

LES **DO**

LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE



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

#498 JANVIER 2020

47^e année ISSN 0767-8293



DOSSIER
**OBÉSITÉ
& GROSSESSE**

Hommage à Jean Ossart

MAÏEUTIQUE Intégrer l'accouchement à domicile au système de santé périnatal français : motivations, enjeux et moyens

PÉDIATRIE La prématurité et le phénomène de multi-exposition

GYNÉCOLOGIE/OBSTÉTRIQUE **DOSSIER** ● Utilisation de la contraception hormonale chez les femmes obèses ou en surpoids ● Interventions pour aider les femmes en surpoids ou obèses à commencer et à continuer d'allaiter

SANTÉ PUBLIQUE Comptes rendus de la Commission Spéciale sur la Bioéthique du Sénat : audition de M^{me} Benachi et audition des Professeurs Mattei - Nisand - Frydman sur l'AMP

SCIENCES HUMAINES La GPA : une évolution attendue



Euromédial, créateur du set complet de pose avec stérilet depuis 2010!

Chère Madame, Cher Monsieur,

Vous avez très certainement eu connaissance, par le biais de l'ANSM ou de différentes associations de Gynécologues et de Sage-femmes, voire même avez été confronté(e) au problème de fabrication des stérilets Eurogine que nous distribuions (rupture des stérilets Novaplus et Ancora au moment de l'extraction).

Nous souhaitons, à travers ce communiqué, vous présenter nos excuses, ainsi qu'à vos patientes, pour les conséquences que cela a pu engendrer, et vous informer que nous avons pris toutes nos dispositions et cessé nos relations avec ce fabricant espagnol de DIU, au cuivre et argent, Eurogine.

Euromédial Gynécologie continue, bien évidemment, ses activités de promotion et de commercialisation de sa gamme SETHYGYN, créée en 2010, avec toujours le même concept novateur du DIU avec set de pose, sans surcoût pour la patiente ou le professionnel de santé.

Toujours désireux d'apporter un service supplémentaire aux patientes et aux professionnels de santé, nous vous proposons maintenant un stérilet avec hystéromètre que vous retrouverez dans les références ci-après.

Nous vous remercions pour votre confiance et restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Au plaisir de vous revoir sur notre stand lors des prochains congrès !

Mélanie et Christophe NORMAND

		Avec set de pose		Sans set de pose	
		Dénomination	Référence	Dénomination	Référence
DIU cuivre		Sethygyn T 380 A	9712162	Euromédial T 380 A	9707534
		Sethygyn T 380 Cu - Normal	9712179	Euromédial T 380 Cu - Normal	9707563
		Sethygyn T 380 Cu - Mini	9712185	Euromédial T 380 Cu - Mini	9707557
		Sethygyn 375 Cu - Normal	9712156	Euromédial 375 Cu - Normal	9707540
DIU Cuivre + Argent		Sethygyn T 380 Ag - Normal	9712127	Euromédial T 380 Ag - Normal	9712015
		Sethygyn T 380 Ag - Mini	9712110	Euromédial T 380 Ag - Mini	9712021
		Sethygyn T 380 Ag - Maxi	9712188	Euromédial T 380 Ag - Maxi	9712009



Conseil de prescription : " dénomination du stérilet + référence "

- 02** **ÉDITORIAL**
BENOÎT LE GOEDEC
- 04** Fragments inédits de l'histoire des Dossiers de l'Obstétrique
HOMMAGE À JEAN OSSART
- 12** **MAÏEUTIQUE**
Intégrer l'accouchement à domicile au système de santé périnatal français: motivations, enjeux et moyens
FLORIANE STAUFFER-OBRECHT
- 18** **PÉDIATRIE**
La prématurité et le phénomène de multi-exposition
FRÉDÉRIC MAUNY
- 20** **GYNÉCOLOGIE | OBSTÉTRIQUE**
- DOSSIER
OBÉSITÉ & GROSSESSE
- 20** Utilisation de la contraception hormonale chez les femmes obèses ou en surpoids
LAUREEN M LOPEZ ET AL.
- 21** Interventions pour aider les femmes en surpoids ou obèses à commencer et à continuer d'allaiter
FRANKIE J FAIR ET AL.

- 24** **SANTÉ PUBLIQUE**
- 24** Comptes rendus de la Commission Spéciale sur la Bioéthique du Sénat
Audition de M^{me} Alexandra Benachi, présidente de la Fédération française de centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal
- 27** Audition commune sur l'assistance médicale à la procréation
Pr Mattei - Pr Nisand - Pr Frydman
- 34** **SCIENCES HUMAINES**
La GPA : une évolution attendue
MAÎTRE NOÉMIE HOUCHE-TRAN
-
- 42** KIOSQUE
- 42** AGENDA EN BREF
- 44** FICHE TECHNIQUE
- 44** ACTUALITÉS
- 45** COMMUNIQUÉS
- 46** RECHERCHE
- 47** FORMATIONS



LES DO

ÉDITIONS ESKA

12 rue du Quatre-Septembre

75002 Paris

T. 01 42 86 55 65

F. 01 42 60 45 35

agpaedit@eska.fr

<http://www.eska.fr>

Photo de couverture :

Javier Allegue Barros - Unsplash.com

**POUR VOUS ABONNER,
RETOURNEZ-NOUS
LE BULLETIN EN PAGE 2.**

LES ANNONCEURS

- C2** Euromédial
- C3** Evian
- C4** Grandir Nature
- 03** Congrès "Les Dialogues de l'Obstétrique" (D.O.)
- 38** Lancement du "Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme" 2020
- 43** 8^e Journée Infectiologie Mère-Enfant
- 47** Institut Naissance et Formations
- 47** Formations ANSFL
- 48** Médicformation

OURS

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF

Benoît Le Goedic, Sage-femme
Benoitlegoedic@gmail.com

MEMBRES

Farid Boubred, PH Pédiatre, Marseille
Véronique Brevaut-Malaty, PH Pédiatre, Marseille
Isabelle Derrendinger, S-F, Directrice SF, Nantes
Clotilde Des Roberts, PH Pédiatre, Marseille
Bruno Deval, Gynécologue-Obstétricien, Paris
Claude Doyen, S-F, Directrice ESF Strasbourg
Alexandre Fabre, PH Pédiatre, Marseille
Pierre Frémondère, Enseignant Chercheur, ESF Marseille
Jocelyne Guerneur, S-F, Directrice ESF Rennes
Thierry Harvey, Chef de service, Gynécologue-Obstétricien, Paris
Pascale Hassler, S-F, Enseignante, ESF Marseille
Sandrine Hautbois-Vigne, S-F, Enseignante, ESF La Réunion
Sabrina Hubert-Payet, S-F, Directrice ESF La Réunion
Élisabeth Josse, S-F, Directrice de Formation, Boulogne-Billancourt
Pr Stephan Khmil, Ukraine
Pierre Mares, Chef de service, Gynécologue-Obstétricien, Nîmes
Philippe Merviel, Chef de service, Gynécologue-Obstétricien, Brest

Sylvie Morel, Sociologue, Nantes
Alexandra Musso, S-F, Enseignante, Nice
Christophe Pasca, Directeur IFROSS, MCU Sciences de Gestion HDR, Lyon
Marie-Agnès Poulain, S-F, Directrice ESF Amiens
Sébastien Riquet, Enseignant Chercheur, ESF Marseille
Cécile Rouillard, S-F, Directrice ESF Angers
Christine Talot, S-F, Sous-Directrice ESF Foch-Suresnes
Isabelle Vaast, S-F, Lille
Carole Zakarian, S-F, Directrice ESF Marseille

CONCEPTION GRAPHIQUE

Marie-Paule STÉPHAN
Conception, réalisation, suivi du numéro
mstudio@netc.fr

ÉDITION

Éditions ESKA

12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris
T. 01 42 86 55 65 - F. 01 42 60 45 35
<http://www.eska.fr>

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF
serge.kebabtchieff@eska.fr

Maquette intérieure et couverture, format, mise en page, sont la propriété des Éditions ESKA.

FABRICATION

Marise URBANO - agpaedit@eska.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

adv@eska.fr

**PUBLICITÉ - CONGRÈS
COMMUNICATION**

T. 01 42 86 55 69 - congres@eska.fr
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66
serge.kebabtchieff@eska.fr

**MARKETING - CONGRÈS
PUBLICITÉ**

Alicia GORRILLIOT
T. 01 42 86 55 69 - agpaedit@eska.fr
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66
serge.kebabtchieff@eska.fr

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Maitre Noémie HOUCHE-TRAN, Avocate, Paris
Frédéric MAUNY, UMR 6249 CNRS/Université de Franche-Comté, CHRU - Hôpital Saint-Jacques, Centre de méthodologie clinique, Besançon (25)
Alexandra MUSSO, Sage-femme enseignante, Nice (06)

Floriane STAUFFER-OBRECHT, Sage-femme libérale, Lunéville (54)

FONDATEUR DE LA REVUE

Jean OSSART

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 de l'éditeur. Ceci recouvre : copie papier, intranet, internet, etc. L'ensemble des contributions constituant cette publication ainsi que le copyright et les droits d'auteurs sont 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° 0222 T 81395.
Signataire de la Convention U.D.A. S.N.P.M.
Dépôt légal : Janvier 2020

Hommage à Jean Ossart

Jean Ossart est décédé le 24 décembre dernier.

Fondateur des Dossiers de l'Obstétrique en 1974, il connaissait très bien « l'habitus professionnel » des sages-femmes.

Profession dispersée, peu importante par rapport à la toute-puissance des médecins, trop discrètes pour faire entendre leurs voix, la revue voulue par Jean Ossart leur a donné un espace unique de réflexion, de publication, de rencontres. À cette revue à laquelle ont collaboré, au côté des sages-femmes, bon nombre de médecins, anthropologues, sociologues, historiens, psychologues... capables de penser la naissance comme son fondateur l'avait imaginée.

Faire perdurer la revue est un devoir et un honneur. Faire perdurer l'esprit initial de la revue est indispensable et ô combien difficile tant le monde obstétrical est devenu technique.

Les sages-femmes qui publient veulent des revues de recherche référencées, des moyens d'informations multiples et, chacun, dans le désir d'immédiateté et de consommation.

Pourtant, cette réflexion liée aux sciences humaines est la base d'une profession qui protège les femmes et la naissance ; l'Humanité tout entière.

Alors, en mémoire et par respect de son fondateur, saisissons l'occasion de sa disparition pour réveiller nos consciences à cette nécessité, écrire et partager nos expériences par des articles que nous publierons, s'unir et s'engager.

En hommage, nous publions ci-après un de ses écrits qui témoigne de ce parcours fondateur.

Benoît Le Goedic, Sage-femme,
Rédacteur en chef des D.O.

			<h2>ABONNEMENT 2020</h2>	
TARIF D'ABONNEMENT 11 NUMÉROS PAR AN				
Abonnement Particulier	Plein tarif	Étudiant(e)s* Retraité(e)s*		
FRANCE	79,00 €	50,00 €		
D.O.M.	84,00 €	60,00 €		
EUROPE OCCIDENTALE	92,00 €	62,00 €		
T.O.M./ÉTRANGER	94,00 €	65,00 €		
* Joindre attestation.				
Abonnement collectif de service			156,00 €	
En cas de règlement incomplet, l'abonnement sera réduit proportionnellement.				
			VOS COORDONNÉES <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> 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 - T. 01 42 86 55 65 - F. 01 42 60 45 35				

12
mars

LES DIALOGUES DE L'OBSTÉTRIQUE

ANCIENNEMENT "JE SUIS LA SAGE FEMME"

2020

Jeudi 12 mars 2020

Hôpital des Diaconesses,
18 rue du Sergent Bauchat, 75012 Paris

Une réunion des Sages-Femmes et autres professionnels de la naissance

COMITÉ SCIENTIFIQUE : T. HARVEY, B. LE GOEDEC, A. MUSSO, C. FOULHY

MATIN

- 8h30-8h45 ACCUEIL DES PARTICIPANTS – CAFÉ
8h45-9h00 INTRODUCTION
9h00-11h00 **SESSION 1 : LA SAGE-FEMME
DANS LA PRATIQUE
DE L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL**
- L'accouchement à domicile . . .Sidonie LE POUL PETIT*
Evaluation de l'expérimentation des maisons
de naissance en France Anne CHANTRY*
Ouverture du plateau technique aux sages-femmes
libéralesWilly BELHASSEN*
Intégrer l'accouchement à domicile au système
de santéFloriane STAUFFER OBRECHT*
Discussion
- 10h40-11h10 **Pause**
- 11h10-12h50 **SESSION 2 : PHYSIOLOGIE
DE LA NAISSANCE**
- Préparation physique à l'accouchement
par les techniques de Waff
- Tracer le rythme cardiaque RCF par une approche
de la physiologie fœtaleBlanche GRAESSLIN*
Les interventions obstétricales pendant le travail
peuvent-elles/devraient-elles diminuer ?
.Alexandra MUSSO*
Douleur et plainteBenoit LE GOEDEC
Discussion
- 13h00-14h00 **Déjeuner**

* sous réserve de confirmation

APRÈS-MIDI

- 14h00-15h30 **SESSION 3 : CONSTRUIRE
L'OBSTÉTRIQUE DE DEMAIN**
- Communication Plénière « Comment construire
l'obstétrique de demain »
- Rôle des techniques obstétricales
pour protéger le périnéeBruno DEVAL*
Prise en charge des douleurs immédiates
du post-partum (une prévention contre les douleurs
chroniques)Grazia SABATINO*
Sexualité avant et après l'accouchement
.Catherine SOLANO*
- 15h20-15h50 **Pause**
- 15h50-16h50 **SESSION 4 : PÉDIATRIE**
- 10 ans de NIDCAPJacques SIZUN*
Les mimiques et les pleurs du nouveau-né,
comment les interpréter (Projection d'un diaporama
venu d'Asie)Dominique LEYRONAS*
Mise en place de la relation précoce parents-enfant :
le rôle de la sage-femmeCéline DALLA LANA*
16h50-17h50 **SESSION 5 : GYNÉCOLOGIE**
- Difficultés du diagnostic et de la prise en charge
de l'endométriasePhilippe MERVIEL*
Les répercussions des infections vaginales
sur le psychisme de la patienteOdile BAGOT*
Sage-femme gynécologie et précarité
.Catherine FOULHY*
- 17h50 **CONCLUSION**
Thierry HARVEY*, Benoit LE GOEDEC

Des journées du centre de Formation des Editions ESKA de la revue DO.

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS

Contacts : Serge KEBABTCHIEFF, Cécile GROGNARD, 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





Fragments inédits de l'histoire des Dossiers de l'Obstétrique

PAR **JEAN OSSART**, FONDATEUR DES D.O.,
DIRECTEUR DE LA PUBLICATION DE 1974 À 2001 ET DE 2006 À 2012

Le 24 décembre 2019, disparaissait Jean Ossart, Fondateur des Dossiers de l'Obstétrique et Directeur de la publication pendant plus de 30 ans. Nous avons choisi de lui rendre hommage en partageant avec vous un article qu'il avait publié à l'occasion du Numéro des 30 ans, en novembre 2004 (Hors Série N° 2) et qui revient sur la genèse des D.O. Outre le caractère historique de ce texte, il permettra aux plus jeunes de resituer les D.O. dans l'histoire de l'obstétrique et aux moins jeunes de se souvenir de ses combats pour défendre la Naissance et à travers elle la profession de sage-femme.

Quoiqu'encre substantiel, ce texte est la version allégée d'une communication qui m'avait été demandée et que j'ai présentée le 15 mars 2003 aux honorables membres de la Société d'Histoire de la Naissance, présidente M^{me} Yvonne Knibiehler, sous le titre « *Les Dossiers de l'Obstétrique, une parenthèse dans l'histoire de la Naissance* ».

Pour m'en tenir à la métaphore culinaire, je dirai que la véritable histoire des « D.O. » est celle qui a été écrite au fil de ce dernier quart de siècle, en vous proposant, chaque mois, un menu que vous avez pu goûter, apprécier, ou rejeter en faisant la fine bouche.

Cependant, à l'instar de toute initiative qui, au départ, n'est qu'un projet risqué ambitionnant de devenir une référence, les D.O. ont dû, sans discontinuer, franchir moult étapes toujours probatoires, avant d'afficher, d'abord leur premier sommaire – leur premier menu – puis d'en assurer le suivi pour assurer leur survie.

Dans le foisonnement des souvenirs, des anecdotes et aussi des réflexions qui ont accompagné la genèse des quelque 300 numéros que j'ai aidés à accoucher et qui pourraient tenir plusieurs exemplaires de la revue, j'ai opéré un tri.

Et je vous invite à m'accompagner dans le dédale des fragments de cette histoire inédite – l'histoire côté cuisine en quelque sorte – indissociable de celle qui, depuis 30 ans, a été régulièrement offerte à votre appétit de connaissances.

1. L'HISTOIRE D'UNE GESTATION

C'était il y a 10 ans. Les D.O. étaient au seuil de leur vingtième année et nous nous étions mis en tête de célébrer cet événement en conviant à des retrouvailles celles et ceux qui, au cours des deux décennies écoulées, avaient accompagné la création et participé au développement de la revue.

Beaucoup, déjà, manquaient à l'appel, soit partis sous d'autres cieux sans laisser d'adresse, soit plus définitivement vers l'éternité.

Quoi qu'il en soit, c'est en toute intimité que nous nous retrouvâmes soixante-dix, les compagnons et les compagnes des survivants avaient été conviés, à l'issue d'un Comité de rédaction de printemps tenu par un radieux samedi de juin, autour d'un somptueux buffet qui fut apprécié comme l'acte majeur d'une convivialité que j'ai toujours estimée essentielle à toute œuvre collective.

Mais avant de passer aux choses sérieuses que sont les nourritures terrestres, j'avais été programmé pour rappeler en quelques mots le sens de cette célébration.

Je me souviens, une fois n'est pas coutume, avoir été bref. L'actualité d'alors m'avait révélé que deux autres médias allaient célébrer le même anniversaire en même temps que nous et, à la lecture des éditoriaux commémoratifs de leurs directeurs respectifs (Serge July et Jean Boissonnat) j'avais noté que nous avions un point de départ commun.

J'introduisais alors mon propos d'une phrase, non sans humour, qui m'est encore présente en mémoire comme si je venais de la prononcer : « *Cette année salue le 20^e anniversaire de trois organes de presse nés simultanément : un quotidien (Libération), un hebdomadaire (Le Point) et un mensuel (Les Dossiers de l'Obstétrique), tous trois enfants de Mai 68* ».

L'essentiel était dit...

J'évoquerai plus loin les circonstances qui permirent, en janvier 1974, la parution du premier numéro des D.O. Cependant, je tiens d'entrée à préciser que si, dans ces circonstances le hasard eût sa part, celles-ci ne furent déterminantes que dans la mesure où elles se conjuguèrent avec des motivations personnelles d'engagement permanent dans la vie de la cité, ce qui a toujours été et demeure le moteur de mon exigence citoyenne.

UN PROJET DE NAISSANCE AUSSITÔT DÉCRIÉ...

Les D.O. ont été, dès le départ, conçus à l'intention des sages-femmes, « pivot de l'équipe obstétricale », ce qui impliquait qu'ils étaient ouverts à tous les professionnels œuvrant « dans et autour de la naissance » ainsi qu'aux usagers et que tous, à ces différents titres, y trouveraient colonnes ouvertes et pourraient dialoguer.

Cette disposition nous valut immédiatement l'aliénation haineuse de professionnelles intégristes froufroutant dans le sillage de leurs patrons et qui, drapées dans leur pureté originelle déjà passablement rancie, déploraient à la fois leurs conditions de soumission à la hiérarchie et en revendiquaient le maintien au nom de la tradition.

Nous fûmes illico suspectés de manipulation par des forces obscures et caricaturés comme « des loups investissant la bergerie dans le noir dessein de la détruire ».

... À ce propos, avant de poursuivre, je souhaiterais me livrer à cet aparté.

De toute évidence, bien qu'au cours de ce quart de siècle où j'ai assuré l'animation de la revue et que son histoire officielle se soit déroulée au vu et au lu de tout le monde, cela n'a pas empêché cette question récurrente de m'être tout au long posée : « Pourquoi les DO et – surtout – pourquoi vous ? »

En esprit libre, je me suis souvent demandé de quelle curiosité singulière cette question relevait, et les spéculations auxquelles elle me conduisait ne faisaient qu'attiser une perplexité qui ne s'est jamais complètement dissipée.

Car quoi que j'aie pu faire, toujours en toute bonne foi et sincérité, j'ai parfois ressenti, – à travers la manifestation d'un étonnement feint ou réel, d'être découvert à une place que je n'avais pas usurpée – que l'atypisme dont on me taxait, s'il me valait louanges chez certains, éveillait circonspection chez d'autres. Après tout, c'est peut-être dans cette dualité d'appréciation que s'est situé le point d'équilibre d'une démarche qui a souvent cheminé sur une crête.

Ces considérations personnelles évacuées, je dois rendre hommage aux conseils que l'on m'avait prodigués lors de la mise en place de l'organigramme de la revue, qui s'avèrent judicieux. Preuve en est, la formule toujours en vigueur n'a, à ma connaissance, jamais été copiée et n'est pas près de l'être. A fortiori dans la sphère médicale, car elle exige esprit d'ouverture et tolérance plutôt qu'enfermement dans le cadre idéologique étriqué d'une chapelle de pensée dogmatique, dont les membres sont, selon Axel Kahn, les clones qui répandent une vérité qui tient de la révélation.

... MAIS NÉANMOINS UNE AVENTURE EXCITANTE

Lorsque je me suis embarqué dans l'aventure des D.O., j'ignorais à peu près tout du milieu obstétrical. En 1970, par le plus grand des hasards, je fus amené à pousser la porte d'une petite maison d'édition médicale qui publiait entre autres « *l'Information des Sages-Femmes* ». J'étais alors, depuis peu, en reconversion professionnelle d'agent général d'Assurance vie et on me demandait si je pouvais, dans la foulée de ma prospection spécifique, faire du démarchage publicitaire pour cette revue.

Tout ceci étant nouveau pour moi, je réservai ma réponse, souhaitant surtout, avant de la rendre, m'informer sérieusement sur ce qu'étaient les sages-femmes car, à ma grande honte, tout ce que je connaissais de cette profession n'avait rien d'encyclopédique.

Au bout d'un mois d'une réflexion qui fut tout sauf intensive, je donnai ma réponse positive et, une fois fait le tour d'un argumentaire destiné à abuser – arnaquer est plus juste – les laboratoires pharmaceutiques et autres Sociétés intéressés par le marché de la naissance, je consacrai une partie de mon temps au contenu de la revue et à son lectorat.

Mais le hasard veillait.

Suite au développement commercial auquel je m'attelai avec un certain succès, un incident me rendit, à mon corps défendant, complice d'une tricherie, d'un abus de confiance

qui, paraît-il, étaient naturels dans ce milieu. Je le pris fort mal et me mis à gamberger une vengeance, le mot n'est pas trop fort, qui se sublima dans l'intention de créer une nouvelle revue.

Je retournai tout cela dans ma tête, mais l'éditeur, timoré, ne suivait pas.

Pour relouer « *l'Information des Sages-Femmes* », il y avait du travail et surtout il fallait en passer par la propriétaire du titre, une sage-femme retraitée qui hurlait à la dépossession de son enfant et, comble d'infamie, par un hurluberlu comme moi « qui n'y connaissait rien ».

Ce en quoi elle avait parfaitement raison. Car mon viatique, pour provoquer un tel chamboulement, était maigre.

