00 À 17 H00, 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.

Des journées du Centre de Formation des Éditions ESKA de la revue D.O., organisées avec le concours de l'association « Je suis la sage-femme »
Inscription CFEÉ adressée aux Éditions 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



LE PRÉNATAL

- Analyse du rythme cardiaque fœtal
- Urgences gynécologiques et consultations inopinées 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

Medic Formation, c'est...

48

FORMATEURS

70

THÈMES DE FORMATION

8

ANS À VOS CÔTÉS



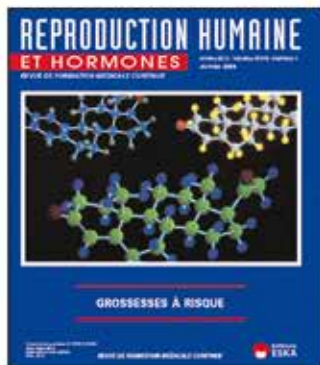
FORMATIONS EN INTRA

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



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



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



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



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



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

CFEE

Des revues éditées par les Editions ESKA

ESKA-CFEE : N° 11753436775
Inscription à adresser 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
Site : www.eska.fr

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

TARIF D'ABONNEMENT 11 NUMÉROS PAR AN

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

* Joindre attestation.

Abonnement collectif de service 153,00 €

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

ABONNEMENT 2017

VOS COORDONNÉES

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

Nom Prénom

Adresse

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

Pays Téléphone

E-mail

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

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

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

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

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

KOLOR PLAY® KOLOR CLIP® by kitett®



POUR LE CONFORT DE MAMAN, ET LE MIEN.

Tire-lait manuel

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



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



CE 0459



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

L'ALLAITEMENT PAR DTF MEDICAL



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

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

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



agence reciproque.fr

PHENIX **Monito**)

La première surveillance fœtale sans fil et sur grand écran



VIVALTIS Parc Europa - 200 rue de Thor - 34000 Montpellier - Tél. : 04 67 27 48 180 - Fax : 04 67 27 15 48 - contact@vivaltis.com - SARL au capital de 312 000 € Siret 42381946500034 APE 2863Z N° Intracommercialaire F161423819465 PHOTOS MOM CONTRACTUELLES



Facilité de transport
et d'installation



Grossesse multiple



Surveillance de
plusieurs patientes
en simultané



Capteurs sans fils :
simplicité, confort
et ergonomie

Cardiotocographe pour
le monitoring à domicile

Sunray by



Plus d'infos

Contactez-nous

☎ 04 67 27 15 42

www.vivaltis.com