Bien que mon édification relative au milieu obstétrical en général et à la sage-femme en particulier se fût peu à peu étoffée, « *l'Information des Sages-femmes* », bimestriel au tirage confidentiel, au rythme de sortie irrégulier et au contenu peu attractif, ne contribuait guère à exciter ma curiosité et à améliorer mes connaissances.

Après tout, je n'avais pas été engagé pour donner mon opinion critique sur un « écrit », mais pour vanter les mérites commerciaux – quoique bien minces – d'un « produit » pour faire du fric, ce qui était, m'avait-on précisé, bien plus important que d'améliorer un contenu pour conquérir un lectorat.

Nullement découragé, et sous prétexte d'exploration commerciale, je partis à la découverte de l'information, en fréquentant EPU, Congrès et autres Colloques. Écouter... Questionner... Noter... Retenir...

Par ailleurs, comme chez tout autodidacte, mon CV ne faisait état d'aucune référence universitaire et cette carence ne plaidait guère en ma faveur.

Quant à ma carrière professionnelle, à ce jour assez protéiforme et sinusoïdale – ce qui m'avait valu le double diagnostic amical et médical « d'instabilité de type pathologique » – elle s'était récemment enrichie, si j'ose dire, d'une période sabbatique de 6 mois, euphémisme qualifiant un intermède de chômage indemnisé par les Assedic de création récente.

Cependant, en escamotant certaines bulles que cette agitation rétrospective fait remonter à la surface de mes souvenirs, je confesserai avec une certaine fierté, que ma détermination finit par avoir raison de l'irrésolution de l'éditeur qui m'avait, dans l'intervalle, embauché à plein-temps.

Au début de l'année 73, il se rendit à mes bonnes raisons et m'accorda les moyens de mettre en œuvre ce qui me trottait dans la tête depuis bientôt trois ans.

UNE HISTOIRE PEU BANALE

Je croyais que ce qui l'avait convaincu de me suivre c'est qu'il avait réalisé que, de simple prestataire de services, il allait connaître une promotion en devenant propriétaire d'un titre médical qu'il n'avait d'ailleurs pas désiré.

Une vanité qu'il paierait bientôt cash, car piètre gestionnaire – ce qu'il m'avait caché – il était en instance de cessation de paiement par la grâce d'un gros créancier, c'est-à-dire dans l'imminence d'un dépôt de bilan et les D.O. lui étaient apparus comme une possible bouée de sauvetage.

La Société était une S.A. Avec quatre comparses, ensemble nous réfléchîmes à la manière de ne pas sombrer.

Pour dire court, nous constituâmes en toute légalité une S.E. Sarl au capital de 20 000 F dont je devins le gérant et

celui qui était jusque-là mon PDG se retrouva, situation peu banale, mon employé.

La première initiative de cette Société d'Exploitation fut de proposer au créancier un moratoire échelonnant le règlement du passif sur deux ans qui fut respecté.

Cependant, ce mandat de gérant qui m'avait permis de remettre à flot une S.A. en capilotade me fit prendre conscience de potentialités dont je m'ignorais détenteur.

Je décidai alors de tenter l'aventure pour mon propre compte, ce qu'un accord entérina.

Avec armes et bagages, dont les D.O. que j'avais entre-temps consolidés et quelques activités annexes que j'avais développées, je partis créer la SARL ELPEA en février 77, l'installant au 62 rue du Faubourg Poissonnière, où elle eût jusqu'en 1983 pignon sur rue et, depuis, fenêtre sur cour.

DERNIÈRES ANGOISSES À L'APPROCHE DU TERME

La sortie du premier numéro avait été fixée en janvier 74.

Une année ne fut pas de trop pour mettre en œuvre et assembler tous les éléments indispensables au décollage dans un compte à rebours digne de Kourou.

Très curieusement, ce qui était d'ordre technique et que je redoutais ne me causa pas de difficulté majeure alors que ce que j'estimais être dans mes cordes s'avéra plus difficileux, la constitution du Comité de Rédaction.

Même muni de recommandations, prendre un bâton de pèlerin pour aller solliciter des collaborations à une revue en devenir, dont j'essayais maladroitement de dessiner les contours, me valut des planches savonnées, des refus polis, des fins de non-recevoir ce dont j'eus maintes fois l'occasion de me féliciter depuis.

Je parvins néanmoins à mes fins provisoires, car dans mon périple parisien semé d'embûches, j'eus la chance de rencontrer Lucien Bouccara et Jean-Marie Cheynier, respectivement chefs de service à l'hôpital de Neuilly et aux Bluets, tous deux membres de la Société Française de P.P.O. qui me prêtèrent une oreille attentive.

Simultanément, j'eus l'opportunité de me rendre à Lyon à l'occasion des journées EPU/73 des sages-femmes qui se tenaient, comme chaque année à la mi-septembre, à l'Université Claude Bernard, pour y présenter mon projet de revue et effectuer un sondage circonstancié auprès des participantes à la session.

Alors que Paris me battait froid, je rencontrai ici une compréhension que me témoignèrent M^{elle} Blanc, directrice de l'École de Sages-Femmes et le Professeur Notter, patron des lieux, dans une atmosphère chaleureuse qui seya au provincial de souche que je suis.

Et, en définitive, c'est Lyon qui offrit le berceau qui accueillit les D.O. naissants et leur permit d'effectuer leurs premiers pas, ou plutôt « leurs premières pages ».

2. L'HISTOIRE COLLECTIVE

En rédigeant ces lignes qui s'efforcent de restituer aussi fidèlement que possible cette histoire jamais relatée des D.O. telle que ma mémoire l'a stockée comme un disque dur, une image farfelue surgit devant mes yeux : celle d'un iceberg inversé dont 10 % de la masse seraient sous l'eau,

correspondant à la phase gestationnelle s'intriquant dans mon histoire personnelle et les 90 % émergents, représentent l'œuvre collective à laquelle ont contribué celles et ceux qui, depuis 30 ans, ont dans ce modeste organe, investi leur temps et leur talent au service de la naissance, ce qui n'est tout de même pas rien.

Et cette image de l'iceberg inversé vient également symboliser les multiples fragilités d'une construction qu'il faut sans cesse compenser pour éviter que son équilibre ne se rompe.

LE COMITÉ DE RÉDACTION

C'est l'instance collective à dimension et composition variables, où s'élabore le contenu de la revue.

Autour des membres dont les noms figurent dans l'ours viennent s'agrèger, l'espace d'une ou de plusieurs tenues, des invités porteurs d'un projet ou susceptibles d'aider à l'approfondissement d'une réflexion sur un sujet qui, au terme d'une maturation indispensable, sera mis en page.

Depuis la séance inaugurale de 1974, le Comité a, cela va de soi, constamment mué.

Les principales transformations ont affecté :

1. Naturellement sa démographie

De cette séance, il ne reste que deux survivants historiques (Jean-Marie Cheynier et moi-même) auxquels il faut ajouter, même s'ils jouissent d'un statut particulier mais indispensable, Nathalie Le Gret qui depuis l'origine a tenu comptabilité et autres tâches administratives, et Henri Bartringer, auteur du graphisme de la couverture qui, après une longue éclipse, a réintégré l'équipe depuis dix ans en tant que maquettiste.

Cela ne signifie pas que les autres sont tombés au champ d'honneur des D.O. et que leurs noms soient gravés à jamais dans le marbre, mais que le turn-over qui est une règle tacitement souscrite, les a incités, à un moment choisi par eux, à céder la place.

2. Son recrutement

Strictement hexagonal au départ, avec pour souci un respect de la diversité statutaire, le Comité s'est européenisé au seuil des années 90. C'est ainsi que des sages-femmes d'origine belge, hollandaise, anglaise, allemande, espagnole et suisse nous ont rejoints peu à peu et enrichi notre réflexion et nos travaux par leurs apports.

3. Sa fonction a également évolué

La montée en notoriété de la revue lui a valu progressivement des propositions extérieures d'articles qui ont eu pour incidence, une moindre sollicitation des membres permanents, dont le rôle créatif diminua au profit de celui d'examineurs bienveillants de la qualité de ces propositions.

4. Son climat enfin

Qui connut au début pas mal de turbulences tournant parfois au psychodrame. Après une période de rodage, ce climat s'est, si j'ose dire, pacifié.

L'amélioration des conditions de la naissance qu'était censée élaborer, dans ce lieu de débat privilégié, une réflexion entre partenaires ayant cet objectif commun, virait parfois à l'affrontement sévère.

Passé encore entre médecins et sages-femmes – dans les années 70 elles étaient encore 100 % féminines – qui se cher-

chaient non seulement sur la ligne de démarcation éternelle des sexes mais aussi sur celle de leurs responsabilités respectives... parfois médecins entre eux, sages-femmes entre elles...

En gros, s'exacerbait en vase clos une situation qui devait fermenter dans les maternités et qui conférait à nos réunions semestrielles, où se retrouvaient pour discuter 25 à 30 professionnels, une ambiance bordélique qui s'est peu à peu rassérée.

Selon la théorie du chaos, il fallait certainement en passer par là avant qu'un semblant d'ordre ne s'installât et qu'un respect mutuel génère des échanges non exempts de tension et de vivacité, mais dont furent désormais exclus les psychodrames.

LA PLUME DE MA SAGE-FEMME

Le grand problème auquel nous fûmes confrontés au cours de notre première année d'existence fut la rétention d'expression écrite des sages-femmes. Si elles donnaient de la voix lors de nos réunions, elles ne prenaient guère la plume, sauf pour ressasser leur Code de déontologie. Interdites – ou se le croyant – depuis toujours d'écriture hors imprimatur du tout-puissant chef de service, elles n'osaient transgresser cette règle couventine et se cantonnaient dans un silence qui confortait certaines critiques développant l'argument que nous étions une revue de sages-femmes dans laquelle seuls les médecins s'exprimaient et renforçaient, de ce fait, leur tutelle.

Cependant, même lestés de ce handicap, nous générâmes un succès d'intérêt sinon de curiosité, qui nous fit boucler notre première année sur le chiffre de 2000 abonnés auquel nous n'osions pas rêver.

UNE INITIATIVE DE TROP

Dopé par ce résultat, nous enclenchâmes la vitesse supérieure avec deux initiatives :

1. L'une fût un flop

C'était l'époque « audio » et nous nous lançâmes avec les « *Dossiers Sonores de l'Obstétrique* » dans une version « cassettes » que nous espérions innovante. L'insuccès fut au rendez-vous et il nous contraignit à renvoyer la suite de notre projet à des calendes qui n'advinrent pas.

2. La seconde connut, elle, un succès estimable, en dépit d'un coup tordu que les organisatrices des Assises nationales des Sages-femmes nous réservèrent : la tenue au Suffren Hilton de Paris, au printemps 75, de deux journées dont un des thèmes que j'avais suggéré, provocateur pour l'époque toute de respect quasi religieux pour la hiérarchie, était : « *Les sages-femmes sont-elles les OS de l'Obstétrique ?* »

Initialement envisagée à Strasbourg, annoncée depuis l'automne et déjà bien avancée dans son organisation en collaboration avec les autorités obstétricales locales (M. le Pr Miller, M^{me} Effelé, directrice de l'École de Sages-femmes), cette rencontre dû être repliée sur Paris car les Assises précitées, qui se tenaient à Tours, modifièrent leurs dates initialement arrêtées, pour les caler sur les nôtres.

S'intégrant dans le débat, le ministère de la Santé fit injonction à l'École de Sages-femmes de Strasbourg de nous refuser toute collaboration. C'était un *casus belli*.

Nous n'avions le choix qu'entre la capitulation ou livrer bataille sur un nouveau terrain qui ne nous poserait pas un problème de logistique trop éloignée.

D'où mouvement de repli en bon ordre sur Paris, au Suffren Hilton, et contre-attaque...

Les Assises duraient quatre jours, nos journées, deux.

Elles démarraient un jour avant nous et s'achevaient un jour après. Elles firent le plein à l'ouverture, mais le soir même presque tout le monde rappiqua sur Paris et leurs trois journées restantes se déroulèrent dans un auditorium déserté et gai comme un funérarium.

En conséquence, une rancune tenace nous condamna à 15 ans d'interdiction d'Assises, même pour y accomplir un travail d'information. Et, de surcroît, formelle interdiction de reproduire la moindre intervention.

Certains auteurs se rendant compte de l'idiotie de ces caprices en formes d'ukases, passèrent outre en nous transmettant directement leurs textes accompagnés de demandes de publication, auxquelles nous donnâmes suite sans nous faire la moindre violence. Et aucune foudre ne vint jamais nous frapper.

LA FIN D'UN TABOU

La préparation de nos journées avait d'une part, mobilisé à fond le Comité de rédaction et, d'autre part, suscité une réflexion préalable lors d'un Colloque, organisé à l'École de Sages-femmes de Lyon, auquel ne participèrent que des sages-femmes.

Ce colloque enregistré, décrypté et publié avec les photos des participantes, leva le tabou qui bloquait une expression écrite qui, désormais, se passerait de toute autorisation, y compris celle du pape, en écho au célèbre slogan de Mai 68 : « *Il est interdit d'interdire* ».

Depuis, l'expression libre de la sage-femme que nous postulions au départ, s'est affirmée à la fois directement – c'est-à-dire sans intermédiaire ni truchement journalistique – et progressivement pour couvrir actuellement environ 75 % du volume rédactionnel des D.O.

Nous remîmes le couvert en Mai 78 dans le même lieu avec le thème : « *Sage-femme qui es-tu, où vas-tu ?* » qui fut abordé au cours de deux journées dont l'une était centrée sur « *L'écologie de la sage-femme* ».

Notre succès fut moindre que lors de la première rencontre. La notion d'écologie qui a fait depuis son chemin, était trop avant-gardiste il y a 25 ans.

Une troisième – et pour longtemps dernière organisation en date – fut celle d'Aulnay-sous-Bois en mars 83 sur : « *La surveillance des grossesses à domicile* ».

Lancée par la CNAM de Paris et l'Hôpital Antoine Béchère de Clamart, dans les années 75, cette expérience fut, à l'origine, assurée par deux sages-femmes dont l'une était l'originalissime Margot Thieux.

Les sages-femmes de PMI – ou territoriales – nouvelle modalité d'exercice contestée par les sages-femmes libérales qui y voyaient une volonté politique aboutissant, à terme, à leur disparition – connurent à la suite un développement rapide dans le sillage de l'HAD.

Elles étaient, pour la plupart, placées sous la tutelle des DASS, aujourd'hui des Conseils généraux. Mais également rattachées à des institutions hospitalières et à des municipalités.

Jack Ralite, alors ministre de la Santé depuis 1981 poussait, sans doute par conviction idéologique, au développement de ce secteur. Par ailleurs, député-maire d'Aubervilliers, il était particulièrement sensible aux problèmes spécifiques

que posaient les femmes enceintes immigrées, très denses, en Seine-Saint-Denis.

Son projet était de mettre en place sur l'ensemble du territoire, 900 postes de sages-femmes de PMI. En 1983, 500 avaient été créés, chiffre qui n'a pas dû tellement bouger depuis.

Nous mîmes donc sur pied cette « *Première et unique rencontre des sages-femmes de surveillance à domicile* » et reçûmes, pour cette initiative, une subvention du Conseil général du 93 et de la municipalité d'Aulnay, alors de gauche à direction communiste.

Disons tout de suite que cette rencontre fut une réussite avant de confesser que nous frôlâmes l'inverse.

Des élections municipales avaient eu lieu au début du mois – deux semaines avant notre rencontre – et une nouvelle équipe à direction RPR avait balayé la municipalité de gauche avec qui nous avions traité, dès le premier jour.

L'incidence de résultats identiques à l'échelle nationale amena Pierre Mauroy, alors Premier ministre, à réduire la participation des ministres communistes au gouvernement et Jack Ralite, prévu pour une intervention es qualité, perdant son maroquin dans la compression, dût déclarer forfait.

La nouvelle équipe municipale maintint cependant les engagements qui avaient été souscrits, ce qui nous fit pousser un *ouf* de soulagement.

Mais le vent du boulet était passé très près et si, lors des précédentes journées du Hilton nous avions tout juste équilibré nos comptes, ce qui était déjà un sujet de satisfaction, nous ne devions pas faire fi d'un challenge qui nous était à chaque fois présenté.

Car, en deçà de l'implication active des membres du Comité dans l'organisation de ces manifestations, notre très fragile structure, reposant en tout et pour tout sur deux personnes – Nathalie et moi-même – était sollicitée très au-delà de ses forces et bien au-dessus de ses moyens.

Elle n'agissait plus dans le risque calculé, mais sur le fil du rasoir, flirtant en permanence avec le danger de tomber pour ne jamais se relever.

Le temps d'un break dans l'organisation des colloques était venu. Il durera 17 ans.

INTERFÉRENCES POLITIENNES

En 1980, la campagne présidentielle battait son plein. À cette occasion, nos rapports avec les Assises, que nous pensions apaisés pour la simple raison que nous les traitions avec la plus parfaite indifférence, refirent surface sous un aspect qui nous surprit un peu et rigoler beaucoup.

En résumé, les D.O. roulaient pour Mitterrand et les Assises pour Giscard, impliquant que les collaborateurs permanents ou occasionnels de la revue ne pouvaient s'exprimer qu'à condition de faire allégeance à la ligne politique de l'Union de la Gauche qui nous manipulait.

Nous n'avions pas à nous dédouaner de ce genre de connerie, pour la bonne raison que, permanent ou occasionnel, nul collaborateur ne fut jamais soumis à une quelconque investigation préalable dans ses différents champs d'accomplissement, qu'ils soient philosophique, politique, associatif, religieux, familial, etc. Il nous rejoignait en toute liberté avec sa compétence sur le terrain que nous défrichions et nous l'accueillions sans restriction.

J'affirme même que c'est cette totale liberté de franchir notre porte qui n'était pas celle d'un confessionnal, qui a puissamment contribué à créer des espaces d'échanges plus riches, dont la revue a tiré avantage pour le plus grand profit de son lectorat.

Terminons avec ce sujet sur une anecdote qui taillait en pièces si besoin était, ce ralliement qu'on nous avait assigné.

En 1975, à l'occasion du vote de la loi sur l'IVG, nous avions salué le courage politique de Giscard qui était allé à rebrousse poil de sa majorité. Cela nous avait valu alors maintes lettres anonymes d'insultes, pour un parti qu'on nous reprochait d'avoir pris et stigmatisant courageusement au passage « l'avorteuse » Simone Veil...

AU FAIT QU'EN EST-IL DE LA LIGNE DES D.O. ?

Une question jamais franchement posée mais néanmoins sous-jacente.

Cette ligne n'ayant jamais été postulée, il faut se résoudre à admettre, si pour autant elle existe, qu'elle s'est peu à peu dégagée de la recherche des voies et des moyens d'atteindre une finalité utopique, la naissance idéale, inscrite *in fine* dans leur stratégie.

Pour un organe de presse, le verbe est action.

D'abord paroles, puis écrits, dont les vecteurs sont les participants, les auteurs. C'est donc, découlant de leurs échanges, de leurs paroles, de leurs écrits confrontés pendant des décennies au sein d'une structure ouverte et libre, que s'est dessinée la ligne de force qui vertèbre aujourd'hui l'identité des D.O. et qui les originaliserait par rapport à leurs confrères et néanmoins concurrents.

D'abord, rassemblement autour d'un projet à la fois précis dans sa finalité et balbutiant dans sa mise en œuvre, le Comité de rédaction, par apports et déchantations successifs, a fini par trouver sa cohésion et, le mot n'est pas trop fort – une âme – quand il situa résolument sa démarche dans la controverse de l'idéologie dominante, celle d'une conception hypermédicalisée de la naissance que l'on voit à l'œuvre toujours plus intensément aujourd'hui.

Le « *courant P.P.O.* » en proie alors aux déchirements internes et cédant sous les coups de la péridurale, trouva dans les D.O. une tribune que son « Bulletin » périliclitant ne lui assurait plus. Il n'est que de consulter la liste des membres des premiers CDR, pour se rendre compte que nombre de sages-femmes et de médecins qui nous avaient rejoints, se réclamaient du label Fernand Lamaze.

Cette référence ne conférait d'ailleurs pas une garantie de sérénité aux débats car les suspicions d'hérésie, plus ou moins feutrées, surgissaient parfois.

Mais comme le Comité de Rédaction comprenait une majorité de membres issus d'autres souches, ces passes d'armes perdirent peu à peu de leur alacrité pour pratiquement disparaître, sinon des mémoires du moins du vocabulaire.

L'ILLUSION DU POUVOIR

Concomitante à la ligne – qui fait songer à celle du parti et à son incondicionalité – affleurent les notions de pouvoir et de chef.

De par la loi sur la presse, je suis censé les incarner. Gérant de la SARL qui a engendré la revue, c'est à moi que l'on apportera les oranges si les choses tournent mal.

Cela faillit arriver lors de la publication du compte rendu de la « Rencontre d'Aulnay-sous-Bois de 1983 » où un service de presse par trop zélé, crût déceler dans une intervention un propos à résonance raciste dont le MRAP s'empara et voulu me poursuivre. Après explications, l'incident fût clos.

Quant à ma définition du chef, c'est le responsable qui porte le képi. Or, je vais toujours nue tête.

À la question parfois posée : « *Y a-t-il eu au sein du Comité de Rédaction la tentation de prise de pouvoir ?* », je réponds « oui » au moins une fois, dont la revue avait rendu compte. Un mini-coup de force, fomenté par une sage-femme qui voulait mettre les D.O. au service de son association. La tentative était de toute façon vouée à l'échec mais elle laissa des traces qui mirent du temps à cicatriser.

Quant aux médecins, je n'ai jamais suspecté que cette préoccupation les tracassait, les dispositions légales régissant les sociétés ramenant à une vue de l'esprit la croyance qu'on pouvait les investir à la hussarde.

Par ailleurs, les tracasseries hiérarchiques en maternité leur suffisaient, même si parfois la tentation de faire valoir leurs vues de manière autoritaire leur échappait comme à l'insu (de leur plein gré?).

En témoignent ces deux épisodes :

1 En 1984, à l'occasion d'un Comité de Rédaction, deux élèves de l'École de Cadres Sages-Femmes de Dijon qui avaient été invitées, sortirent de leur valise un texte sur « l'échographie » qu'elles proposèrent à la publication. Ce texte, extrait du mémoire de fin d'études d'une élève cadre – comme nous en publions périodiquement au même titre que ceux d'élèves sages-femmes de 4^e année – souleva une polémique de la part du Professeur Notter qui s'insurgea qu'une sage-femme – même cadre – puisse traiter de l'échographie qui ne faisait pas alors partie de ses compétences. Pour mémoire, rappelons que c'est un décret du 23 novembre 86 qui fit entrer l'échographie dans les compétences de la sage-femme et ce, dans les limites de la surveillance de la grossesse.

Le Pr Notter proposa donc de censurer ce texte et de le remplacer par un autre dûment estampillé « médecin ». Je lui fis remarquer que la marche à suivre qu'il préconisait était contraire à notre déontologie, qui excluait tout droit de veto et, comme Salomon, proposait la solution équitable de publier les deux articles qui, finalement, restèrent dans les cartons. Nous passâmes à l'ordre du jour, l'épuisâmes et, l'incident oublié, chacun rentra chez soi.

Sur la route de Dijon

C'est alors que, contre toute attente, à la manière du battement d'ailes d'un papillon, cette affaire d'échographie souleva une mini-tornade à 300 km de Paris.

48 heures plus tard, lundi matin donc, le téléphone sonna. On m'appela de Dijon. Au cours du staff matinal qui ouvrait la semaine, les deux élèves avaient fait rapport de leur expédition parisienne et monté en épingle ce qu'elles avaient considéré comme un incident gravissime. Je rappelle au passage que le Professeur Notter avait été, du temps où les médecins exerçaient leur tutelle ordinaire, président du Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes mais comme il avait eu une responsabilité

positive dans l'accueil décisif que nous avait réservé Lyon, c'est pour cette dernière raison que nous l'accueillîmes à notre tour régulièrement, jusqu'à son départ en retraite. Cette précision donnée, retournons au téléphone qui m'intimait de venir m'expliquer, le lundi suivant à 9 heures du matin, devant la directrice, Madame Morin, les enseignantes et les élèves cadres. On me proposait, en quelque sorte, d'aller à Canossa. Ce qui se confirma dès que je poussai la porte d'entrée d'une espèce de tribunal inquisitorial composé d'une vingtaine de personnes disposées en arc de cercle, faisant face à la directrice qui m'invita à prendre place à sa gauche. Vingt paires d'yeux focalisant sur moi des regards peu amènes semblaient me signifier qu'ici on travaillait sérieusement, à l'inverse de ce que leurs ambassadrices leur avaient vraisemblablement rapporté. Tout respirait l'ordre, tant il est vrai que la formation de futures cheftaines ne pouvait se concevoir que dans un cadre rigoureux et les deux élèves avaient dû se sentir déstabilisées par l'effervescence qui régnait chez nous au mépris de toute hiérarchie. Différence fondamentale, à Dijon on apprenait, à Paris on créait.

Après la question d'usage à laquelle je m'attendais « *Pourquoi les D.O... Pourquoi vous ?* » Il y eut une tentative de me remonter les bretelles en accusant bille en tête « *Une revue de sages-femmes où les médecins font la loi... Expliquez-vous* ».

Je m'efforçai de dédramatiser la situation en rappelant que les D.O. étaient une revue de dialogue à la disposition de l'équipe obstétricale où s'exprimaient prioritairement les sages-femmes, et que le Comité de Rédaction était un lieu de discussion où la parole de chacun trouvait libre cours sous le signe de la tolérance et du respect mutuel. J'ajoutai que ce qui s'était produit à Paris n'était pas exceptionnel et que ce sont les vertus du dialogue, même vif, qui permettent de dénouer les incompréhensions. Je ne garantis pas vingt ans après l'exactitude de mes mots, mais je les restitue dans leur esprit. L'entretien dura une heure environ et on me congédia... sans même m'offrir un café ni me proposer d'appeler un taxi car l'heure de la reprise des cours avait sonné.

Du CHU du Bocage à la gare de Dijon, il y a une « trotte » que j'effectuai à pied sous une pluie battante sans que quiconque ne se soucie des conditions de mon retour dans une configuration météorologique déplorable. Trempé comme une soupe, je contractai un fort rhume qui m'obligea à garder la chambre, ce qui me donna le loisir de méditer sur ce comportement curieux mais néanmoins cadre.

Recadrons nos rapports

Cet épisode, dont je souris rétrospectivement, n'est heureusement pas représentatif de la qualité des rapports que nous avons entretenus avec l'École des Cadres depuis sa création. Née comme nous en 1974, elle est un peu notre jumelle et nous avons été invitées, Évelyne Mothé et moi-même, par la première directrice, Madame Colin, à effectuer un reportage avant son ouverture (cf. notre N° « *Être sage-femme en 1974* »).

Plus récemment, il y a quatre ans, Madame Hoarau, actuelle directrice, nous présenta deux requêtes qui

étaient, en l'espèce, un appel à l'aide. L'École de Cadres traversait une crise, qui menaçait de lui être fatale. Il était fortement question de la fermer.

La première de ces requêtes était que nous consentions de mettre à la disposition de l'École un espace dont le contenu procéderait d'une opération de réhabilitation (cf. N° 290/294 Janvier et mai 2001).

La seconde était une demande plus immédiate de participation à notre Comité de Rédaction d'octobre 2000 afin que nous nous associons à leur réflexion dans la même perspective.

Nous consacraâmes donc la matinée de ce Comité de Rédaction à un dialogue avec la directrice, trois enseignantes et deux élèves venues de Dijon, dans l'ambiance dont il m'avait été fait grief vingt ans auparavant et qui les surprit agréablement, nonobstant la qualité de l'échange dont elles durent tirer grand profit.

2 Le second épisode promis concerne la grande fresque obstétricale que nous avons esquissée au fil des ans sous le titre de « *Tour de France de l'Obstétrique* ».

Lors du Comité de Rédaction d'octobre 80, une proposition émanant d'une sage-femme concernait ce qui se passait à Pithiviers où la réputation de Michel Odent commençait à poindre.

Michel Odent, chirurgien reconverti obstétricien, préconisait, entre autres, l'accouchement en position accroupie et l'accouchement dans l'eau, ce qui intéressait les sages-femmes mais irritait les obstétriciens de stricte obédience déjà agacés par Leboyer. Du moins, c'est ce que j'observai d'une manière générale et à différents degrés dans notre microcosme, lors de la discussion qui s'instaura.

D'une manière faussement innocente, je proposai que l'on consacraât un Dossier complet à Pithiviers dans lequel s'exprimerait l'équipe d'Odent en même temps que ses détracteurs. La réaction quasi unanime des médecins fût que l'on programmât plutôt un seul Dossier inventoriant toutes les expériences originales, en octroyant quatre pages maximum à chaque équipe pour la résumer.

Un malaise palpable alourdit soudain l'atmosphère, rendant les sages-femmes muettes et nullement convaincues en même temps que s'installait un rapport de force nocif, porteur d'inconvénients futurs. Je laissai sur ma page de programmation la case du numéro de Mai 81, vierge, avec un point d'interrogation.

Dès lundi matin, je téléphonai aux sages-femmes pour tester leur état d'âme sur ce qui s'était passé l'avant-veille. Conclusion, le numéro sur Pithiviers se ferait et sortirait en mai. Il se fit et sortit la semaine de l'élection de Mitterrand à la Présidence de la République. D'aucuns, jouant au politologue, crurent déceler un symbole, mais c'était absolument fortuit. À la suite, chaque équipe qui en fit la demande eût son étape et tout le monde s'accorda sur la pertinence de ce Tour de France.

Au total, 17 étapes ont été à ce jour franchies, dont l'avant-dernière fut un arrêt à la Maison de la Naissance de Saint-Sébastien-sur-Loire au printemps 98 qui provoqua, dans la foulée, la fin du break de 17 ans que nous observions depuis la rencontre d'Aulnay-sous-Bois en 1983 et auquel je consacrerai les dernières lignes de cette Histoire inédite.

AU TABLEAU D'HONNEUR

Si plus de 330 numéros des D.O. ont été publiés depuis janvier 74, nombreux sont ceux qui ne sont plus disponibles à la vente car épuisés. Notre collection obligatoire, complète, est souvent consultée. Nous donnons régulièrement dans la revue et depuis peu sur le site internet de la Société, la liste des numéros que l'on peut encore se procurer.

En considérant la somme de travail que tous ont exigée, il serait profondément injuste, ne pouvant les citer intégralement de n'en privilégier que quelques-uns.

Néanmoins, comme ils sanctionnent une reconnaissance particulière de l'excellence qu'ils ont atteinte et qui rejaillit sur toutes celles et tous ceux qui y ont contribué, il me semble que, sans les avoir conçus dans le but de glaner des lauriers, les trois numéros suivants peuvent être distingués :

- Celui d'août-septembre 88 sur les « *Suites de couches à domicile* », relatant une innovation de la Maternité de l'Hôpital Rotschild de Paris qui nous valut une double distinction. Celle de la Sécurité sociale et de l'HAD qui nous en commandèrent un tirage de 2000 exemplaires pour les distribuer d'une part, dans toutes les maternités de France et de Navarre et en remettre, d'autre part, un exemplaire à chaque participant du MEDEC qui se tenait dans la foulée au Palais des Congrès de la Porte Maillot.
- Celui d'avril 94 sur « *l'Allaitement maternel en question* » dont l'UNICEF nous acheta 1 000 exemplaires pour les envoyer dans les pays francophones du Tiers-Monde.
- Enfin, celui de décembre 94 sur « *La fermeture des maternités de proximité* » sous-titré « *des raisons contestables, des conséquences incalculables* », qui fit l'objet d'un tirage exceptionnel qui nous permit d'en déposer 600 exemplaires à l'Assemblée Nationale et 400 au Sénat, pour sensibiliser les parlementaires au démenagement du territoire qu'ils couvraient d'une irresponsabilité que l'alternance n'a jamais remise en cause.

3. L'HISTOIRE QUI CONTINUE

Si les Dossiers de l'Obstétrique sont la revue médicale et professionnelle de la sage-femme en mouvement, ce qu'un courrier reçu un jour avait affirmé en nous faisant grand plaisir, ils ne sont pas que cela. Même lointaines, les trois rencontres nationales, d'une certaine tenue, qu'ils ont organisées, figurent positivement à leur actif. Dans leur sillage, deux ouvrages ont vu le jour.

Le premier sur « *Les préparations à la naissance* » en phase actuelle de réédition, le second « *Périnée et Maternité* ».

Ce à quoi il faut ajouter le partenariat qu'ils ont apporté aux organisateurs de manifestations dont les objectifs étaient convergents des leurs.

Je songe en particulier :

- à « *Quelle naissance demain ?* » tout au long de son périple de Châteauroux à Perpignan via Paris ;
- aux différents « Festivals des films et vidéos autour de la Naissance » à Tourcoing, Strasbourg, Caen, Grenoble.

Sans oublier le soutien gracieux ou échangé contre une présence, dans nombre de réunions professionnelles, EPU, Colloques, Congrès, en France et hors de France... là où les contacts avec les auteur.e.s sont fructueux et les rencontres avec le lectorat, indispensables.

Enfin, l'inventaire serait incomplet si j'omettais de mentionner qu'à l'époque où notre surface était plus conséquente, quand nous avions pignon sur la rue du Faubourg Poissonnière, nous abritions les réunions périodiques de l'Association Femmes-Sages-Femmes, et de la coordination des Élèves Sages-femmes qui, comme des grandes, en mai 82, élaborèrent un numéro sur leur condition estudiantine qui provoqua un sacré ramdam.

Actuellement, l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales continue à nous utiliser pour ses réunions de bureau.

LE POINT DE CONVERGENCE

Le point de convergence des différents partenariats s'est inlassablement situé dans la contestation de l'hypermédicalisation de la naissance, de son interventionnisme de plus en plus outrancier et de ses conséquences prévisibles : fermeture des maternités de proximité, concentrations au nom de la sacro-sainte sécurité dont les victimes sont les vrais acteurs de la naissance, la mère, le père, l'enfant, réduits à une dimension économique.

Notre Tour de France avait contribué à mettre en relief cette dérive. Et de Pithiviers à Saint Sabastien-sur-Loire en passant par les Bluets, les Lilas, Pertuis, Saint Cloud, Montaigne/Châteauroux, Toulouse/Fallières, Lyon/Galactéros, Céret, Lannion, Haguenau, les Antilles, Villeneuve la Garenne, et autres lieux, toutes les équipes révélaient qu'elles fonctionnaient selon des méthodes dont le socle était la P.P.O. qui n'avait pas su s'adapter, que leur souci prioritaire était le respect des compétences de la mère et de l'enfant et que l'accompagnement global constituait la condition première de la Sécurité de la Naissance.

Ces différentes méthodes avaient, selon les lieux, intégré : la préparation aquatique, l'haptonomie, le chant prénatal, la sophrologie, l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie, etc.

Je me demande parfois comment ces Maternités fonctionnent aujourd'hui, dans la mesure où elles n'ont pas disparu, emportées par la folie concentrationnaire dictée par les ARH ou combien de temps ont-elles résisté avant de déclencher, périduraliser et césarisier, pour se conformer aux nouveaux critères de la « naissance normale » sous la menace médico-légale.

Les D.O. ont accompagné cette résistance, estimant qu'il ne s'agissait que d'une bataille perdue dans une stratégie trop stupide dans ses fins, car négligeant fondamentalement l'Homme, pour qu'un jour prochain on n'assiste pas à des retournements spectaculaires.

C'est dans ce sens que doit être interprété l'acharnement :

- qu'ils mettent à défendre les petites structures dites de proximité, à promouvoir les maisons de naissance, et
- qu'ils ont organisé en mai 2000 à Nantes, après 17 années de break, en partenariat avec l'Association de Défense de la Maternité de Saint-Sébastien-sur-Loire, deux journées au titre si joliment évocateur : « *Naissance et Citoyenneté* » dont l'objet était de nouer le dialogue direct entre les citoyens professionnels et non professionnels de la Naissance, c'est-à-dire entre personnels des Maternités et Parents, afin de restituer à ces derniers le pouvoir dont ils ont été dépossédés dans leur aventure personnelle qu'est la Naissance de leur enfant.

Une association, « *Naissance et Citoyenneté* », est née de ce Congrès, qui a tenu le 7 décembre 2002 à Paris ses premières Assises qui rassemblèrent près de 200 participants.

Le « *Printemps de la Naissance de Nantes* » avait, paraît-il, un caractère utopique, en avance sur son temps... voire inaccessible. D'où réticences et résistances – surtout des professionnels – auxquelles nous nous sommes heurtés en les conviant à explorer les pistes que nous proposons.

Cependant, l'Histoire au présent étant le fruit des utopies d'hier, nous n'avons aucune raison de douter.

Car inéluctablement, ce qui aujourd'hui peut sembler utopique, par commodité ou renoncement, sera l'Histoire de demain synonyme de progrès, notamment dans le domaine de la Naissance, en opérant un retour aux sources, *une révolution*.

Mon histoire personnelle au service des Dossiers de l'Obstétrique s'est achevée le 31 mars 2001, date à laquelle j'ai transmis le témoin à Christine Blanchot-Isola.

Jean Ossart.

Hors-série N° 2 – 30 ans ! Novembre 2004.

TÉMOIGNAGE

J'ai relu ce texte qu'avait écrit Jean pour le N° des 30 ans lorsque j'ai appris la nouvelle de sa disparition et il était important de le partager avec vous. C'est tout l'esprit des D.O. tel qu'il l'avait pensé.

En 2004 je ne travaillais pas encore pour les D.O. J'étais graphiste dans une agence de publicité rue de Paradis à Paris, tout près des D.O. Le responsable de l'agence, Jacques, avait rencontré Jean dans une brasserie dans laquelle ils déjeunaient tous deux et, forcément, ils avaient parlé. Jean avait dit à Jacques qu'Henri, qui mettait en page les DO, prenait sa retraite et qu'il cherchait quelqu'un pour prendre le relais. C'est ainsi que notre petite équipe est intervenue pour mettre en habits de lumière les D.O. (on passait du noir et blanc à la quadri).

J'ai quitté l'agence quelques mois après, en emmenant mon premier boulot d'indépendante, les D.O.

Les D.O., ce fut d'abord une rencontre avec Jean. Une personnalité. Entier. Attachant. Philosophe. Pragmatique. Intelligent. Mais ce qui le caractérise aussi c'est l'humour, la liberté, la dérision, l'humanité, l'engagement...

Tous les mois je venais aux DO pour qu'il corrige le numéro avant l'impression. Si une phrase ne sonnait pas en bon français, il la corrigeait, par égard pour le lecteur. Échanges toujours ponctués par des anecdotes qui le faisaient rire aux larmes. À s'en tenir les côtes. C'était un fidèle lecteur de Charlie Hebdo. Comme Cavanna il n'aimait pas le point-virgule.

Les D.O. ce fut aussi pour moi la rencontre avec le monde de la Naissance. Le métier de sage-femme qu'il a toujours eu à cœur de défendre. Le respect de la mère, de l'enfant. L'accueil du nouveau-né. La capacité de la femme à accoucher. La sage-femme qui aide au passage d'un monde vers l'autre. Cet aspect « sciences humaines » si particulier dans cette profession « médicale », qui fait que l'on touche au plus intime, au sacré. C'est cela qu'il avait à cœur de relayer.

Après ce témoin passé à Christine Blanchot-Isola, qui ne l'a pas gardé bien longtemps, Jean est revenu aux D.O. et a continué à sortir le numéro tous les mois jusqu'en 2012. Le témoin est maintenant dans d'autres mains. Je souhaite que l'histoire des D.O. se prolonge, forte de son passé, des convictions que Jean lui a insufflées, de son énergie à défendre la profession de sage-femme.

MARIE PAULE STÉPHAN,

Maquettiste des D.O. depuis 2006.

Intégrer l'accouchement à domicile au système de santé périnatal français : motivations, enjeux et moyens

PAR FLORIANE STAUFFER-OBRECHT, SAGE-FEMME LIBÉRALE, LUNÉVILLE (54)

À l'heure du plan « ma santé 2022 » et du virage ambulatoire annoncé par notre gouvernement, il est légitime de s'interroger sur la place de l'accouchement à domicile dans notre pays. Cela d'autant plus, au regard des données scientifiques de plus en plus nombreuses qui tendent à légitimer cette offre. En janvier 2019, L'Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile (APAAD) a publié pour la première fois en France un rapport épidémiologique ^[1] sur l'activité des sages-femmes accompagnant les naissances à la maison. À l'issue de cette enquête, l'association a établi différentes propositions visant à intégrer l'Accouchement Accompagné à Domicile (AAD) au système de soins français.

Pour ne citer qu'elle, la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) affirme qu'il existe « des preuves solides que l'accouchement en dehors de l'hôpital soutenu par une sage-femme est sans danger et constitue une expérience privilégiée pour de nombreuses mères. Les femmes ne devraient pas être privées de ce choix en raison de l'absence d'un cadre réglementaire adéquat qui permette aux sages-femmes d'exercer leur profession dans tous lieux où les femmes choisissent d'accoucher ». ^[2]

Si en France nos sociétés savantes ne se sont pas encore positionnées, nous pouvons néanmoins, réfléchir aux modalités d'intégration de l'offre AAD et saluer la position de la FIGO qui se centre sur le choix des familles.

PRÉALABLES SOCIÉTAUX

QUE SIGNIFIE INTÉGRATION ?

L'intégration sur le plan sémantique repose à la fois sur l'adaptation et l'intériorisation. Concrètement elle sous-entend deux choses : faire l'effort de s'adapter au mode de fonctionnement et à la culture d'un système, et faire l'effort

MOTS-CLÉS

Accouchement à domicile - Naissance à faible risque - Sages-femmes - État des lieux - Réseaux de santé périnataux - Transferts obstétricaux - Plan périnatal - Territoire de naissance - Coordination ville-hôpital.

... il existe « des preuves solides que l'accouchement en dehors de l'hôpital soutenu par une sage-femme est sans danger et constitue une expérience privilégiée pour de nombreuses mères. »

d'intérioriser un certain nombre de valeurs qui correspondent à l'héritage historique de celui-ci afin de permettre le dialogue et la cohabitation, tout en conservant les caractéristiques de notre « culture » d'origine.

L'intégration de l'AAD au système de soin devrait donc permettre de trouver un langage commun et des points de convergences au service des femmes, tout en respectant la place de chacun. Il serait contre-productif que les tentatives de reconnaissance de l'AAD viennent calquer le modèle hospitalier sur le domicile. Les sages-femmes et familles faisant le choix de l'AAD remettant en question ce modèle, une telle politique ne ferait que déplacer le problème et une nouvelle forme de « contre-système » émergerait rapidement.

Ce préalable doit donc activer toute notre vigilance comme le souligne Kathleen Fahy car « *Aucun lieu de naissance ne peut exister en dehors des réseaux de pouvoir sexués, politiques, économiques, sociaux et juridiques au sein d'une culture donnée. Ces réseaux agissent continuellement, consciemment et inconsciemment, sur les femmes, les sages-femmes et les médecins de manière à limiter et à diriger ce qui est possible au niveau local.* » ^[3] Dans le champ de la naissance, le réseau du pouvoir a tendance à avoir pour effet de reproduire la domination médicale hospitalo-centrée et le patriarcat.

PHILOSOPHIE DES RÉSEAUX DE SANTÉ : L'INTÉGRATION UNE ÉVIDENCE

En 2004, Le plan périnatalité ^[4] est venu révolutionner l'organisation de notre système de santé périnatal. Françoise Molénat, qui y a beaucoup œuvré, insistait **sur l'importance de placer la sécurité émotionnelle des futures mères au même niveau que la sécurité somatique** et de leur permettre d'être actrices de leur suivi afin de renforcer leurs compétences, leur estime d'elles-mêmes et donc leur parentalité ^[5].

Une des solutions a été la mise en place de réseaux de santé, dans le but selon elle, de constituer une enveloppe humaine et souple, permettant de contenir la future famille,

et où chacun aurait sa place, connaissant et respectant celle de l'autre. Or à l'heure actuelle, les praticiens de l'AAD sont trop souvent mis à distance des réseaux, voire s'excluent eux-mêmes du fait d'un contexte global coercitif. **La question qui devrait pourtant guider notre travail en commun est : « comment ensemble, nous échangeons au sujet de cette femme et comment ensemble nous répondons à ses attentes » indépendamment de nos peurs ?** Le modèle de l'hospitalisation à domicile (HAD) pourrait apporter des réponses.

MISE EN PLACE DE L'HAD EN FRANCE : MODÈLE DE RETOUR DES SOINS A DOMICILE

Selon la définition du ministère de la Santé, l'hospitalisation à domicile (HAD) permet à un malade atteint de pathologies lourdes et évolutives, de bénéficier chez lui de soins **médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés que seuls des établissements de santé peuvent habituellement lui prodiguer**. La Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) affirme quant à elle que « *les moyens que doivent et peuvent déployer les établissements d'HAD et leur savoir-faire spécifique les destinent évidemment à répondre aux plus exigeantes des prises en charge possibles au domicile* ». ¹⁶¹

L'HAD ne doit pas être intégralement assimilée à un séjour à l'hôpital (pas d'hébergement, présences ponctuelles des soignants...). Elle intègre des préoccupations différentes : **l'évaluation et l'adaptation du domicile aux besoins de soins, la prise en compte de l'environnement et de l'entourage dans les soins, la coordination avec les professionnels sanitaires et sociaux de la ville**, ce qui en fait un dispositif unique en son genre. Le parallèle avec les enjeux de la naissance à la maison est saisissant et démontre que la France a tout à fait les capacités de s'organiser pour développer cette offre. Cela d'autant plus que l'AAD ne nécessite pas des moyens aussi lourds que ceux assortis à l'HAD.

OUI MAIS LA QUESTION DE LA PLACE DE L'ENFANT SERAIT-ELLE UN FREIN ?

La place particulière de l'enfant dans notre société rend plus complexe le déploiement des prises en charge à domicile en obstétrique que dans les autres spécialités médico-chirurgicales. En raison de la haute valeur accordée aux bébés à naître par les sociétés modernes, il pourrait parfois sembler que les intérêts de la femme et de son bébé s'opposent et que ceux de ce dernier passent avant tout le reste. L'inconscient collectif porteur de fortes peurs et d'un émotionnel lourd autour du petit à naître, rend nombre de discussions stériles en dépit des données épidémiologiques rassurantes.

Malgré cela, de la même manière que notre société a réussi à le faire pour les malades atteints de pathologies lourdes ou chroniques, il semble temps de sortir de la « culture du risque » globalisée. **Les connaissances médicales permettent désormais de personnaliser la prise en charge, en individualisant les décisions prises sur la**

FIGURE 1 > CARTOGRAPHIE DES SAGES-FEMMES AAD FRANÇAISES



Source : Apaad - Accouchement accompagné à domicile.

base de risques médicaux calculés pour un groupe donné, afin de tendre vers une « culture du risque personnalisé ». ¹⁷¹ Cette approche permet ainsi d'inclure plus facilement la sécurité émotionnelle des femmes, et le respect de leurs souhaits, à nos accompagnements.

POURQUOI ET POUR QUI VISER L'INTÉGRATION ?

Conscients de notre environnement sociétal, revenons maintenant au plan médical. Pour le moment, les instances françaises ont plutôt adopté une politique « de l'autruche » face à cette question. Or, avec cette attitude, elles desservent plus qu'elles ne servent la population, laissant un terrain où tout le monde peut s'installer sans pour autant avoir les qualifications professionnelles requises et où certaines familles, faute de sage-femme, préfèrent accoucher seules qu'à l'hôpital. **Au contraire le système de santé ne devrait-il pas être guidé par un engagement à l'égard de l'équité et un respect de la diversité des citoyens ?**

COMPRENDRE COMMENT PRATIQUENT LES SAGES-FEMMES FRANÇAISES EN AAD POUR COMPRENDRE LES BESOINS

Début 2020, 80 sages-femmes accompagnent les AAD. Dans l'état des lieux ¹¹¹ paru cet automne, l'APAAD a décrit les modalités d'organisation des sages-femmes AAD en France (cf. Figure 1). Certains éléments en particulier nous permettent de mesurer les besoins de structuration.

75 % des sages-femmes AAD travaillent avec au moins trois hôpitaux différents. Seules 42 % ont réussi à établir un accord formalisé avec leur hôpital de référence et 20 % avec leur antenne SAMU. De ce fait, pour plus d'un

tiers des situations, les prises en charge en cas de transfert sont praticien dépendant et ne reposent pas sur des normes convenues collégialement. Lorsque les collaborations sont conflictuelles, la décision de recours au transfert s'en voit parfois impactée, autant pour les sages-femmes que pour les familles ce qui est regrettable.

Toutes les sages-femmes AAD anticipent les transferts mais l'absence d'accord ou de réflexion en réseau limite grandement les possibles. Elles sont toutes équipées de matériel et de médicaments permettant de gérer les principales urgences obstétricales mais le matériel minimal requis ne fait pas l'objet d'une concertation et est cabinet dépendant. Toutes suivent des actions de formation continue mais très peu ont accès aux formations de leurs réseaux périnataux et les formations spécifiques à l'extra-hospitalier sont rares. Enfin, si 96 % utilisent les recommandations HAS pour évaluer la possibilité d'un AAD, certaines situations ne trouvent pas de réponses claires.

En plus de ces enjeux, la Fédération Française des Réseaux de Santé Périnatale (FFRSP), rencontrée en novembre 2019 par l'APAAD, souligne l'impossibilité actuellement de suivre et d'évaluer cette pratique. Il y aurait pourtant une nécessité de pouvoir recenser et différencier les AAD programmés des naissances inopinées et d'avoir des éléments de regard factuels.

ARGUMENTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES CONCERNANT LES TRANSFERTS

Dans le **rapport épidémiologique sur l'AAD en 2018**, l'APAAD recense un taux de transfert per-partum pour suspicion de pathologie de 10,5 % dont 1,1 % pour cause potentiellement urgente. Nous notons aussi 0,7 % d'enfants transférés en post-partum immédiat et dont l'état était stable avec un score d'Apgar au moins égal à 7. Enfin, nous retrouvons un taux de transfert maternel en post-partum immédiat de 2,6 %.

Ces chiffres sont en accord avec les données internationales. En 2018, les transferts peri-partum concernent **un peu plus d'une centaine de femmes par an dont une trentaine a nécessité un transfert via un SAMU** (transfert per-partum urgent et transfert post-partum immédiat pour anomalie de la délivrance) **et moins d'une dizaine de nouveau-nés**. La rareté de ces cas devrait attirer la vigilance de tous sur la nécessité de les anticiper et d'en organiser la prise en charge. Les autres données 2018, démontrant la qualité des services de sages-femmes AAD en France, devraient également pousser nos instances à considérer cette option comme une offre sécurisée et légitime.

ARGUMENTS ISSUS DES ANALYSES DE GESTION DU RISQUE

Autour d'un accouchement, les diverses professions et spécialités médicales qui travaillent ensemble ne partagent pas forcément les mêmes priorités, les mêmes visions, ni la même organisation des tâches. Leurs cultures et leurs valeurs varient également. Les analyses périodiques de la mortalité périnatale en milieu hospitalier

Une étude récente ne retrouve pas de différence significative de mortalité maternelle ou néonatale entre les femmes prévoyant d'accoucher à domicile ou à l'hôpital.

ont montré que plus de la moitié des morts maternelles et néonatales étaient évitables. **L'importance des facteurs « systémiques » et « humains » est notable** tels que : problèmes ou défauts de communication, absence ou mauvais travail en équipe, mauvaises compétences relationnelles, manque de coordination, manque de soutien logistique et organisationnel^[8]. Le **transport pour les transferts urgents devrait être une priorité** et être elle aussi normée au sein du réseau pour éviter tout retard.

Ainsi, pour ce qui concerne les accouchements à domicile, dont les transferts peuvent être assimilés à des « situations de crises », nous pouvons penser que son intégration permettrait justement d'optimiser les prises en charge avec une anticipation, une documentation et des algorithmes décisionnels communs. Cela bénéficierait autant aux sages-femmes AAD qu'aux professionnels hospitaliers et urgentistes en leur apportant un environnement plus sécurisé et respectueux d'eux-mêmes.

LE POINT DE VUE DES FAMILLES

Nous l'avons vu précédemment, la sécurité somatique est le premier point auquel nous pensons. Nous disposons de peu de données sur le sujet mais une étude récente^[2] ne retrouve pas **de différence significative de mortalité maternelle ou néonatale entre les femmes prévoyant d'accoucher à domicile ou à l'hôpital, quel que soit le niveau d'intégration des sages-femmes et de l'AAD au système de soin périnatal national**. En termes d'intégration cela ne semble donc pas être notre premier enjeu.

Il semble alors important de considérer le vécu des familles. L'influence de l'environnement physique, spirituel et psychodynamique est exclue des pratiques actuelles alors que l'*Evidence Based Medicine* (EBM) permet désormais d'en comprendre l'importance. Cela inclut évidemment les cas de transfert d'un AAD vers l'hôpital. Cette situation, selon l'accueil qui est fait à la femme et son projet de naissance, peut influencer négativement l'évolution de la situation médicale et est à risque de créer un sentiment d'incapacité ou d'échec, pouvant altérer la relation mère-enfant et la santé globale de la femme à long terme. Afin d'offrir continuité et cohérence au suivi de la femme et au respect de ses choix, les professionnels ont le devoir de collaborer et **faire tout ce qui est en leur pouvoir pour soutenir et améliorer son vécu positif et sa connexion avec le bébé à naître et le nouveau-né, quelles que soient l'évolution de la grossesse, du travail et l'issue de la naissance**.

Enfin, du point de vue éthique, nous rappelons que tous les Hommes ont le droit de prendre pour eux les décisions de santé qui les concernent. Les débats autour de l'IVG

et des lois bioéthiques en France ont permis que la vie de l'embryon et du fœtus ne prenne pas le dessus sur la vie de la femme. **Ces droits durement acquis sont pourtant remis en cause dans les décisions concernant le lieu et les modalités de l'accouchement.** La réflexion autour de l'accouchement extra-hospitalier est donc une réflexion plus profonde en termes de place et de respect de la femme dans notre société. C'est un vrai enjeu féministe et sociétal, dont de plus en plus de familles se saisissent à l'image du CIANE et du CDAAD.

PROPOSITIONS CONCRÈTES

Nous venons de le voir, la gestion de l'urgence ne comprend pas uniquement les manœuvres et interventions pendant l'urgence elle-même, mais aussi la préparation, la communication, la documentation, le transfert des soins ainsi que le transport du domicile vers l'hôpital^[9]. En France, il est habituel d'entendre que nous n'avons pas les moyens de répondre à ces besoins ou que cela alourdirait le travail des hôpitaux et services d'urgences mobiles. Or nous venons de démontrer le contraire à l'instar du déploiement de l'HAD.

AGIR AU SEIN DES RÉSEAUX DE SANTÉ PÉRINATALE

• COMPRENDRE LES RÉSEAUX DE SANTÉ PÉRINATALE

En France les soins périnataux reposent sur une organisation régionale via les réseaux de santé périnatale (RSP). La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins^[10] a introduit au sein du code de la Santé publique l'article L. 6321-1 qui donne une définition unique et souple des « réseaux de santé ». Le cahier des charges des RSP^[11] insiste sur la notion de prise en charge globale et continue de la naissance en coordonnant tous les secteurs d'activité.

Les réseaux de santé périnatale, en lien avec l'ARS, élaborent et assurent la déclinaison locale des **parcours de soins identifiés** par la HAS, en fonction de l'offre de soins locale. Cela inclut, pour ce qui nous intéresse :

- Le parcours des femmes présentant une grossesse, un accouchement et un post-partum physiologique ;
- Les transferts maternels (in utero et post-partum) et néonataux, en lien avec le SAMU et la cellule d'orientation lorsqu'elle existe ;
- Les nouveau-nés dont l'état de santé nécessite une ré-hospitalisation ;
- Les autres thématiques identifiées localement.

• MISSIONS ET MOYENS DES RSP

Pour ce faire, le RSP identifie les ressources locales disponibles, définit les critères d'inclusion et d'orientation, ainsi que les parcours types. Il coordonne les acteurs entre eux, la continuité et l'interdisciplinarité de la prise en charge des mères et des nouveau-nés. **Il élabore les détails organisationnels et notamment l'utilisation optimale des ressources et la répartition des rôles entre les différents individus.** Les réseaux, qui peuvent être sollici-

Chaque réseau devrait permettre de mettre les différentes parties en relation. A minima, il permettrait de clarifier les rôles et les moyens de chacun et les modalités de communication selon les situations.

tés autant par les hôpitaux que par les sages-femmes AAD, interviennent en appui et disposent pour cela principalement des outils suivants :

- Mise en place de groupes de travail et de commissions à thème ;
- Revues de morbidité/mortalité (RMM) dans l'ensemble du champ considéré ;
- Analyse des dysfonctionnements dans la coordination des acteurs ;
- Élaboration de mesures correctives, notamment en ce qui concerne [...] les difficultés identifiées dans le cadre des transferts/retransferts maternels et néonataux.

MISE EN PLACE D'UN PARCOURS PATIENT AAD AU SEIN DES RSP

Les besoins décrits ci-dessous peuvent varier d'une région à l'autre et s'inscrivent donc dans une politique locale plutôt que nationale.

• PRÉVENIR LES DIFFICULTÉS SYSTÉMIQUES

En premier lieu, chaque réseau devrait permettre de mettre les différentes parties en relation. *A minima*, il permettrait de **clarifier les rôles et les moyens de chacun et les modalités de communication** selon les situations (durant la grossesse mais aussi durant l'accouchement). Cette mise en relation devrait permettre d'ouvrir une discussion autour **des besoins propres à chaque partie et des besoins communs**. Par exemple, de quel matériel dispose chacun et notamment ce qui lui est spécifique ? Quels supports seraient les plus adaptés pour effectuer des transmissions efficaces et lisibles rapidement par l'autre ? Sur quelles normes repose le travail de chaque partie et comment s'harmoniser pour les situations à responsabilité partagée ? **En résumé, élaborer des politiques ou programmes visant à éliminer les obstacles systémiques et à promouvoir l'inclusion.**

• ANTICIPATION DES TRANSFERTS AVEC LES SERVICES MOBILES D'URGENCE

L'objectif d'une concertation avec les SAMU est de définir les modalités de transport optimales. Comme cela a été mis en place autour de l'HAD, les RSP pourraient envisager l'enregistrement préalable de la femme aux services mobiles, surtout si elle réside en secteur rural ou que l'adresse est mal référencée sur les GPS. **Afin de solliciter les ressources les mieux adaptées sur le plan humain et matériel, la concertation devrait permettre de convenir des codes en vigueur au sein du SAMU local, voire de créer un code spécifique AAD, permettant d'accéder si nécessaire la procédure.**

Dans la même idée d'optimisation, les sages-femmes AAD visitant les domiciles afin d'en valider l'accessibilité, il serait intéressant que les critères utilisés le soient en concertation avec les SAMU. Enfin, il serait important de clarifier les rôles de chacun durant le transfert et d'envisager comment la sage-femme AAD devrait préparer la femme et/ou l'enfant au transfert en attente de l'arrivée des urgentistes, puis, dans quelle mesure elle continue sa prise en charge en partenariat avec ses collègues.

► FAVORISER L'ACCUEIL ET LA PRISE DE RELAIS EFFICIENTE AU SEIN DE L'HÔPITAL

La première chose est de définir si et comment la femme devrait s'inscrire dans une maternité de référence, comment choisir cette maternité de référence (proximité du domicile, niveau de soin, préférence de la femme...) et quel en serait l'objectif. **Le travail au sein du RSP permettrait de réfléchir au lieu de transfert le plus approprié selon les situations** : le type de femmes et les critères de prises en charge dans un établissement ne dépendent pas que des compétences des praticiens mais aussi de l'offre de soins de l'établissement.

Les accords au sein des RSP pourraient faciliter :

- Les demandes d'avis et les orientations médicales mais aussi les orientations au regard des projets de naissance (adressage des femmes souhaitant un AAD vers une SFL du RSP le proposant).
- La mise en place de relais de soin avec une cohérence des interventions vis-à-vis de l'utilisateur (fiches de renseignements communes, fiches de surveillance HPP et réanimation, partogramme, moyens de communication durant un accouchement, modalités de demande de transfert...).
- La gestion des événements indésirables par analyse, médiation et mise en place d'actions correctives
- La définition des rôles de chacun et de la place de la sage-femme AAD une fois le transfert effectif.
- La clarification de la responsabilité des uns et des autres, point essentiel au regard de l'anxiété des professionnels quant aux risques médico-légaux.

Dans l'esprit des RSP, il paraît essentiel que ces discussions fassent l'objet d'une concertation régionale pour éviter des événements indésirables provoqués par une confusion liée à des procédures diverses et variées selon le CH de référence.

► FORMATIONS COMMUNES ET SIMULATIONS

Les RSP offrant des formations continues (FMC), il semble intéressant que les sages-femmes AAD puissent les suivre. Pour certaines FMC, sous forme de sessions spécifiques au domicile et, pour d'autres, en équipe avec les personnels des CH et SAMU, notamment en organisant des simulations multidisciplinaires et des mises en situations.

À l'instar de leurs homologues européennes et nord-américaines, les sages-femmes AAD françaises se sont organisées pour élaborer une formation continue autour des urgences obstétricales et néonatales en extra-hospitalier^[12]. Celle-ci est unique sur le territoire et semble indispensable au maintien de compétences adaptées à leur milieu spécifique de travail. Elle pourrait bénéficier aux autres professionnels des RSP.

Dans le cadre de l'AAD, un groupe de travail aurait pour objectif d'exiger un environnement favorable (intégration, assurance...) afin de répondre à la demande des usagers.

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES (RBP) A L'ÉCHELLE NATIONALE

Si l'on se réfère à la définition de la Haute Autorité de Santé (HAS), principale agence chargée de les produire et de les diffuser, les RBP sont « *des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* »^[13].

Dans le cadre de l'AAD, un groupe de travail aurait pour objectif d'exiger un environnement favorable (intégration, assurance...) afin de répondre à la demande des usagers. Il permettrait de fournir des préconisations nationales pour l'accouchement à domicile, des ressources et des outils pour la pratique clinique et la formation, afin de renforcer les compétences spécifiques des sages-femmes. Il permettrait également au CH et RSP de travailler à l'organisation territoriale de façon harmonieuse et rassurante pour tous les acteurs, en se sentant soutenue et validée par les autorités.

Les axes de travail nationaux, à l'image du cahier des charges des maisons de naissance, permettraient d'apporter des repères concernant :

- 1 Les critères d'éligibilité des femmes suivies en AAD ;
- 2 Les modalités d'organisation (critères de validation du logement de la patiente ; matériel, médicaments et dispositifs médicaux dont la sage-femme doit être équipée ; dossier patient ; information de la femme enceinte...);
- 3 Les modalités de fonctionnement (accords avec les établissements partenaires et services de secours mobiles ; recueil d'activité ; analyse des pratiques ; formation initiale et formation continue spécifique AAD ; événements indésirables (EI) et EI graves liés aux soins...);
- 4 Les modalités de prise en charge des femmes quand les recommandations déjà existantes ne permettent pas d'apporter de réponse, que ce soit en pré, per ou post-partum et lors des transferts. Notamment pouvoir mettre sur papiers tous les savoirs et pratiques développées au fil des siècles dans la discrétion des foyers ;
- 5 Les modalités d'évaluation et suivi de l'offre AAD.

LA QUESTION DE L'ASSURANCE ET DE LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Au-delà de tous ces aspects médico-sociaux, il serait malvenu de traiter de la question de l'intégration de l'AAD sans aborder la question de sa prise en charge financière, ni de l'assurance responsabilité civile professionnelle.

► PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Dans l'état actuel, les accouchements à domicile sont très économiques pour la société. En effet, en tenant compte des tarifs conventionnels des sages-femmes, nous pouvons déterminer que le coût moyen d'un AAD avec 3 jours post-partum est de 961,20 € contre un tarif minimum de 2 443 € en maternité [14]. Cependant, actuellement ce sont les familles qui supportent seules le coût des astreintes de leurs sages-femmes. Les tarifs variant de 300 à 1 000 €. Dans l'optique d'une intégration de l'AAD, il semblerait logique que les forfaits d'astreinte soient pris en charge par l'assurance maladie, ainsi que l'achat des médicaments et dispositifs médicaux nécessaires, afin que cette offre ne soit pas « élitiste ». Au regard du coût des naissances hospitalières, les AAD resteraient hautement économiques tout en garantissant des soins optimaux.

► ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE (RCP)

À ce jour, plus aucun assureur français ne propose de contrat RCP couvrant les AAD. Les assureurs européens qui proposent pourtant des contrats AAD à des tarifs très raisonnables ont des difficultés à se positionner envers les sages-femmes françaises au regard du contexte politique.

En effet les compagnies d'assurances, pour garantir un risque, ont elles aussi besoin de s'appuyer sur un cadre de référence, d'autant plus au regard des garanties extrêmement élevées qui ont été imposées par la loi Kouchner (8 millions euros/sinistre et 15 millions/an). Aussi, tant que le ministère de la Santé n'aura pas clairement pris position sur la question, les sages-femmes AAD resteront dans l'impossibilité de s'assurer et l'offre ne pourra pas se développer réellement. La question des RCP des gynécologues a été traitée par la mise en place de financement de la CPAM, soumis à une démarche d'accréditation. Ils voient une partie importante de leur prime d'assurance RCP prise en charge par la CPAM (secteur 1 = 66,60 % et secteur 2 = 55 %). Pour les sages-femmes de maison de naissance, les négociations ont pu aboutir grâce à la reconnaissance par le gouvernement reposant sur un cahier des charges. Leurs assurances sont financées par un Fonds d'investissement régional attribué chaque année via leur ARS. Ces deux types de démarche pourraient être appliqués aux sages-femmes à domicile, mais dépendent totalement de la volonté politique.

CONCLUSIONS

Le paradigme actuel repose sur l'identification des facteurs de risque et des interventions précoces, soit « une culture de la peur ». Le nouveau paradigme défendu par les sages-femmes autonomes repose, lui, sur l'importance de fournir un environnement aimant et nourrissant tenant compte de la santé globale à long terme, soit une « culture de la confiance ».

Le défi de l'intégration de l'AAD est peut-être plus encore un défi systémique qu'organisationnel, en ce sens qu'il doit réussir à faire cohabiter deux mondes qui semblent souvent s'opposer. Pour autant, un point commun unit ces deux mondes : assurer le bien-être et la santé globale des familles.

Réintégrer pleinement l'AAD en France c'est reconnecter avec la pratique autonome des sages-femmes, la diffuser quel que soit le lieu de naissance, bénéficier de véritables « laboratoires de la physiologie » et participer à changer les conditions de la mise au monde pour toutes nos concitoyennes.

Désormais, même les médecins et professionnels de l'hôpital se penchent sur la question de l'augmentation des taux d'intervention lors de l'accouchement normal et essaient d'identifier des moyens d'inverser la tendance. **Les sages-femmes AAD fournissent des idées pratiques et fondées sur des preuves pour restructurer les habitudes de naissances afin de faciliter un enfantement normal et une congruence entre les deux approches pourrait y germer.**

Nous pourrions nous poser la question d'investir pour une population encore très minoritaire mais réintégrer pleinement l'AAD en France c'est reconnecter avec la pratique autonome des sages-femmes, la diffuser quel que soit le lieu de naissance, bénéficier de véritables « laboratoires de la physiologie » et participer à changer les conditions de la mise au monde pour toutes nos concitoyennes.

Cela devrait permettre de retrouver une saine interdépendance entre deux modèles qui ont finalement plus besoin l'un de l'autre que de prendre le dessus l'un sur l'autre. •

BIBLIOGRAPHIE

1. <http://www.apaad.fr/wp-content/uploads/2019/09/ETAT-des-LIEUX-AAD-FRANCE-2018.pdf>
2. Int J Gynaecol Obstet. 2013 Feb; 120(2): 204-5. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.10.001. Epub 2012 Nov 27. Planned home birth. FIGO Committee for the Ethical Aspects Of Human Reproduction and Women's Health.
3. Kathleen Fahy, Maralyn Foureur, Carolyn Hastie, « Birth Territory and Midwifery Guardianship : Theory for Practice, Education and Research » - Broché - 2008.
4. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Plan « périnatalité » 2005-2007. Novembre 2004.
5. Molenat F. Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité. Rapport de janvier 2004.
6. CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013
7. Solène Gouilhers-Hertig, « Vers une culture du risque personnalisée : choisir d'accoucher à domicile ou en maison de naissance », Socio-anthropologie 2014.
8. Salvoldelli. L, « Peut-on se préparer à une situation de crise en obstétrique ? », MAPAR, 2010.
9. ACSF, 2016, Urgences obstétricales.
10. Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins. Article 84.
11. Circulaire DHOS/01 /03/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006.
12. www.apaad.fr/formation
13. Haute Autorité de Santé (en ligne) [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5233/recommandations-de-bonnepratique?cid=c_5233].
14. <https://www.atih.sante.fr/tarifs-mco-et-had>

La prématurité et le phénomène de multi-exposition

PRÉMATURITÉ ET MULTI-EXPOSITION ENVIRONNEMENTALE : BRUIT ET POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE EN MILIEU URBAIN

PAR **FRÉDÉRIC MAUNY**, UMR 6249 CNRS/UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ, CHRU - HÔPITAL SAINT-JACQUES, CENTRE DE MÉTHODOLOGIE CLINIQUE, BESANÇON (25)

La prématurité¹ a de lourdes conséquences sur le devenir et le développement physique et intellectuel des enfants. En 1995 elle représentait 5,9 % des naissances en France et cette proportion semble progresser depuis. Elle est associée à de nombreux facteurs (ex. : déroulement de la grossesse, antécédents gynéco-obstétricaux, tabagisme, conditions socio-économiques...) mais la moitié des naissances prématurées demeure à ce jour inexpliquée. Au-delà des facteurs de risque connus, d'autres, d'origine « environnementale », comme la pollution atmosphérique ou le bruit, semblent pouvoir être incriminés.

LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE

Le milieu urbain est un espace particulier où se mêlent simultanément des activités polluantes (ex. : production industrielle, activités de transport...) et une forte densité humaine. Les polluants présents dans l'air sont d'une très grande diversité : gaz, matière condensée, solide ou liquide en suspension... Après émission, ils se dispersent dans l'air et font l'objet de réactions chimiques qui les modifient.

En Europe, le suivi de la pollution de l'air est une pratique bien établie ; des stations fixes mesurent en continu la qualité de l'air, priorisant les polluants réglementés, c'est-à-dire ceux pour lesquels des valeurs limites d'exposition ont été définies (ex. : monoxyde de carbone, dioxyde de soufre, ozone...). Parmi les effets de la pollution atmosphérique sur la santé humaine, des excès de mortalité et de morbidité (cardio-vasculaire et respiratoire) et d'admissions hospitalières ont été mis en évidence lors de pics de pollution.

Cette dernière décennie, des travaux se sont également orientés vers la recherche d'effets sur le déroulement de la grossesse, identifiant un lien entre pollution atmosphérique et faibles poids à la naissance et une association possible avec la prématurité. Toutefois, les questions concernant la forme de la relation dose-réponse et l'existence d'un effet seuil sont à ce jour sans réponse.

1. Définie par la naissance avant 37 semaines d'aménorrhée (OMS).

Frédéric MAUNY. La prématurité et le phénomène de multi exposition : Prématurité et multi exposition environnementale : bruit et pollution atmosphérique en milieu urbain. *Les cahiers de la Recherche*. Santé, Environnement, Travail, ANSES, 2016, Santé et pollution atmosphérique, pp.26-27. ffanses01781556f

Au-delà des effets auditifs bien connus, de nombreuses études ont pu établir un lien entre nuisances sonores et différentes pathologies (ex. : cardiovasculaires, psychiatriques...).

LE BRUIT

Depuis une trentaine d'années, les préoccupations au sujet des effets sanitaires de l'exposition sonore environnementale n'ont cessé de croître. Au-delà des effets auditifs bien connus, de nombreuses études ont pu établir un lien entre nuisances sonores et différentes pathologies (ex. : cardiovasculaires, psychiatriques...). Les quelques études portant sur les effets de l'exposition sonore environnementale sur le déroulement de la grossesse conduisent à des résultats divergents, avec une tendance à l'augmentation du risque (non significative) en milieu professionnel ou en population générale. Dès lors, qu'en est-il de l'effet conjoint lié à une exposition multiple bruit et pollution atmosphérique ? Comment le quantifier et l'estimer ?

LE PHÉNOMÈNE D'EXPOSITION MULTIPLE

En milieu urbain, la densité de la circulation routière (source d'émission commune de bruit et de polluants atmosphériques) combinée à un nombre élevé de riverains constitue les conditions « optimales » d'une multi-exposition environnementale, c'est-à-dire que les riverains sont exposés simultanément à plusieurs agressions. Dès lors, comment analyser la relation entre la prématurité et chacun de ces facteurs ? Se pose aussi la question de leurs éventuels effets synergiques, c'est-à-dire que le cumul des deux agresseurs pourrait avoir un effet supérieur à la simple addition des effets.

Quelques études, conduites à l'étranger, ont analysé les effets conjoints du bruit et de la pollution de l'air extérieur sur les pathologies cardiovasculaires, sur le stress ou la gêne – mettant parfois en évidence un effet synergique. En France, de premières approches sur les multi-expositions ont

MOTS-CLÉS : prématurité, exposition multiple, milieu urbain, bruit, pollution atmosphérique, enquête cas témoin, dose effet, femme enceinte, analyse géographique, Franche-Comté, Bourgogne.

L'objectif principal de l'étude PrémaBQua est d'analyser la relation entre la prématurité et l'exposition au bruit et à la pollution atmosphérique...

été initiées dans les vallées alpines² (transit à fort trafic de marchandises) puis à Champlan, village soumis à un cumul d'infrastructures et de nuisances en Essonne; elles constituent un domaine de recherche émergent.

LE PROJET DE RECHERCHE: PRÉMABQUA

L'objectif principal de l'étude PrémaBQua est d'analyser la relation entre la prématurité et l'exposition au bruit et à la pollution atmosphérique puis, d'évaluer la part relative de chacun de ces deux facteurs et leurs éventuels effets synergiques. L'idée retenue consiste à comparer le niveau d'exposition environnementale de femmes ayant accouché prématurément à celui de femmes ayant accouché à terme. On parle alors d'étude cas-témoins. Les valeurs d'exposition au bruit et à la pollution seront évaluées en façade du domicile.

Méthodologie

L'enquête porte sur 4800 naissances prématurées et à terme, la mère habitant sur les communes de Besançon ou de Dijon ayant accouché dans l'un des deux CHU entre 2005 et 2009.

Trois groupes d'inclusion seront constitués et analysés séparément:

- Les grossesses uniques liées à un travail prématuré spontané;
- Les grossesses uniques avec pathologies associées;
- Les grossesses multiples.

À chaque cas de naissance prématurée seront associées des naissances à termes (ou témoins) appariées sur des critères de lieu d'accouchement, d'âge de la mère et du groupe d'inclusion. L'exposition multiple est évaluée à partir de modèles d'émission-diffusion construits à l'aide des logiciels CIRCUL'AIR et ADMS-Urban pour la pollution atmosphérique et MITHRA SIG pour le niveau sonore environnemental. Le principe est de modéliser les émissions de polluants à partir des sources majeures identifiées, géo référencées et correctement estimées (principalement les voies routières et donc le trafic quantifié en termes de nombres de véhicules), puis de modéliser la diffusion de ces polluants (on parle de propagation pour le bruit) à l'échelle du site urbain. Enfin, une cartographie des niveaux de pollution est établie pour la totalité du site urbain, permettant par requête spatiale de quantifier le niveau d'exposition en tout point, et en particulier au domicile des patientes. •

LES PARTENAIRES

• Frédéric Mauny et Sophie Pujol

UMR 6249 CNRS/Université de Franche-Comté, CHRU-Hôpital Saint-Jacques, Centre de méthodologie clinique, Besançon.

• Catherine Quantin

CHU de Dijon, Service biostatistique et informatique médicale, et UMR Inserm/université de Bourgogne.

1181 « Biostatistiques, Biomathématiques, Pharmacopépidémiologie et maladies infectieuses » (B2PHI), Dijon.

• Nadine Bernard

UMR N° 6249 CNRS/Université de Franche-Comté, Besançon.

• Francis Schweitzer

Atmo Franche-Comté, Besançon.

• Sandrine Monteiro

Atmos'air Bourgogne, Dijon.

• Jérôme Defrance

CSTB, Saint-Martin d'Hères.

• Hélène Houot

UMR N° 6049 CNRS/Université de Franche-Comté, Besançon.

Durée: 48 mois

Financement ADEME: 199 922 €

Contact: frederic.mauny@univ-fcomte.fr

2. Projet ALPNAP, entre 2005 et 2007.

Utilisation de la contraception hormonale chez les femmes obèses ou en surpoids

PAR LAUREEN M LOPEZ, ALISSA BERNHOLC, MARIO CHEN, THOMAS W GRAY, CONRAD OTTERNESS, CAROLYN WESTHOFF*

L'excès de poids corporel est aujourd'hui un problème de santé partout dans le monde. Le surpoids ou l'obésité peut affecter l'efficacité de certaines méthodes contraceptives. Les méthodes de contraception hormonale comprennent la pilule, le timbre transdermique (patch), l'anneau vaginal, les implants, les contraceptifs injectables et la contraception hormonale intra-utérine (DIU ou « stérilet hormonal »).

Nous avons effectué jusqu'au 4 août 2016 des recherches sur ordinateur pour trouver des études sur la contraception hormonale chez les femmes obèses ou en surpoids. Nous avons recherché des études qui comparaient les femmes obèses ou en surpoids avec des femmes ayant un poids ou un indice de masse corporelle (IMC) normal. La formule pour calculer l'IMC est (poids [kg] / taille [m])². Pour la revue initiale, nous avons écrit aux chercheurs afin de trouver d'autres études que nous aurions pu manquer.

Avec les 8 études ajoutées dans la présente mise à jour, nous arrivons à 17 études portant sur un total de 63 813 femmes. Nous nous concentrons ici sur 12 études dont les résultats sont de bonne, moyenne ou mauvaise qualité. La plupart n'ont pas démontré davantage de grossesses chez les femmes obèses ou en surpoids. Deux des cinq études sur les pilules contraceptives ont trouvé une différence entre les groupes d'IMC. Dans l'une d'elles, les femmes en surpoids présentaient un risque plus élevé de grossesse. Dans l'autre, le taux de grossesses était plus bas chez les femmes obèses que chez celles qui ne l'étaient pas. La deuxième étude testait également un nouveau timbre transdermique ; les femmes obèses du groupe timbre présentaient un taux de grossesses plus élevé. Deux des cinq études consacrées aux implants, examinant l'ancien implant à six capsules, font apparaître des différences entre les groupes de poids. Une étude a montré un taux de grossesses plus élevé sur la sixième et la septième années combinées pour les femmes pesant 70 kg ou plus. L'autre rapportait des différences de taux de grossesses à 5 ans, uniquement dans les groupes de poids inférieur. Les résultats pour les autres méthodes de contraception (contraceptif injectable, DIU hormonal, implants simples et doubles) ne font pas apparaître de lien entre surpoids ou obésité et taux de grossesses.

Ces études n'ont généralement pas mis en évidence une association entre l'IMC ou le poids et l'effet des méthodes

hormonales. Nous avons trouvé peu d'études pour la plupart des méthodes. Les études utilisant l'IMC plutôt que le poids peuvent montrer si la masse adipeuse influe sur l'efficacité de la contraception. Les méthodes étudiées ici donnent de très bons résultats lorsqu'elles sont utilisées de la manière prescrite. Dans l'ensemble, la qualité des études était faible pour cette revue, en particulier celle des rapports plus anciens. Cependant, de nombreuses études auraient été de meilleure qualité dans leur objectif d'origine que pour les comparaisons faites ici.

CONCLUSIONS DES AUTEURS

Les données n'indiquent globalement pas d'association entre un IMC ou un poids élevé et l'efficacité des contraceptifs hormonaux. Cependant, nous avons trouvé peu d'études pour la plupart des méthodes de contraception. Les études utilisant l'IMC, plutôt que le poids seul, peuvent donner des indications pour savoir si la composition corporelle est liée à l'efficacité contraceptive. Les méthodes contraceptives examinées ici sont parmi les plus efficaces lorsqu'elles sont utilisées selon le schéma thérapeutique prescrit.

Nous avons estimé que la qualité globale des données était mauvaise pour les objectifs de cette revue. Les rapports récents ont fourni des données de qualité variable, tandis que la qualité était généralement mauvaise pour les études plus anciennes. Pour de nombreux essais, la qualité serait meilleure pour l'objet d'origine de l'étude que pour les comparaisons non randomisées réalisées ici. Il serait utile que les chercheurs tiennent compte de la confusion potentiellement liée à l'IMC ou à l'efficacité contraceptive. Les études récentes incluent une plus grande proportion de femmes obèses ou en surpoids, ce qui aide à évaluer l'efficacité et les effets secondaires des contraceptifs hormonaux dans ces groupes.

CONTEXTE

L'obésité a atteint des proportions épidémiques partout dans le monde. L'efficacité des contraceptifs hormonaux peut être liée à des changements métaboliques dans l'obésité ou à l'augmentation de la masse corporelle totale ou de la masse adipeuse. Les contraceptifs hormonaux comprennent les contraceptifs oraux, les contraceptifs injectables, les implants, la contraception hormonale intra-utérine (DIU), le timbre transdermique et l'anneau vaginal. Compte tenu de la prévalence du surpoids et de l'obésité, l'impact en termes de santé publique que pourrait avoir leur éventuel effet sur l'efficacité contraceptive de ces méthodes serait considérable.

OBJECTIFS

Examiner l'efficacité des contraceptifs hormonaux dans la prévention de la grossesse chez les femmes obèses ou

* Publié dans la Base de données Cochrane des revues systématiques, août 2016 - <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008452.pub4>

en surpoids par rapport à des femmes ayant un indice de masse corporelle (IMC) ou un poids plus faible.

LA STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Nous avons recherché des études dans MEDLINE (PubMed), CENTRAL, POPLINE, Web of Science, ClinicalTrials.gov et ICTRP jusqu'au 4 août 2016. Nous avons examiné les références bibliographiques des articles pertinents afin d'identifier d'autres études. Pour la revue initiale, nous avons écrit aux chercheurs afin de trouver d'autres études publiées ou non publiées.

CRITÈRES DE SÉLECTION

Tous les plans d'étude étaient éligibles. L'étude pouvait avoir examiné tous les types de contraceptifs hormonaux. Les rapports devaient contenir des informations sur les méthodes de contraception spécifiques utilisées. Le critère d'évaluation principal était la grossesse. Les femmes obèses ou en surpoids devaient avoir été identifiées au moyen d'une analyse définissant une valeur seuil de poids ou d'IMC (kg/m^2).

RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES

Deux auteurs ont extrait les données de manière indépendante. L'un d'eux a saisi les données dans RevMan et l'autre en a vérifié l'exactitude. Les principales comparaisons étaient faites entre des femmes obèses ou en surpoids et des femmes de poids ou d'IMC inférieur. Nous avons examiné la qualité des données à l'aide de l'échelle Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale. Nous avons inclus les taux des tables actuarielles disponibles. Nous avons également utilisé des taux de grossesses non ajustés, le risque relatif (RR) ou le rapport de taux lorsque ceux-ci étaient les seuls résultats fournis. Pour les variables dichotomiques, nous avons calculé le rapport de cotes avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %.

RÉSULTATS PRINCIPAUX

Avec les 8 ajoutées dans cette mise à jour, 17 études répondaient à nos critères d'inclusion et portaient sur un total de 63 813 femmes. Nous nous concentrons ici sur 12 études qui ont fourni des données de bonne, moyenne ou mauvaise qualité. La plupart ne montrent pas un risque plus élevé de grossesse chez les femmes obèses ou en surpoids. Sur cinq études de COC, deux rapportaient un lien entre IMC et grossesse, mais dans des directions différentes. Avec un CO contenant de l'acétate de noréthindrone et de l'éthinylestradiol (EE), le risque de grossesse était plus élevé chez les femmes en surpoids ($\text{IMC} \geq 25$) que chez celles dont l'IMC était inférieur à 25 (risque relatif rapporté 2,49, IC à 95 % de 1,01 à 6,13). En revanche, un essai sur une CO contenant du lévonorgestrel et de l'éthinylestradiol a rapporté un indice de Pearl de 0 pour les femmes obèses ($\text{IMC} \geq 30$) contre 5,59 pour les femmes non obèses ($\text{IMC} < 30$).

Ce même essai testait aussi un timbre transdermique contenant du lévonorgestrel et de l'éthinylestradiol. Dans le groupe timbre, l'indice de Pearl rapporté pour les femmes obèses du sous-groupe « observant » était plus élevé que celui des femmes non obèses (4,63 contre 2,15). Deux des cinq études examinant l'implant à six capsules au lévonorgestrel, montrent des différences en fonction du poids au niveau des grossesses. Une étude a montré qu'un fort poids était associé à une augmentation du taux de grossesses sur la sixième et la septième années combinées (P rapporté $< 0,05$). Dans l'autre étude, les taux de grossesses différaient la cinquième année dans les groupes de plus faible poids seulement (P rapporté $< 0,01$), et cette différence ne concernait pas les femmes pesant 70 kg ou plus.

L'analyse des données concernant d'autres méthodes contraceptives (acétate de médroxyprogestérone-retard (sous-cutané), DIU au lévonorgestrel, implant au lévonorgestrel et implant à l'étonogestrel) ne fait apparaître aucune association entre grossesse et surpoids ou obésité. •

Interventions pour aider les femmes en surpoids ou obèses à commencer et à continuer d'allaiter

PAR FRANKIE J FAIR, GEMMA L FORD, HORA SOLTANI*

RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE

PROBLÉMATIQUE

L'allaitement maternel est important pour la santé des mères et de leurs nourrissons. Le conseil actuel est que l'allaitement maternel exclusif doit se poursuivre jusqu'à l'âge de six mois. Les nourrissons nourris au lait maternisé sont plus à risque d'infections, d'asthme et

de syndrome de mort subite du nourrisson. Les mères qui n'allaitent pas sont plus à risque de développer des cancers féminins et le diabète de type 2. Les femmes en surpoids ou obèses sont moins susceptibles de commencer à allaiter que les autres femmes et ont tendance à allaiter pendant une période plus courte. Les raisons suggérées comprennent des

* Publié dans la Base de données Cochrane des revues systématiques, septembre 2019 - <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012099.pub2>

facteurs physiques tels que des seins plus gros, qui rendent les positions traditionnelles d'allaitement plus difficiles, et un retard dans l'arrivée du lait (normalement autour de 72 heures). Cela peut diminuer la confiance des mères dans leur production de lait et leur capacité d'allaiter. Des facteurs culturels peuvent également influencer la décision des femmes de commencer ou de poursuivre l'allaitement, par exemple la façon dont la famille et les amis de la femme nourrissent leurs bébés, la confiance de la mère dans la réussite de son allaitement et la façon dont la femme considère son propre corps.

POURQUOI EST-CE IMPORTANT ?

Les femmes en surpoids, ou qui sont obèses, peuvent éprouver des difficultés avec l'allaitement qui pourraient être surmontées grâce à des encouragements et un soutien supplémentaires. Nous voulions savoir quels types de soutien sont offerts et ce qui fonctionne le mieux, avant et après la naissance. Les interventions comprenaient l'éducation, le soutien social et les méthodes matérielles comme le tirage du lait.

QUELLES DONNÉES PROBANTES AVONS-NOUS TROUVÉES ?

Nous avons recherché des données probantes (jusqu'à janvier 2019) et identifié sept essais cliniques comparatifs et randomisés (ECR), portant sur 831 femmes (de 36 à 226 femmes), menés dans des pays à revenu élevé (États-Unis, Danemark, Australie) entre 2006 et 2015. Trois essais ne comprenaient que des femmes obèses avant la grossesse et quatre essais comprenaient des femmes en surpoids et des femmes obèses.

Les essais ont comparé différents types de soutien à l'allaitement maternel aux soins habituels. Il y a eu un nombre limité d'essais pour chaque type de soutien et des différences quant au niveau de soutien reçu par les femmes dans les groupes de soutien et de soins habituels.

Un essai (39 femmes) a eu recours à une intervention de soutien matériel par le biais du prêt d'un tire-lait électrique, ou manuel, par opposition aux soins habituels (sans tire-lait). Des preuves de très faible certitude signifient qu'il n'est pas évident que le soutien matériel améliore l'allaitement maternel exclusif à quatre à six semaines; ou tout allaitement au sein à quatre à six semaines. L'essai n'a pas étudié d'autres critères de jugement importants: la non-initiation de l'allaitement maternel, et l'allaitement exclusif ou non à six mois après la naissance.

Six essais (792 femmes) ont eu recours à de multiples méthodes de soutien (y compris l'éducation et le soutien social par téléphone ou en personne) par opposition aux soins habituels. Un essai (174 femmes) n'a fait état d'aucun de nos principaux critères de jugement. L'un des essais a également fourni un soutien matériel en fournissant un tire-lait et une écharpe porte-bébé, et un autre a offert un petit cadeau aux femmes à chaque entretien lié à l'essai. Le soutien, dans ces essais, était assuré par un professionnel (quatre essais) ou un pair (deux essais), soit en groupe (un essai), soit individuellement (cinq essais).

En ce qui concerne les femmes qui reçoivent une intervention qui intègre de multiples méthodes de soutien (y

compris le soutien social, éducatif ou matériel) par rapport aux soins habituels, nous ne savons pas très bien quels sont les effets de l'intervention parce que nous avons identifié des preuves de très faible certitude pour tous les critères de jugement importants dans notre revue: taux de non-allaitement au sein; allaitement exclusif à quatre à six semaines; toute période d'allaitement de quatre à six semaines; tout allaitement exclusif au sein à six mois; tout allaitement au sein à six mois après la naissance.

QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE ?

L'efficacité des interventions visant à aider les femmes en surpoids ou obèses à commencer et à poursuivre l'allaitement reste incertaine. Les méthodes utilisées par les essais disponibles variaient en qualité, avec un petit nombre de participants. Aucun essai n'a comparé un type de soutien à un autre.

Nous avons besoin d'essais de haute qualité pour évaluer si le soutien social, éducatif, matériel ou toute combinaison de ces interventions peut donner aux mères en surpoids ou obèses les meilleures chances de commencer et de continuer à allaiter. Les interventions doivent être conçues spécifiquement pour ce groupe de femmes et réalisées par des personnes qui comprennent les défis auxquels ces femmes sont confrontées lorsqu'elles commencent et maintiennent l'allaitement.

CONCLUSIONS DES AUTEURS

Les données probantes sont insuffisantes pour évaluer l'efficacité des interventions matérielles ou des multiples méthodes de soutien (social, éducatif ou matériel) pour favoriser le début ou la poursuite de l'allaitement maternel chez les femmes en surpoids ou obèses. Nous n'avons trouvé aucun ECR comparant un type de soutien à un autre type de soutien. Toutes nos évaluations, selon la méthode GRADE, ont donné lieu à des éléments probants de très faible certitude, les décisions de déclassement étant fondées sur les limites de la conception de l'essai (ex: risque de biais d'attrition), l'imprécision et l'incohérence.

Les essais disponibles étaient pour la plupart de qualité variable avec un petit nombre de participants, biaisés par la faible observance au sein du groupe d'intervention et du groupe témoin.

Des recherches bien conçues et suffisamment étayées sont nécessaires pour répondre aux questions concernant le soutien social, éducatif et matériel ou toute combinaison de ces interventions qui pourraient aider les mères obèses ou en surpoids à obtenir des résultats optimaux en matière d'allaitement. Nous avons besoin d'essais qui examinent les interventions conçues spécifiquement pour les femmes en surpoids ou obèses, réalisées par des personnes ayant reçu une formation sur la façon de surmonter certains des défis auxquels ces femmes sont confrontées lorsqu'elles commencent et maintiennent leur allaitement. Une attention particulière pourrait être accordée à l'évaluation des interventions prénatales visant à améliorer l'initiation à l'allaitement maternel chez les femmes dont l'IMC est élevé, et non seulement à recruter des femmes qui ont l'intention d'allaiter.

Étant donné que la majorité des essais en cours ont été entrepris aux États-Unis, d'autres essais dans divers pays et contextes sont nécessaires. Les essais à venir devront tenir compte des bases théoriques sous-tendant ce type d'intervention. Ils devront tester des interventions standardisées afin de permettre à d'autres chercheurs de les reproduire et permettre ainsi de mieux déterminer ce qui permet à une intervention d'être efficace.

DÉTAILS DE L'ÉTUDE

CONTEXTE

L'allaitement maternel exclusif est recommandé pour tous les nourrissons jusqu'à l'âge de six mois en raison des nombreux bienfaits pour la santé de la mère et du nourrisson.

Les données probantes suggèrent que les mères en surpoids (indice de masse corporelle (IMC) de 25,0 à 29,9 kg/m²) ou obèses (IMC \geq 30,0 kg/m²) sont moins susceptibles de commencer à allaiter et risquent d'allaiter pendant une plus courte période. Compte tenu de la prévalence croissante du surpoids et de l'obésité dans le monde et des avantages connus de l'allaitement maternel, en particulier pour réduire les risques à long terme d'obésité et de diabète chez les nourrissons, il est essentiel de trouver des moyens efficaces pour soutenir et promouvoir l'allaitement chez les femmes obèses ou en surpoids pour améliorer la santé des populations.

OBJECTIFS

Évaluer l'efficacité des interventions visant à soutenir le début ou la poursuite de l'allaitement maternel chez les femmes en surpoids ou obèses.

LA STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Le 23 janvier 2019, nous avons effectué une recherche dans le *Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register*, *ClinicalTrials.gov*, la plateforme d'enregistrement des essais cliniques internationaux (ICTRP) de l'Organisation Mondiale de la Santé et les listes de référence des essais retenus.

CRITÈRES DE SÉLECTION

Essais cliniques comparatifs randomisés (ECR) et quasi-ECR qui comparent les interventions visant à soutenir le début et la poursuite de l'allaitement maternel chez les femmes en surpoids ou obèses. Les interventions comprenaient le soutien social, l'éducation, le soutien matériel ou toute combinaison de ces éléments. Les interventions ont été comparées entre elles ou contre un groupe témoin.

RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES

Nous avons évalué tous les essais potentiels identifiés dans le cadre de la stratégie de recherche. Deux auteurs de l'étude ont extrait des données de chaque essai et évalué le risque de biais. Nous avons résolu les divergences en discutant avec le troisième auteur de la revue. Nous avons évalué la qualité des preuves à l'aide de l'approche GRADE.

RÉSULTATS PRINCIPAUX

Nous n'avons trouvé aucun essai comparant un type de soutien à un autre. Nous avons inclus sept ECR (dont un

ECR-groupe) auxquels ont participé 831 femmes. Le nombre de femmes dans chaque essai variait de 36 à 226. Les essais ont été menés dans des pays à revenu élevé : États-Unis (5 essais) ; Danemark (1 essai) et Australie (1 essai), entre 2006 et 2015. Trois essais ne comprenaient que des femmes obèses avant la grossesse et quatre essais comprenaient à la fois des femmes en surpoids et des femmes obèses. Nous avons jugé que le risque de biais dans les essais inclus était mixte ; un seul essai a été jugé à faible risque de biais pour la génération de séquences aléatoires, la dissimulation de l'allocation et le biais d'attrition.

Soutien matériel à l'allaitement (tire-lait manuel ou électrique) versus soins habituels (pas de tire-lait)

Des données de très faible certitude provenant d'un petit essai (39 femmes) portant sur une intervention de soutien matériel (tire-lait manuel ou électrique) par rapport aux soins habituels (pas de tire-lait) ne permettent pas de déterminer si le soutien matériel améliore l'allaitement exclusif à quatre à six semaines (rapport de risque (RR) 0,55, intervalle de confiance (IC) à 95 % 0,20 à 1,51) ou tout type d'allaitement à quatre à six semaines (RR 0,65, IC 95 % 0,41 à 1,03). L'essai n'a pas étudié les autres critères de jugement considérés comme importants pour notre revue : la non-initiation de l'allaitement maternel, l'allaitement exclusif ou tout autre allaitement maternel six mois après l'accouchement.

Méthodes multiples de soutien à l'allaitement maternel par rapport aux soins habituels

Six essais (auxquels ont participé 792 femmes) ont eu recours à de multiples méthodes de soutien, y compris l'éducation et le soutien social par téléphone ou en personne. L'un de ces essais a également fourni un soutien matériel en fournissant un tire-lait et une écharpe porte-bébé et un essai a fourni un petit cadeau aux femmes à chaque entretien lié à l'étude. Le soutien, dans ces essais, était assuré par un professionnel (quatre essais) ou un pair (deux essais). Un essai a fourni un soutien de groupe, tandis que les cinq autres essais ont soutenu les femmes individuellement. Un essai (174 femmes) n'a fait état d'aucun de nos principaux critères de jugement.

Nous ne connaissons pas bien les effets de l'intervention parce que nous avons identifié des données probantes de très faible certitude pour tous les critères de jugement importants de notre revue : taux de non-allaitement (RR moyen de 1,03, IC à 95 % : 0,07 à 16,11 ; 3 essais, 380 femmes) ; allaitement exclusif à quatre à six semaines (RR moyen de 1,21, IC à 95 % : 0,83 à 1,77 ; 4 essais, 445 femmes) ; tout allaitement maternel à quatre à six semaines (RR moyen de 1,04, IC à 95 % : 0,57 à 1,89 ; 2 essais, 103 femmes) ; taux d'allaitement exclusif au sein six mois après la naissance (RR 7,23, IC à 95 % : 0,38 à 137,08 ; 1 essai, 120 femmes) ; et tout allaitement au sein six mois après la naissance (RR moyen : 1,42, IC à 95 % : 1,08 à 1,87 ; 2 essais, 223 femmes). •

SÉNAT

Comptes rendus de la Commission Spéciale sur la Bioéthique

La Commission Spéciale du Sénat a auditionné beaucoup d'experts sur les sujets dont elle avait à se prononcer avant de rendre son avis le 21 janvier.

Deux des grands sujets concernant notre pratique sont le DAN et l'AMP.

Il nous a semblé intéressant de vous retransmettre ces auditions. En effet nous ne savons pas exactement comment ont été sélectionnés ces experts, d'une part, et nous savons aussi qu'une partie de leurs propos sont faits de leur opinion propre, d'autre part. Cela nous permet donc de savoir sur quels avis donnés par ces experts se sont basés ensuite les Sénateurs, et alors d'enrichir nos débats.

Pour l'AMP ces auditions ont été complétées par celles des différentes associations. Vous pouvez les retrouver sur le site public du Sénat.

AUDITION DE M^{ME} ALEXANDRA BENACHI, PRÉSIDENTE DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CENTRES PLURIDISCIPLINAIRES DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL - MARDI 3 DÉCEMBRE 2019

Présidence de M. Alain Milon, président.

La réunion est ouverte à 17h 30.

M. Alain Milon, président. — Nous poursuivons nos travaux sur le projet de loi relatif à la bioéthique avec l'audition de M^{me} Alexandra Benachi, présidente de la Fédération française de centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal. Cette audition fait l'objet d'une captation vidéo.

M^{me} Alexandra Benachi, présidente de la Fédération française de centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal. — Je suis présidente de la Fédération des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal et je commence une quatrième année de mandat. La Fédération française de centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal a été créée en 2007. Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal ont, quant à eux, été créés en 1999, à la suite de la loi de bioéthique de 1994. Notre rôle est d'accueillir et de gérer toutes les grossesses pour lesquelles un foetus présente une pathologie.

Depuis 1994, notre métier a beaucoup évolué. À l'époque, le diagnostic prénatal consistait à dépister et diagnostiquer des pathologies d'une particulière gravité, avec l'idée que certaines grossesses pouvaient donner lieu à une interruption.

Aujourd'hui, nous sommes capables de proposer des traitements au foetus afin d'améliorer le pronostic. Cela peut

être des traitements simples, tels que des transfusions ou des poses de petits drains, ou des chirurgies plus lourdes. C'est la raison pour laquelle nous avons demandé une modification de la définition de notre spécialité, afin qu'elle ne soit plus exclusivement associée aux interruptions de grossesse. Nous sommes en effet capables de faire beaucoup d'autres choses.

Nous avons également demandé d'autres modifications. Le nouveau texte de loi prévoyait que la patiente devait informer son conjoint avant de prendre une décision. Cela représentait une véritable entrave à l'autonomie des femmes mais aussi un problème de fonctionnement, pour nous, au quotidien. En effet, de nombreuses femmes consultent seules. Devoir demander l'avis du conjoint, qui parfois ne peut pas, ne veut pas venir ou n'existe pas, rend la prise en charge compliquée.

Le diagnostic pré-implantatoire (DPI-A) n'entre pas exactement dans notre champ d'intervention mais nous concerne puisque, dans les centres de diagnostic prénatal, les DPI sont également pris en charge. Il n'existe que cinq centres en France, mais le mien, Antoine Bécclère, travaille en étroite collaboration avec Necker. Ce sujet n'a pas été retenu par l'Assemblée nationale mais il est très important pour nous.

Un article du texte est relatif aux réductions embryonnaires. Il s'agit de la possibilité d'interrompre le développement d'un foetus dans le cas de grossesses multiples ou hypermultiples afin de réduire les risques liés à la grossesse. Cette technique n'était jusqu'à présent pas encadrée et était réalisée sans surveillance par certains professionnels. Pour nous, il s'agit donc d'une bonne chose.

Vous m'avez aussi posé des questions sur le DPI-HLA. Le DPI-HLA est la possibilité, lorsque l'on fait un diagnostic pré-implantatoire, de sélectionner soit un embryon indemne de la pathologie génétique que transmettent les parents, soit un embryon HLA qui serait compatible avec un enfant atteint en attente d'une greffe. Cela concerne notamment la drépanocytose ou la bêta-thalassémie. Dans le nouveau texte, l'interdiction de réaliser des DPI-HLA est apparue. Nous ne les pratiquons plus en France depuis quelques années mais cette volonté émane des centres, et non pas des professionnels.

M^{me} Corinne Imbert, rapporteure. — Merci pour vos propos introductifs. Vous avez demandé la modification de votre activité professionnelle. Êtes-vous satisfaite de la définition qui apparaît aujourd'hui dans le projet de loi? Vous venez d'évoquer le DPI-HLA. Pouvez-vous nous expliquer l'intérêt de cette technique? Que pensez-vous de la position de l'Assemblée nationale? Je souhaiterais revenir sur le diagnostic pré-implantatoire. Quel intérêt existe-t-il à le proposer?

M^{me} Alexandra Benachi. — Le texte adopté est meilleur que celui déposé à l'Assemblée nationale. Toutefois, le terme

« dépistage » a disparu. Le « diagnostic prénatal » a été remplacé par « médecine fœtale ». C'est une bonne chose, parce que c'est beaucoup plus large, la médecine fœtale incluant le diagnostic et le dépistage. Cependant, dans notre spécialité, le spectre de l'eugénisme revient systématiquement. Je le comprends mais le dépistage est autorisé dans notre pays. C'est le cas du dépistage de la trisomie 21. Des échographies non obligatoires, mais recommandées, permettent de détecter des anomalies au cours de la grossesse. Le but de ces échographies est de dépister des anomalies ou des retards de croissance chez le fœtus. Nous aurions souhaité que le terme « dépistage » soit également inclus. Nous avons fait une proposition et demandé que la notion de particulière gravité soit retirée afin que les dépistages puissent être élargis. Une anémie chez un fœtus ne représente pas une particulière gravité mais peut s'aggraver si l'on ne fait rien. Dans ce cas, une transfusion par le cordon ombilical est nécessaire, sans entraîner une interruption de grossesse.

La dernière partie de la phrase de cet article est identique au texte sur l'interruption de grossesse. C'est un problème. Lorsque l'on propose un traitement chirurgical à une patiente pour son bébé atteint d'une pathologie d'une particulière gravité, elle peut demander l'interruption de grossesse. En laissant ce terme dans le texte de loi, nous pourrions nous retrouver en difficulté. C'est la raison pour laquelle nous avons demandé que le terme de « particulière gravité » soit retiré de la définition.

Concernant le DPI-HLA, seule l'équipe de Necker-Béclère le pratiquait. Nous avons cessé de la faire car c'était extrêmement lourd. La pratique est très régulée. Pour chaque demande d'une patiente, il fallait demander l'autorisation à l'Agence de la biomédecine et la loi française ne nous autorise pas à refaire une tentative s'il existe des embryons sains pour la pathologie. C'est-à-dire que l'on part du principe qu'un couple va demander un DPI-HLA parce qu'il souhaite un nouvel enfant indemne de la pathologie. Si l'enfant peut être compatible avec l'enfant malade qui attend sa greffe, tant mieux. Mais le but du DPI, c'est d'avoir un enfant sain. Quand on faisait le DPI, s'il n'y avait que des embryons sains de la pathologie, mais incompatibles HLA, les patientes refusaient de faire l'implantation de l'embryon. Au départ, leur souhait était d'avoir un enfant sain, mais nous savons très bien que c'était aussi pour avoir un enfant compatible avec le premier enfant. La loi française ne nous autorise pas à refaire une tentative tant qu'il y a des embryons sains au congélateur. Pour faire simple, nous avons des embryons sains au congélateur et des couples qui refusaient le transfert. Cela n'avait donc pas de sens de monter un projet aussi lourd.

Nous nous sommes aussi rendu compte que, faute de moyens, il y a presque deux ans d'attente pour ce qui relève de la biologie moléculaire. Face aux coûts et à la lourdeur du processus, les patients faisaient plus simple et sans nous. Nous n'avions toutefois pas demandé le retrait de cette possibilité, afin que les patientes puissent avoir accès à cette technique remboursée en Europe, notamment en Belgique ou en Espagne.

Le DPI-A intervient lors d'une procédure d'assistance médicale à la procréation. Aujourd'hui, on réimplante les embryons sans regarder s'il existe des anomalies chromo-

somiques. Or, plus une patiente vieillit, plus ses embryons seront porteurs d'anomalies chromosomiques. Généralement, quand un embryon est porteur d'anomalies, il ne s'implante pas ou conduit à une fausse couche.

Le DPI-A permet d'améliorer les performances de la fécondation in vitro. C'est efficace chez les patientes entre 35 et 42 ans et cela permet d'obtenir un enfant plus vite. Cela limite ainsi le nombre de tentatives de stimulation. Pour certains c'est une technique qui sélectionne des embryons indemnes d'anomalies chromosomiques. Pour moi, cela me permet de ne pas stimuler plusieurs fois une patiente déjà âgée, et d'éviter de l'exposer à des risques de thrombose ou de cancer à long terme.

Il y a donc deux éthiques qui s'affrontent : la crainte de la sélection des embryons et le souhait d'éviter aux patientes de subir des stimulations à répétition, des fausses couches qui peuvent également être extrêmement lourdes à porter. La plupart de ces embryons porteurs d'anomalies se termineront en fausses couches ou ne s'implanteront pas. C'est donc une fausse idée de dire que l'on va sélectionner des embryons.

La trisomie 21 représente 3 % des anomalies chromosomiques. En France, le dépistage de la trisomie 21 est autorisé pour les patientes qui souhaitent en bénéficier. Si l'enfant est porteur de l'anomalie et si la patiente le souhaite, elle pourra faire une interruption de grossesse. C'est le choix de nombreuses patientes en France. Pourquoi faire supporter tout cela aux patientes alors que nous disposons de cette technique, qui serait accessible ? La littérature nous démontre qu'elle est efficace, économiquement souhaitable et qu'elle va dans le sens de l'intérêt des patientes âgées de 35 à 42 ans.

Une demande de projet de recherche a été déposée par un de nos collègues. Il s'agit d'essayer de convaincre tout le monde afin d'évaluer la technique en France puis de l'autoriser dans deux ans si ce projet fonctionne. Cela permettrait d'évaluer la situation. Si le projet n'est pas adopté en 2020, il faudra attendre cinq ans avant la prochaine loi. En termes de recherche, nous allons perdre énormément. Je me rends régulièrement dans des congrès et je constate à quel point, n'ayant pas accès au DPI-A, nos résultats d'assistance médicale à la procréation (AMP) sont moins bons. Même les spécialistes français ne pourront plus publier. Je pense vraiment que ce n'est ni un problème d'eugénisme ni de sélection d'embryons puisque la plupart d'entre eux ne donneront pas naissance à un enfant.

M. Olivier Henno, rapporteur. — Madame, vous êtes convaincante. Certains défendent des alternatives thérapeutiques au DPI-HLA. Qu'en pensez-vous ?

Pourriez-vous développer la question des centres de diagnostic prénatal, leur répartition sur le territoire, et leur activité ?

M^{me} Alexandra Benachi. — Il n'existe pas d'alternative thérapeutique identique. Il est possible d'avoir recours à un donneur extérieur mais, avec un patrimoine génétique différent, les chances sont moindres pour l'enfant.

Concernant la répartition des centres de diagnostic prénatal, le document que je vous ai remis synthétise les informations. Il existe une prépondérance des centres dans la région parisienne et quelques régions, comme Bordeaux, sont moins bien dotées.

L'Agence de la biomédecine est notre instance de tutelle et nous lui présentons chaque année les résultats de notre activité. Son rapport annuel détaille les actes, le nombre d'interruptions de grossesse, de patients pris en charge, de gestes réalisés. Dans l'ensemble, les actes sont bien répartis sur le territoire. La Fédération a également un rôle de coordination et offre la possibilité aux responsables de se retrouver deux fois par an pour discuter des protocoles, échanger. Nous essayons d'homogénéiser la prise en charge et les protocoles de soins.

Les centres de diagnostic prénatal qui font de la chirurgie in utero sont en revanche mal répartis sur le territoire. C'est toutefois une activité de niche, qui représente moins de 800 chirurgies en incluant les transfusions, les lasers pour les jumeaux, les poses de drains. C'est peu par rapport aux 750 000 naissances annuelles.

Les centres maladies rares, créés il y a quelques années, nous permettent de regrouper des compétences. Il ne serait pas opportun de les répartir sur le territoire car il s'agit de pathologies qui demandent une réelle expertise. Depuis l'apparition de ces centres, la prise en charge des patients atteints de pathologies rares a été largement améliorée.

M^{me} Véronique Guillotin. — Il existe en effet un double enjeu éthique. Je suis convaincue par votre exposé et par votre vision éthique vis-à-vis des femmes, qui permet d'éviter de multiples implantations infructueuses.

M. Daniel Chasseing. — S'il n'y a pas de diagnostic pré-implantatoire, les femmes continueront à aller dans d'autres pays.

M^{me} Alexandra Benachi. — Il existe un tourisme procréatif évident, mais pas encore pour le DPI-A. Seules les patientes qui ont fait beaucoup de fausses couches — on voit des patientes qui ont fait plus de cinq fausses couches et qui approchent de l'âge fatidique de 42 ans — s'orientent de plus en plus vers l'Espagne ou la Belgique, car ces pays font du DPI-A. Cela concerne à mon avis peu de patientes, car beaucoup ignorent qu'elles auraient plus de chances en faisant un DPI-A. Le bénéfice de cette technique est réel pour les patientes de plus de 35 ans.

M^{me} Patricia Schillinger. — J'adhère aussi totalement à vos propos. Y-a-t-il beaucoup de chercheurs qui travaillent sur ce domaine-là? Les femmes sont orientées par leur gynécologue. Comment sont-ils formés sur la suspicion?

M^{me} Alexandra Benachi. — Des personnes qui font de l'assistance médicale à la procréation dans les centres universitaires travaillent sur ces sujets-là. Ils sont accompagnés par des équipes plus spécialisées sur les anomalies des chromosomes. En France, nous avons de bonnes équipes. Nous avons été cependant limités pour élargir les recherches sur l'embryon et nous contentons du nouveau texte.

Les gynécologues n'ont pas le droit de réorienter les patientes à l'étranger. Toutefois, certaines patientes, comme une femme de 39 ans qui a fait deux interruptions de grossesse pour Trisomie 21 et trois fausses couches, sont de très bonnes candidates pour un DPI-A. En l'espèce, cette patiente a été orientée vers un centre à l'étranger qui le pratique car il y a clairement quelque chose dans ses ovocytes ou dans les spermatozoïdes de son conjoint qui ne fonctionne pas. Pour elle, le DPI-A, c'est la solution.

M^{me} Michelle Meunier. — Y a-t-il dans ce texte des éléments qui mériteraient un développement ou une amélioration?

M^{me} Alexandra Benachi. — Je fais ce métier depuis vingt ans et me dire que l'on ne pourrait pas faire de diagnostic d'anomalies génétiques et éviter des interruptions de grossesse à ces couples me semble inenvisageable. Je comprends très bien que ce soit compliqué pour certains, mais il y a tout de même des pathologies fréquentes, avec un pronostic très sévère, comme l'amyotrophie spinale, la mucoviscidose. Certes il existe des traitements mais pour certains cela fait vingt ans que j'en entends parler. Si nous pouvions, comme dans de nombreux pays, proposer aux jeunes couples de rechercher les principales anomalies génétiques pour leur éviter l'interruption de grossesse, soit en proposant un diagnostic pré-implantatoire soit pour envisager une grossesse spontanée, cela éviterait de nombreuses souffrances. Aujourd'hui, il faut avoir souffert pour avoir droit au diagnostic prénatal. Cela soulève des questions. Quelle pathologie est considérée comme étant très grave? Faut-il que l'enfant décède à la naissance, à un mois, à quatre mois, à six mois, à deux ans? Où se situe le seuil? Il existe des pathologies pour lesquelles nous connaissons le pronostic et où l'espérance de vie ne dépasse pas l'âge de six mois, avec de réelles souffrances comme l'amyotrophie spinale. À titre personnel, je pense que ce serait une bonne chose que l'on autorise le pré-conceptionnel pour certaines pathologies.

Nous n'aimons pas le concept de listes dans le domaine du diagnostic prénatal et ne pouvons établir des listes de pathologies de particulière gravité. Cela ne serait pas envisageable à l'égard des patients atteints de la pathologie. Également, la particulière gravité est quelque chose d'extrêmement subjectif pour les couples. En revanche, pour des raisons médico-économiques, cela serait souhaitable pour des pathologies relativement fréquentes comme la mucoviscidose. Une personne sur 25 est porteuse du gène.

M. Michel Amiel. — Sur ce sujet, il me semble qu'en droit, à l'heure actuelle, les tests sont possibles pour les couples lorsqu'il y a déjà un enfant né atteint de la maladie. Cela signifie qu'il faut d'abord avoir un enfant gravement malade pour pouvoir vérifier que les suivants ne le soient pas. C'est tout de même un vrai problème. On voit bien que vous avez raison. Il faut faire évoluer notre droit.

M^{me} Alexandra Benachi. — C'est exactement cela! Pour avoir droit au diagnostic, il faut avoir souffert et avoir eu un enfant porteur de la maladie. Je comprends aussi que certains disent que l'on ne s'arrêtera jamais. Des dérives peuvent en effet exister mais notre système français est bien encadré, notamment par l'Agence de la biomédecine.

M^{me} Corinne Imbert, rapporteure. — Le comité consultatif national d'éthique (CCNE) était favorable au diagnostic pré-conceptionnel après une consultation spécialisée. Pourrions-nous l'organiser pour quelques maladies et proposer son remboursement par l'assurance maladie? Qu'en pensez-vous?

M^{me} Alexandra Benachi. — Tout test génétique doit être encadré. C'est inscrit dans la loi. Le patient doit bénéficier de l'information la plus correcte possible. Dans notre spécialité

c'est un élément important. Ces tests doivent être précédés d'une consultation génétique. À l'étranger, peu de couples demandent une analyse génétique. Je pense qu'en France peu le demanderaient également mais cela pourrait tout à fait être organisé dans notre pays.

M. Yves Daudigny. — Pourriez-vous nous expliquer le lien entre le diagnostic prénatal et la DPI ?

M^{me} Alexandra Benachi. — Le DPI fait partie du diagnostic prénatal également. C'est le même texte de loi. Le DPI, c'est le diagnostic pré-implantatoire. On fait les analyses sur l'embryon, avant de le retransférer dans l'utérus. C'est une analyse très limitée. On sait faire des analyses pour la recherche des maladies génétiques – mais en général cela concerne une pathologie – et des analyses pour évaluer des anomalies des chromosomes. En France, nous n'avons pas le droit de faire les deux. Le diagnostic prénatal correspond aux analyses faites sur l'embryon et sur le fœtus une fois qu'il est dans l'utérus. Pour être plus précise, le DPI fait partie du diagnostic prénatal.

M. Alain Milon, président. — Vous avez dit regretter les textes sur la recherche sur l'embryon. Jusqu'où souhaiteriez-vous que nous allions ?

M^{me} Alexandra Benachi. — C'est déjà beaucoup mieux ! Travailler sur les cellules-souches embryonnaires sans avoir à formuler une demande d'autorisation mais simplement un acte d'information, c'est très important. La régulation des études sur les cellules-souches pluripotentes, les IPS, vont concerner la réalisation de gamètes et c'est une vraie demande des professionnels. Nous pouvons également débattre pour savoir s'il faut autoriser la création d'embryons humains pour la recherche, mais, je suis également membre du CCNE, certaines limites s'imposent. Pouvoir faire l'étude de l'embryon jusqu'au 14^e jour est aussi une très bonne chose.

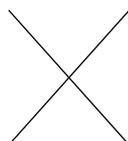
M^{me} Corinne Imbert, rapporteure. — Que pensez-vous des recherches sur l'embryon au-delà du 14^e jour, notamment en Grande-Bretagne ?

M^{me} Alexandra Benachi. — À partir du moment où l'embryon n'est pas réimplanté, je crois que personne n'est capable de dire à partir de quel stade il représente un être humain. Or, dès lors que l'on ne peut pas réimplanter l'embryon, on ne peut rien en faire.

Il faudrait, je pense, poser la question à ceux qui travaillent vraiment sur l'embryon. Selon plusieurs sociétés scientifiques, 14 jours, c'est une durée qui permet d'en savoir beaucoup sur le moment de l'implantation.

M. Alain Milon, président. — Merci.

Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible en ligne sur le site du Sénat. •



AUDITION COMMUNE SUR L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION - JEUDI 28 NOVEMBRE 2019

Présidence de M. Alain Milon, président.

La réunion est ouverte à 10 h 15.

M. Alain Milon, président — Nous poursuivons nos travaux sur le projet de loi sur la bioéthique. Cette audition est consacrée à l'assistance médicale à la procréation. Nous examinerons jeudi les conséquences sur la filiation des évolutions proposées dans ce domaine par le projet de loi en auditionnant des juristes. Je vous informe par ailleurs que cette audition fait l'objet d'une captation retransmise sur internet.

Je laisse la parole aux professeurs Jean-François Mattei, Israël Nisand et René Frydman.

M. Jean-François Mattei, vice-président de l'Académie nationale de médecine. — Je m'exprime en premier, n'y voyez aucune question de préséance mais simplement la conséquence que je devrai vous quitter avant la fin de la réunion. La position de l'Académie de médecine a engendré des polémiques. Je parle ici en son nom. Son rapport a été préparé par un comité d'éthique constitué de quatorze personnes. Les sujets ont été répartis par tandems, puis discutés. Un premier projet a été rédigé, amendé puis adopté par le comité. Il a ensuite été retravaillé par le conseil d'administration. Les académiciens l'ont reçu une semaine avant le vote, afin de déposer d'éventuels amendements.

La procréation médicalement assistée et son extension sont un sujet à double entrée. Nous n'avons rien à redire sur la question du désir de maternité, que chaque femme peut légitimement exprimer. La question de l'enfant n'a en revanche pratiquement pas été évoquée au cours des discussions préalables. Notre but est d'informer et non de polémiquer. Nous avons donc arrêté de communiquer à ce sujet. L'Académie estime qu'il n'est pas de sa compétence de s'exprimer en faveur ou contre un sujet d'essence sociétale. Elle s'est simplement intéressée aux potentiels aspects médicaux. Nous avons d'ailleurs émis des réserves sur de potentielles conséquences d'ordre médical pour l'enfant. Cette question a bien évidemment donné lieu à un débat.

Nous avons travaillé avec les moyens et les compétences de l'Académie de médecine. Nous avons sollicité le professeur Bruno Falissard, psychiatre et biostatisticien. Celui-ci a revu toute la littérature, fortement polluée par les a priori des auteurs. Ils s'accordent tous pour éliminer la possibilité d'une forte augmentation de mal-être et de psychopathologies chez les enfants de couples de même sexe. Cependant, pour une augmentation modérée à faible, le phénomène à étudier et les variables à prendre en compte sont tellement complexes que la littérature n'est pas stabilisée. Devant cet état de fait, les médecins ont décidé d'approfondir la recherche. J'ai mentionné les publications concernées dans le questionnaire que je vous ai envoyé.

Bruno Falissard a analysé quatre-vingt-dix-neuf références datant de 2005. Elles se révèlent totalement ininterprétables, et non recevables méthodologiquement parlant : échantillons volontaires et non aléatoires, absence de contrôle, nombres trop réduits ou encore durées trop restreintes.

En 2012, deux études de puissance statistique très satisfaisante ont été menées. La première ne montre aucune différence entre les enfants issus de couples homosexuels et hétérosexuels. La seconde répertorie en revanche plus de tendances suicidaires et dépressives chez les enfants de couples homoparentaux. Aucune conclusion formelle ne peut en être tirée. L'ensemble des études réalisées recommande de plus amples recherches.

J'ai pris connaissance hier d'une publication refusée par le *New England journal of medicine*. Elle porte sur un groupe de soixante-dix-sept personnes âgées de 0 à 25 ans. Elle ne relève aucune différence entre les enfants de couples hétérosexuels ou de même sexe. Les chercheurs ajoutent que leur étude est limitée par la taille de l'échantillon et la signification statistique pas interprétable. Les résultats sont donc à examiner avec la plus grande précaution.

Devant des résultats discordants, nous avons émis des réserves sur de potentielles conséquences d'ordre médical impactant les enfants. Nous ne pouvions pas prendre une autre position.

J'ajoute que l'extension de la PMA relève de l'insémination artificielle, avec sperme de donneur anonyme. Se pose donc la question de la quête des origines.

Dans un cas de couple hétérosexuel infertile ayant subi une insémination artificielle, l'enfant connaît une vraisemblance parentale. Lorsqu'il s'interroge sur ses origines, il recherche alors dans la majorité des cas son géniteur, mais pas son père, qu'il connaît déjà. Un enfant ayant deux mères et pas de père se posera des questions différentes. S'il retrouve son donneur, nul ne connaît le lien qu'il pourra établir avec celui-ci.

Deux faux arguments ont été utilisés. Il a d'abord été dit que puisque les femmes seules ou homosexuelles étaient déjà en mesure d'adopter, elles devaient aussi pouvoir procréer médicalement. En réalité, dans l'adoption, un enfant n'a pas du tout de parent. Il est préférable de lui en donner un ou deux, que de le laisser seul. Dans le cadre de la PMA pour une femme seule ou en couple avec une autre femme, nous assistons en revanche à une privation volontaire de père. De plus, le nombre croissant de familles monoparentales a également été évoqué. Celles qui existent aujourd'hui sont cependant plus souvent une conséquence des aléas de la vie que de réels choix.

Nous considérons qu'il est nécessaire de séparer l'extension de la PMA aux couples de femmes, et aux femmes seules. Dans ces couples, il existe une altérité au regard de l'enfant. Il n'y a pas de fusion entre la mère et l'enfant qui ne nous semble pas souhaitable. Les familles monoparentales s'inscrivent en outre dans un contexte social et économique plus difficile. Je ne suis donc pas certain qu'il soit souhaitable d'en créer de nouvelles. Mon avis n'est cependant pas formel.

M. Israël Nisand, président du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). — Je m'exprime au nom du CNGOF, que nous avons interrogé à plusieurs reprises. Nous avons une idée assez précise de l'opinion des professionnels réalisant la PMA en France. Pourquoi les médecins interviennent-ils dans un débat sociétal et éthique? Ils émettent certes un avis en tant que citoyens, mais ils sont également témoins directs de cette avancée.

Le projet de loi tel qu'il a été voté à l'Assemblée nationale en octobre entraîne une haute satisfaction au sein de la profession. Il permet enfin aux femmes homosexuelles ou seules de profiter des services de la médecine. Les spécialistes n'y sont pas réticents.

J'évoquerai le côté court de cette loi, car certains points écrits ne nous conviennent pas et ne sont pas dans l'intérêt des patientes. Je n'évoquerai donc pas le DPI pour les aneuploïdies, qu'abordera René Frydman, mais deux autres sujets me paraissent importants.

J'aimerais citer les femmes perdant leur compagnon en cours de processus de FIV. Ce cas m'est arrivé au moins une fois. J'ai dû répondre à une femme qu'elle avait le choix entre donner ses embryons à une autre femme ou les détruire. Elle m'a répondu que cette réponse était obscène. Nous n'avons pas la même posture vis-à-vis des gamètes. Ceux-ci disparaissent ou sont jetés sans poser de problèmes. Nous ne pouvons en revanche pas dire des embryons qu'ils ont d'une part une certaine dignité, et vouloir d'autre part les détruire alors qu'une femme souhaite se les faire réimplanter. Il est bien évidemment nécessaire d'encadrer ce cas. Nous pensions que vos collègues de l'Assemblée nationale partageaient cette posture, c'est pourquoi nous ne comprenons pas la mesure prise. Elle concerne certes très peu de femmes, mais est terrible pour les personnes concernées. En l'état, nous ne pouvons même pas leur donner leurs embryons pour qu'elles se les fassent implanter à l'étranger. La profession entière vous demande donc de faire en sorte que nous n'ayons plus à leur fournir cette réponse à l'avenir.

Le point le plus important concerne l'autoconservation des ovocytes. Les hommes peuvent conserver leurs spermatozoïdes comme ils le souhaitent. Une quarantaine de centres publics autorisés se voient réserver la pratique d'autoconservation ovocytaire. Cette mesure sera donc inaccessible pour des zones entières du pays. De même, les quelques centres autorisés verront leur liste d'attente s'allonger considérablement. Il a été reproché aux centres privés de pousser à la consommation dans ce domaine. Je ne vois pas en quoi cette critique est valide. Ces centres ont les mêmes règles du jeu. Nous faisons de plus confiance à l'ABM qui contrôle remarquablement l'activité des centres d'aide médicale à la procréation.

Le don d'ovocytes ne fonctionne pas dans notre pays. Nous dépensons énormément d'argent pour les femmes de plus de 40 ans pour des résultats très modestes. Mon équipe me demande d'ailleurs d'arrêter de les prendre en charge. Si une partie de ces femmes pouvaient disposer de leurs ovocytes, nous n'aurions pas à les envoyer dans des pays étrangers pour qu'elles s'en procurent d'autres, achetés à des étudiantes. Nous ne l'acceptons pas, mais le finançons pourtant avec notre sécurité sociale. J'affirme qu'il est préférable pour les femmes d'autoconserver ses propres cellules que d'avoir un don d'ovocytes, entraînant un réel deuil. Ne retirez pas d'une main ce que vous avez donné de l'autre.

Les centres publics devront pousser vers les centres privés certaines activités qu'ils ne seront plus capables d'accomplir. Laissons la totalité des gestes d'AMP dans les centres possédant un agrément pour le faire, et contrôlons en aval. Si l'objectif de la limitation de l'offre est de limiter les dépenses,

d'autres moyens existent. La Hollande l'a prouvé. Le don d'ovocytes comporte deux phases. Lors de la première, l'autoconservation, la femme n'est pas malade et est en capacité de procréer. Je souhaite préciser que ce ne sont pas les femmes qui procrastinent, mais leur conjoint. Les hommes sont en effet largement responsables de l'arrivée tardive de femmes en demande de grossesse. La maltraitance des femmes est souvent évoquée, c'en est une. Le fait d'autoriser les femmes à autoconserver leurs ovocytes durant la première phase représente un coût d'environ 2 000 euros. Lorsqu'elles viennent demander de récupérer leurs ovocytes autoconservés, ou les donner à une autre femme, elles pourraient être remboursées de ce qu'elles ont dépensé dans cette phase. Cette méthode permettrait un équilibre des dons. Je comprends que le gouvernement souhaite limiter les dépenses, mais je n'accepte pas qu'il réduise à ce titre l'offre. L'offre de soin est énorme et gratuite en France, pourtant nous avons à gérer d'interminables listes d'attentes de personnes ne trouvant pas satisfaction.

Je suis heureux que nous revenions en arrière sur la question de l'anonymat. Nous avons le droit de vouloir à tout prix un enfant, à condition de lui expliquer ensuite ce que nous avons fait pour le concevoir. Nous avons une obligation de transparence totale vis-à-vis des actes que nous réalisons. Nous ne comprenons donc pas pourquoi cadenciser les listes de données relatives aux gamètes et embryons. Je préférerais que moins de dons soient réalisés, mais que nous fassions face à moins de reproches. Nous avons l'impression de faire plus de mal que de bien. Je signale toutefois que se débarrasser des dons effectués avant le passage de cette loi serait un gigantesque gâchis. Nous jetterons volontiers les dons de donneurs et donneuses en faisant la requête, mais nous aimerions être autorisés à les contacter. Ils pourraient alors autoriser la conservation, ou au contraire demander l'abandon de leurs dons. Nous savons que nous rencontrerons des difficultés.

La loi me semble suffisante concernant la filiation. Chaque personne ayant recours à un tiers donneur rédige une déclaration à un notaire ou magistrat pour accepter le don. Nous sommes attachés à une symétrie totale entre les couples hétérosexuels et homosexuels ayant recours à un tiers donneur. Des modalités d'instauration de la filiation dépendant de la structure familiale seraient dommageables.

M. René Frydman, professeur émérite des universités, gynécologue-obstétricien. — Merci de votre invitation. Je souhaiterais réagir à un certain nombre de points avant d'intervenir au sujet de l'analyse de l'embryon.

Il est vrai que certaines interrogations n'emportent pas la conviction de tout le monde. Nous devrions renforcer l'accueil, l'écoute et l'accompagnement des couples hétérosexuels, homosexuels et des femmes seules. L'indication même de la FIV devrait être faite dans toutes les circonstances, en cas de problème médical bien sûr, mais également social, économique ou encore d'équilibre psychologique... Un point de vue pluridisciplinaire dans la loi serait intéressant et permettrait de résoudre certaines questions qui nous posent aujourd'hui problème.

Concernant le post-mortem, chacun s'accorde pour dire qu'un temps de réflexion et un délai final sont nécessaires,

mais nous ne pouvons pas laisser les concernées dans cette souffrance.

L'autoconservation est également une nouvelle proposition à prendre en charge différemment, avec un réel accompagnement et une réelle présence. Ne devraient être agréés que les centres, publics ou privés, faisant preuve d'une concentration efficace et d'un accompagnement suffisant. Je pense, ici aussi, au pluridisciplinaire pour répondre aux questionnements pouvant se poser vis-à-vis de l'enfant.

Le don ne fonctionne pas en France, effectivement, à notre grand dam. Beaucoup de femmes se rendent à l'étranger. Il s'agit également d'une source de commercialisation redoutable à mettre de côté. Comment répondre à la demande qui ne va pas diminuer ? Des femmes de plus en plus âgées nous sollicitent. Je vous demande de nous laisser faire campagne et donner nos arguments. Il est nécessaire de passer par un plan national. Si je demande aux citoyens la date de la dernière campagne de don de gamète, personne n'aura la réponse. Nous devons pouvoir diffuser nos arguments pour convaincre. Les Françaises sont aussi généreuses que les autres, mais il faut les informer. Nous devons changer notre façon de faire.

J'ajouterai mon point de vue personnel concernant la possible levée de l'anonymat. Je suis pour une grande liberté des gens dans un cadre établi. Jusqu'à preuve du contraire, les personnes élevant l'enfant pourront décider de ce qu'ils lui diront. C'est leur responsabilité. Si l'enfant est mis au courant, il a la possibilité de s'adresser à une commission pour connaître, pourquoi pas, l'identité du donneur. Que ce dernier accepte d'être contacté si l'enfant le souhaite me semble positif. Il est maintenant nécessaire de s'interroger sur une possibilité de réflexion pour répondre à ce contact.

Un enfant né sous X peut maintenant s'adresser au CNAOP s'il cherche des réponses au sujet de sa filiation. Ce conseil mènera l'enquête et contactera sa mère. Nous nous sommes engagés il y a des années auprès de ces femmes à conserver leur anonymat. Elles ont maintenant la possibilité d'accepter ou non de répondre à leur enfant s'il souhaite découvrir ses origines. Les parents sont libres d'informer leur enfant, ce dernier est libre de chercher des réponses.

Sur le point médical, il me semble qu'il existe une confusion concernant la recherche sur l'embryon dans la proposition de loi. Il est normal que ce débat ait lieu. Les articles L. 2141-3-1 et L. 2151-5 sont contradictoires. La recherche sur des gamètes ou embryons avant ou après transfert à des fins de gestation est autorisée. Pourtant, aucune recherche ne peut être entreprise sans autorisation, mais surtout les embryons ayant fait l'objet d'une recherche ne peuvent être transférés à des fins de gestation. La confusion vient du fait que nous n'avons pas ramené suffisamment la notion de recherche sur deux situations totalement différentes. La première fait obligatoirement l'objet d'un projet parental. La seconde non. Nous sommes dans deux systèmes différents, ce qui n'est pas précisé dans la loi.

En 2011, quand la loi a autorisé la technique de vitrification, dont nous ne parlons plus aujourd'hui, nous avons dû nous battre. Elle était comprise comme de la recherche sur l'embryon. Si nous ne précisons pas ce que nous voulons, nous arrivons à cette confusion et à ces blocages. Nous

devons différencier la recherche d'innovation de la recherche sans projet parental.

60 % des embryons, et 80 % à l'approche de la quarantaine, ne s'implanteront pas. Nous sommes confrontés, en fonction de l'âge, à des taux de succès bas. Il nous semble important d'essayer de comprendre la potentialité d'un embryon de s'implanter, et non de connaître la couleur de cheveux, d'yeux ou encore le QI du potentiel futur enfant.

Allons-nous augmenter les taux de succès ? Paradoxalement non, mais nous allons améliorer le management. Pourquoi transférer un embryon alors qu'il mènera à un échec ou à une fausse couche ? Toute cette gestion devrait être proposée, mais pas à toutes les patientes. Certaines populations sont à risque. L'âge est un de ces risques. Une publication datant de septembre portant sur 700 embryons montre qu'une analyse chromosomique avant 35 ans ne sert à rien. Elle est en revanche utile après 35 ans. Nous cherchons à éviter des échecs répétés. À une époque sensible aux féminicides et atteintes faites aux femmes, je le considère comme une violence psychique, physique et économique.

Dans cette approche de compréhension de l'embryon, l'eugénisme est abordé. Qui, parmi les 200 médecins et biologistes en faveur de cette proposition, serait pour l'eugénisme ? Cette notion essaie d'isoler volontairement une population par ses caractéristiques. Elle vise à améliorer génétiquement le patrimoine humain en limitant la reproduction d'individus porteurs de caractéristiques défavorables. Pratiquer cette analyse embryonnaire ne me semble pas acceptable.

Concernant le diagnostic anténatal, nous pourrions tendre vers cet eugénisme. Nous n'avons pas décidé d'arrêter les prises de sang, mais de les encadrer. 48 centres de médecine anténatale existent en France. Sur 700 000 femmes pouvant bénéficier d'une connaissance de leur statut embryonnaire, un certain nombre le refuse. 7 000 demandes ont été faites en 2016. Les médecins en ont refusé 120. Il est surtout à noter que 1 200 avis ont été jugés acceptables par les équipes médicales, mais refusées par les patientes. Cet espace de liberté est à valoriser. Bien entendu, il y a toujours des zones grises. Un diagnostic chromosomique permet de connaître le sexe, ce qui ne nous paraît pas utile en tant que médecin. Les biologistes n'ont donc pas le droit de communiquer cette information, n'entrant pas en ligne de compte. Dans le cas d'une anomalie chromosomique, nous ne modifions rien. La femme aura un choix à faire trois mois plus tard. Si, informé de cette situation, le couple ne veut pas procéder à cette implantation, je respecte leur choix. La liberté de décision est celle qui m'importe le plus.

M. Jean-François Mattei. — Je vois que l'ensemble des points a été abordé par mes collègues.

Je suis du même avis que mes collègues concernant l'insémination artificielle ou le transfert d'embryons post-mortem. La situation était différente en 1994. À l'époque, un enfant né dans un délai supérieur à neuf mois après la mort de son père ne pouvait être reconnu comme son fils.

Le ministère de la Justice s'y opposait. Il n'était de plus pas question d'inséminer une femme seule, la pratique étant réservée aux couples souffrant d'une infertilité pathologique. Ce sujet a toujours été traité avec une émotion lourde dans les hémicycles. Je considère qu'il serait incompréhensible de refuser à une femme veuve une réimplantation.

L'académie est évidemment favorable au principe d'auto-conservation des ovocytes. Nous sommes choqués qu'elle soit présentée comme une garantie de grossesse au moment venu. C'est en réalité une fécondation in vitro, dont nous connaissons les risques et les échecs. Nous voudrions informer les femmes sur le fait qu'elle constitue une possibilité, mais qu'il est toujours mieux d'utiliser les voies naturelles.

Je rejoins Monsieur Nisand sur la question des centres publics et privés. Les premiers pourraient être retenus pour établir des protocoles dans un premier temps, mais nous auront à l'étendre aux seconds.

Nous avons peu évoqué la pénurie de gamètes. Nous recevons environ 363 dons de sperme par an. Déjà 1 000 demandes ont été déposées par couples hétérosexuels, qui patientent en moyenne un à deux ans. Je doute que les dons augmentent parallèlement aux demandes. Je ne suis pas sûr que nous arrivions à établir l'offre et la demande de manière équitable.

J'insiste sur le fait qu'il y aurait une seule liste de candidats à une insémination artificielle, confondant les indications médicales et les demandes sociétales. Pour un couple souffrant d'une infertilité pathologique, le délai sera allongé, ce qui pourrait paraître incompréhensible. Nous considérons à ce titre qu'il est nécessaire d'établir deux listes distinctes.

Ensuite, sur le point de l'anonymat, je rejoins René Frydman. Le CNAOP a maintenant 17 ans d'existence et fonctionne très bien. Je ne comprends pas l'apparition d'une nouvelle commission. Créer une structure en plus de celle existante me paraît absurde.

Vous n'avez pas parlé du double don, auquel je ne vois pas d'obstacle. Il serait pertinent de favoriser l'accueil d'embryons. 221 538 embryons étaient congelés au 31 décembre 2015. Un embryon congelé n'est ni plus ni moins qu'un double don. Le modèle avait à l'époque été construit sur l'« adoption la plus précoce qui soit ». Je pense qu'il est nécessaire de faire table rase et d'adopter une posture facilitatrice.

Les esprits ont évolué depuis 1994 sur la recherche sur l'embryon. La refuser au prétexte qu'un embryon est une personne est paradoxal puisque cela revient alors à la priver d'un accès aux soins. Nous ne pouvons faire de thérapie sur l'embryon sans effectuer de recherches.

Concernant le CRISPR Cas9, nous devons être vigilants et ne devons pas aller trop vite. Personne ne connaît sa fiabilité et ses effets collatéraux. Nous devons autoriser les recherches grâce à cette technique et ses dérivés, mais pas dans le cas d'une implantation.

Nous savons qu'une fausse couche sur deux est liée à une anomalie chromosomique. Le diagnostic pré-implantatoire avec recherche d'aneuploïdie chromosomique est utile. Cependant, s'il est trop précis, vous ouvrez la porte à la critique de l'eugénisme.

Enfin, je voudrais faire une remarque d'ordre général. Cette loi en dit beaucoup trop peu sur le CRISPR. Vous n'attendrez pas cinq ans avant de devoir légiférer à ce sujet. Nous parlons également trop peu d'intelligence artificielle en bioéthique.

M^{me} Muriel Jourda. — Merci Monsieur le président. Ma question s'adresse à tous les intervenants. Est-il selon vous nécessaire de supprimer la mention de l'infertilité comme cause de recours à l'AMP ?

M. Jean-François Mattei. — J'estime qu'il faut préciser « infertilité pathologique et maladies génétiquement transmissibles ». Nous ne pouvons pas faire l'économie d'indications médicales.

M. René Frydman. — Je ne comprends pas pourquoi nous ne définissons pas l'indication, même si elle est sociale. Nous avons besoin de pouvoir encadrer, accueillir et définir la raison de ces tentatives. Le suivi des couples serait également nécessaire. Nous faisons tout de même face à beaucoup de grossesses spontanées chez les couples en projet de fécondation in vitro.

M. Israël Nisand. — De nombreuses personnes m'ont fait remarquer que nous devons être vigilants aux discriminations. Des couples de femmes venant nous consulter par le passé se considéraient comme des couples hétérosexuels faisant face à une infertilité masculine. Elles ne comprenaient donc pas pourquoi elles se voyaient refuser les services de l'AMP. Elles y percevaient une stigmatisation. Il n'est bien entendu pas question de retirer les indications, cependant il est nécessaire de veiller à ne pas prioriser certaines lignes.

M^{me} Muriel Jourda. — Pour rebondir sur les propos de M. Mattei, pensez-vous donc qu'il faille établir deux listes différentes ?

M. Jean-François Mattei. — Certaines personnes sont malades, d'autres bien portantes, handicapées ou valides. Certains ont droit à des avantages, qu'ils méritent amplement, d'autres non. Je pense que les personnes n'étant pas en mesure de procréer, ou étant susceptibles de transmettre des maladies à leurs enfants, doivent être considérées à part.

Nous n'avons pas abordé la question de l'assurance maladie. Il est clair que l'intégralité des demandes médicales doit être prise en charge. En réalité, l'ensemble des grossesses doit être pris en charge, il n'est pas question de revenir sur ce point. Il me semble cependant que les couples de femmes et femmes seules pourraient prendre en charge la question du don de gamètes et de l'insémination. L'autoconservation est déjà à la charge des patientes. L'Assurance maladie présente un déficit de 5 milliards d'euros. Elle n'est pas en capacité de financer des médicaments innovants pour le cancer. Elle ne peut donner aux Ehpad les moyens nécessaires pour les personnes dépendantes ou souffrant d'Alzheimer. Il faut donc, à mon sens, raison garder et dissocier les malades des personnes souhaitant bénéficier des techniques médicales. Il ne s'agit pas d'une discrimination.

M. Israël Nisand. — Le risque de ces listes est en effet de mener à une discrimination. À titre d'exemple, les indications d'IVG sont extrêmement variables. Jamais personne ne s'est permis de dire, en pénurie de moyens, que certaines d'entre elles pouvaient être prises en charge ou non selon la raison évoquée. Nous ne le faisons d'ailleurs dans aucun domaine de la médecine.

Il faut en effet gérer la pénurie de moyens. Nous pouvons revenir sur la prise en charge à 100 %, qui choque d'ailleurs toutes nos équipes. Elle nous coûte énormément d'argent, mais ne vaut rien aux yeux des patients. Ils la considèrent comme acquise, même en cas de probabilité de réussite extrêmement faible. Nous pouvons donc revenir en arrière sur ce sujet, mais pour tous les patients, et pas seulement une partie.

M. René Frydman. — Nous devons être vigilants sur deux points : ne pas être discriminants, et offrir une médecine actuelle à tout le monde.

Nous devons mettre en œuvre les moyens nécessaires pour informer les Français sur le don. Nous ne pourrions pas combler la pénurie si nous ne le faisons pas. Nous en discutons depuis 40 ans, mais n'avons rien mis en place pour diffuser l'idée même du don.

La France et Israël sont les seuls pays au monde à rembourser intégralement 4 essais de fécondation in vitro. Nous sommes de plus en plus confrontés à des patientes souhaitant faire ces tentatives, puisqu'elles y ont droit, même après leur avoir expliqué qu'elles n'avaient aucune chance d'aboutir. Je suis donc en faveur d'une participation financière de principe, dans certaines situations, ayant pour but de responsabiliser ces femmes.

Je ne suis pas favorable aux doubles listes. Nous pouvons en revanche signaler les indications. Nous pouvons discuter de l'accompagnement de ce genre de situations. En Belgique, les femmes seules ou homosexuelles ont accès depuis longtemps à l'insémination artificielle. Il est pourtant important de noter que 15 % des demandes sont refusées. Les équipes médicales pluridisciplinaires se réservent donc la possibilité de contester. Il me semble important de l'accepter. Il n'est pas question d'accepter toutes les demandes, même hétérosexuelles. N'oublions pas que certaines personnes ne sont pas prêtes, que ce soit psychologiquement ou matériellement parlant.

M^{me} Corinne Imbert, rapporteure. — Merci à tous pour vos interventions passionnantes.

Professeur Mattei, vous avez rapidement évoqué le bébé-médicament. Que pensez-vous de la suppression de cette possibilité ?

Le CCNE souhaitait une nouvelle définition du diagnostic prénatal. Vous satisfait-elle ?

Le diagnostic prénatal était possible pour cinq maladies avant le projet de loi. Le CCNE souhaite l'élargir aux déficits immunitaires héréditaires. Quelle est votre position à ce sujet ?

M. Jean-François Mattei. — Nous connaissons tous trois le diagnostic prénatal. Nous y avons tous beaucoup réfléchi, mais n'y avons jamais trouvé de solution réellement satisfaisante, puisque le sujet est éminemment évolutif. Il était au départ chromosomique, puis est rapidement devenu échographique. Il est ensuite passé par les protéines du liquide amniotique, l'alpha-fœtoprotéine. C'est pour cette raison que le double diagnostic me gêne. Il nous est arrivé fréquemment de réaliser une amniosynthèse pour une trisomie 21, non trouvée, mais entraînant la découverte d'une alpha-fœtoprotéine élevée signalant une spina-bifida.

Une discussion portant sur le diagnostic prénatal non invasif a eu lieu au Parlement allemand. Il est réalisé sur les cellules fœtales triées du sang maternel. Il permet une étude génétique suffisamment poussée, à la recherche d'anomalies pouvant entraîner une interruption de grossesse. Je suis moins inquiet d'une DPI assortie d'une aneuploidie si elle est globalisée. Elle doit être une indication pour que le médecin choisisse un embryon plutôt qu'un autre.

Je suis en revanche épouvanté concernant le diagnostic pré-implantatoire non invasif. Plus les séquençages à haut

débit de l'ADN se feront sur des plateformes spécialisées, plus nous aurons accès à un inventaire génétique de ce qui nous paraîtra normal ou non. Nous avons identifié près de la totalité de nos gènes, mais n'avons pas, selon le généticien américain Craig Venter, compris 1 à 2 % du fonctionnement du génome. En effet, nous connaissons le gène, mais nous ne savons pas comment il s'exprimera, en raison des séquences d'ADN non codantes de part et d'autre de celui-ci par exemple.

J'ai assisté la semaine dernière à un congrès portant sur le cancer du sein, où nous avons bien évidemment abordé la génétique. La plupart des généticiens impliqués expliquent être ennuyés. En effet, s'ils trouvent un BRCA1 ou BRCA2, ils sont capables d'agir. S'ils sont face à deux variants associés qu'ils ne savent pas traduire, ils sont démunis. Nous prêtons aujourd'hui beaucoup plus à la génétique que ce qu'elle est réellement capable d'apporter.

M. Israël Nisand. — La définition du diagnostic prénatal doit être modifiée. Un grand nombre de chapitres de la loi antérieure indiquaient que celui-ci n'était que génétique. Il est depuis devenu imagerie, puis échographie ou encore IRM.

Je pense que certaines règles de l'OMS s'imposent à nous pour définir ce qu'est le dépistage prénatal. La maladie doit être relativement fréquente et poser un problème de santé publique. Elle doit également pouvoir être découverte à un stade présymptomatique, afin de pouvoir traiter l'enfant avant qu'il ne devienne malade. C'est le cas de certains déficits immunitaires.

Je suis favorable à ce que des maladies viennent se rajouter au buvard placé sur le talon des bébés. Nous pourrions ainsi dépister d'autres maladies ne s'exprimant pas à la naissance, mais étant longues à traiter après leur diagnostic.

Sous couvert de l'analyse épidémiologique et de santé publique, et dans le cas où il existe un traitement pour soigner la maladie après son dépistage, je suis donc favorable à l'extension du diagnostic.

M. Jean-François Mattei. — Un diagnostic prénatal d'une maladie que nous ne sommes pas en mesure de traiter équivaldrait à plonger la famille dans la maladie avant même qu'elle ne s'exprime.

M. Jean-François Mattei quitte la séance.

M. René Frydman. — Je n'ai pas du tout abordé CRISPR, qui est une intervention sur l'embryon. Nous n'avons parlé que de diagnostic. L'intervention fait partie d'un tout autre registre n'ayant pas pour objectif d'améliorer des résultats de la FIV.

Madame Imbert, vous avez posé la question du double espoir, et donc du bébé-médicament. Vous savez que j'ai initié cette technique en France. Onze cas ont été réalisés en une vingtaine, mais plus aucun depuis cinq ans. Les banques étaient à l'époque en pénurie de cellules de sang du cordon, que nous devions même acheter à l'étranger. Dans la plupart des cas où un enfant malade aurait besoin de transfusion de cellules adaptées, nous pouvons maintenant les trouver dans les banques nationales et internationales. J'accepte la création d'une loi pour interdire les bébés-médicaments, mais m'interroge sur la nécessité de légiférer sur tout.

Sur le problème du diagnostic, un point me semble important. La réticence peut parfois venir du caractère invasif du

diagnostic, consistant à prélever une cellule même si celle-ci ne constitue pas l'embryon en lui-même. Nous disposons les embryons dans un milieu de culture pendant cinq à six jours. L'analyse de milieu peut nous donner des informations sur leur capacité à s'implanter, que j'ai abordée plus tôt. Sommes-nous réticents au principe même de choisir, ou simplement aux modalités? Choisir des techniques de diagnostic non invasives est-il plus tolérable que des techniques invasives, ayant pourtant prouvé qu'elles n'intervenaient pas dans le développement embryonnaire?

Les équipes médicales souhaitent pouvoir procéder à ces analyses sur la capacité à l'embryon de s'implanter, à l'instar des autres pays européens.

M. Israël Nisand. — La différence fondamentale entre le double don et l'accueil d'embryon réside dans le fait que dans le deuxième cas, l'embryon a des petits frères et des petites sœurs. Ce n'est pas le cas avec les doubles dons. Nous avons vu un grand nombre de couples partir à l'étranger, car ils ne le savaient pas. Ils n'avaient pas compris que derrière le don d'embryon se cachait toute une famille présente dans les fantasmes et l'imaginaire des receveurs. Les couples où la femme et l'homme sont tous deux stériles se voyant proposer le choix privilégieront le double don. Je me réjouis totalement de son acceptation nouvelle. Je suis bien évidemment préoccupé par la quantité d'embryons congelés, qu'aucun de nous ne méprise. Pourtant, interdire le double don pour obliger les familles à accueillir un embryon reviendrait à oublier ces frères et sœurs que j'évoquais.

M. René Frydman. — Le don d'embryon n'est pas simple pour les donneurs. Nous ne pouvons pas considérer l'embryon comme une personne potentielle, et dans le même temps le donner comme s'il s'agissait d'un simple gâteau au chocolat.

Si le double don est accepté, nous serons confrontés à des femmes seules d'un certain âge ou présentant des réserves ovariennes déficientes. Elles ont bien besoin de sperme, mais n'ont pas elles-mêmes les ovocytes adéquats. Nous devons donc aller au bout de cette satisfaction, sans oublier de les accompagner durant tout le processus.

M. Bernard Jomier, rapporteur. — J'aimerais transmettre une question à M. Mattei. Il nous a fait part du fait que la construction de l'altérité d'un enfant dans un couple de femmes ne pose pas de problème. Il a cependant mentionné qu'elle poserait problème dans le cas d'un enfant élevé par une femme seule. J'aimerais savoir sur quelles études et données il se base pour l'affirmer.

La rédaction actuelle des conditions à la recherche sur l'embryon vous satisfait-elle? Je m'interroge en particulier sur la question de la finalité médicale.

Enfin, le taux de succès de l'AMP n'est pas très élevé en France. Monsieur Frydman, vous assurez que la pratique du diagnostic pré-implantatoire avec recherche d'aneuploïdies ne l'améliorerait pas significativement. Quelle autre disposition faudrait-il alors prendre?

M. René Frydman. — Il existe selon moi une confusion entre les deux articles. La recherche conçue comme une innovation dans le but de transférer l'embryon doit être distinguée, identifiée et cadrée. Les textes sont contradic-

toires, indiquant d'un côté que nous pouvons le transférer, interdisant cette pratique d'un autre côté. Ce point clé est à préciser. Les recherches conçues comme une innovation dans le cadre d'un projet parental sont à distinguer des recherches n'ayant aucune visée de parentalité.

En ce qui concerne les taux de succès, il y a une sorte d'omerta sur les résultats en France. Je vous invite à vous intéresser aux résultats de l'AMP quant aux résultats français. Si vous cherchez les résultats américains, leur affichage est totalement compréhensible, ce qui n'est absolument pas le cas dans notre pays. Pourtant, en décryptant les résultats, nous voyons clairement se distinguer un top 10 et un top 100.

Bien entendu, il est complexe d'analyser ce qui est comparable. Les conclusions seront évidemment différentes entre un centre dont la moyenne d'âge des patients atteint plus de 40 ans en comparaison à un centre n'accueillant que des femmes d'une trentaine d'années.

Pourquoi est-ce important ? Certains centres sont isolés et ont peu de matériel et de personnel. Analysons les raisons de la queue de peloton afin de l'améliorer. J'estime qu'il est nécessaire de se référer à ce qui se fait de mieux pour aider les centres en difficulté. Les problèmes peuvent être multiples : défaut de formation, perte d'équipement, de savoir-faire ou de matériel.

M. Israël Nisand. — Je partage l'avis de M. Frydman. Nous ne pouvons pas comparer les résultats de centres payants et gratuits. Lorsqu'un médecin vous indique que votre taux de chance de réussite est infinitésimal, et que vous devez payer, vous ne tentez pas la FIV. Une sélection s'opère donc par le prix.

Pour améliorer les taux de succès des centres, il suffit de prendre des couples jeunes avec des indications extrêmement précises d'infertilité. La question est de savoir si nous soignons les patients ou les statistiques. En soignant les patients, nous devons accepter les couples n'ayant que 2 ou 3 % de chances de concevoir. En soignant nos statistiques, nous réfutons ces couples.

Je ne pense pas que le niveau des taux de succès soit uniquement dû à des problèmes techniques et de qualité des laboratoires, ce qui serait inquiétant. C'est pour cette raison que je suis favorable à l'élaboration d'un fichier « bas risque » par centre. Il pourrait par exemple regrouper tous les couples de moins de 35 ans présentant une infertilité tubaire. Sur ce cluster, nous pourrions alors nous intéresser aux taux de réussite dans des conditions optimales. Nous pourrions alors réaliser que la France est plutôt efficiente. Le fait que nous acceptons les couples ayant très peu de chances de réussite impacte forcément négativement les taux de succès français.

M. Olivier Henno, rapporteur. — Je vous remercie de la qualité de nos échanges. Je partage votre avis sur l'insémination post mortem qui est selon moi une question de dignité humaine.

Le gouvernement s'est quelque peu opposé à l'autoconservation des gamètes, s'inquiétant d'un risque potentiel d'utilisation massive. Je n'y vois pas le problème. Elle correspond pour moi à une évolution sociétale. Qu'en pensez-vous ?

Sur le CRISPR cas9, pensez-vous qu'il y ait aujourd'hui une possibilité d'un encadrement éthique dans un but thérapeutique ?

Enfin, nous voyons le choc des biotechnologies et de l'intelligence artificielle émerger en auditions. La question du consentement éclairé se pose, de même que l'encadrement essentiel et nécessaire. Disposons-nous de suffisamment d'éléments pour avancer sur ce sujet ?

M. René Frydman. — Je reviens rapidement sur la question antérieure. Nous pourrions peut-être revisiter la carte des centres aujourd'hui. Plusieurs centres tournant six ou sept jours sur sept et réalisant 700 tentatives regroupés permettraient bien plus de possibilités médicales et de recherche.

Vous évoquez CRISPR. Nous sommes dans une démarche d'expérimentation qui doit être faite sur l'animal au préalable. Nous ne savons pas ce que nous modifions en coupant l'ADN. À l'hôpital Necker il y a quelques années, nous avons connu le cas des enfants bulle présentant une déficience immunologique. Nous avons vu qu'en intervenant dans le cadre d'une thérapie génique, nous pouvions bloquer cette immunité à leur environnement. Nous avons dû arrêter les essais suite au développement de leucémies chez deux de ces patients. En coupant une zone d'ADN, nous ne savons pas ce qui se passerait dans le reste des gènes. Nous sommes ici dans un cadre de recherche très éloigné du projet parental.

Concernant une potentielle utilisation massive de l'autoconservation des ovocytes, je ne pense pas que nous ferons face à un tsunami de demandes. Je ne pense pas que le problème soit quantitatif. Les femmes seules parties à l'étranger dans ce but ne représentent pas à ce jour des sommes faramineuses. De plus, la mise en place d'un accompagnement et d'une écoute permettra à certaines femmes de faire marche arrière.

M. Israël Nisand. — Il s'agit d'une liberté que nous accordons aux femmes. Je ne pense pas que nous puissions inciter à cette demande. Il serait en revanche incompréhensible que les centres agréés AMP, prélevant et congelant des ovocytes, ne puissent pas réaliser ce travail.

M. René Frydman. — Il est indispensable d'avoir pris les dispositions nécessaires en termes d'accompagnement et de temps. L'agrément et le mode de fonctionnement doivent être identiques.

M. Alain Milon, président. — Y a-t-il d'autres questions ? J'aimerais simplement ajouter que j'ai réalisé une étude sur la sécurité sociale en Espagne avec des collègues. L'équivalent espagnol du CCNE nous y a appris que chaque année, 7 000 femmes françaises se rendent en Espagne dans le cadre d'une PMA.

M. René Frydman. — Avec l'argent de la sécurité sociale française ?

M. Alain Milon, président. — Ce point serait à préciser. Merci à tous.

Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible en ligne sur le site du Sénat.

La réunion est close à 12 h 10. •

POUR RETROUVER LES DÉBATS DE LA COMMISSION SPÉCIALE DU SÉNAT POUR LES LOIS DE BIOÉTHIQUE :

http://www.senat.fr/dossier-legislatif-commission/pjl19-063_com.html

COUR DE CASSATION DU 18 DÉCEMBRE 2019

La GPA : une évolution attendue

 PAR MAÎTRE NOÉMIE HOUCHET-TRAN, AVOCATE (PARIS) - 28 DÉCEMBRE 2019

La GPA soulève beaucoup de débats en soi. Mais aussi car elle est associée pour beaucoup à la parentalité gay. Cette mesure ne fait pas partie de la loi bioéthique mais les Sénateurs ont proposé un amendement pour l'état civil rendant impossible la transcription directe d'un enfant né par GPA. Le droit s'en mêle de son côté et crée des modifications sociales par sa jurisprudence.

Pour bien finir l'année 2019, la Cour de Cassation nous a offert une évolution historique de la jurisprudence en matière de Gestation Pour Autrui (GPA).

LA DÉFINITION DE LA GESTATION POUR AUTRUI

La GPA (Gestation pour Autrui), vulgairement appelée « convention de mère porteuse » consiste à porter un enfant pour un autre couple. La mère porteuse abandonne tout droit sur l'enfant au profit des « parents d'intention » et ce, en application du droit applicable sur le territoire de la future naissance de l'enfant.

Cette pratique toujours formellement interdite en France, tant par le Code civil que par le Code pénal, connaît néanmoins un succès certain auprès des couples français qui ne peuvent avoir d'enfants naturellement.

LA PROBLÉMATIQUE

Au moment de la naissance de l'enfant, les parents se voient le plus souvent délivrer par le pays de naissance un acte de naissance les indiquant directement en tant que parents. Parfois, il peut arriver aussi que la mère porteuse figure sur cet acte de naissance ou encore que le lien avec l'enfant soit officialisé dans un jugement.

Pour rappel, un enfant est français automatiquement dès lors qu'au moins un de ses parents est de nationalité française.

Quand un enfant français naît à l'étranger, ses parents demandent généralement la transcription de cet acte de naissance étranger sur les registres d'état civil français afin d'obtenir un acte de naissance français, permettant par voie de conséquence d'obtenir un passeport, une carte d'identité...

Le dossier est déposé au Consulat et il est ensuite envoyé au service central d'état civil de Nantes. La transcription est une simple formalité administrative, en principe non obligatoire, qui consiste simplement à recopier les termes d'un acte sur un autre.

En principe toujours, pour obtenir un passeport, il suffit de démontrer sa nationalité française au moyen éventuellement d'un certificat de nationalité française pouvant lui-même être obtenu sur la base de l'acte de naissance étranger.

En effet, si certains États accordent la nationalité de leur pays aux enfants nés par GPA sur leur territoire, d'autres ne l'accordent pas. L'enfant se retrouve donc sans papiers.

Mais dans la pratique, les choses ne sont pas aussi simples.

Les administrations sollicitent cette transcription et c'est à l'occasion de celle-ci que le Parquet de Nantes, puis les juridictions, vont devoir se prononcer : si on accorde la transcription, on fait fi des interdictions existantes. Si on ne l'accorde pas, l'enfant devra vivre, au mieux avec des papiers étrangers, au pire rester sur le territoire sur lequel il est né alors qu'il n'a aucun parent sur ce territoire. En effet, si certains États accordent la nationalité de leur pays aux enfants nés par GPA sur leur territoire, d'autres ne l'accordent pas. L'enfant se retrouve donc sans papiers. Il peut aussi se retrouver avec des papiers qui ne lui permettent pas de rentrer sans visa sur le territoire français.

L'ÉVOLUTION DE LA JURISPRUDENCE ENTRE 1991 ET 2019

Tandis que le phénomène était encore marginal, la Cour de cassation a tranché une première fois par un arrêt d'Assemblée plénière du 31 mai 1991 (90-20.105). Dans cet arrêt, la Cour rappelle le principe d'indisponibilité de l'état des personnes et du corps humain. Elle rappelle encore le principe d'ordre public « *mater semper certa est* » selon lequel la mère est celle qui a accouché.

Au regard de ces principes, elle décide de valider partiellement la transcription de l'acte de naissance de l'enfant pour le père seulement à la condition qu'il y ait un lien biologique avec l'enfant.

Cette jurisprudence est restée intacte pendant quasiment deux décennies avant un premier revirement de jurisprudence.

Deux arrêts marquants peuvent être notés : 1^{re} Civ., 6 avril 2011, pourvoi n° 10-19.053 et 1^{re} Civ., 13 septembre 2013, pourvoi n° 12-30.138. Dans ces décisions très sévères,

La Cour européenne n'a jamais dit que l'interdiction de la gestation pour autrui était contraire à la Convention européenne des droits de l'Homme mais elle a considéré que le refus de transcription était contraire à l'article 8 garantissant le respect à la vie privée et familiale des enfants.

la Cour fait une première application de l'adage « *fraus omnia corrumpit* » en matière de procréation pour autrui et refuse toute transcription de l'acte de naissance étranger en argumentant que les parents ont cherché délibérément à échapper à la loi française en allant conclure une convention de gestation pour autrui à l'étranger.

Cette jurisprudence vient totalement à l'encontre de l'intérêt des enfants qui ne peuvent jouir de leur nationalité française. Plus qu'un document c'est toute leur filiation qui est reniée par l'État français.

C'est cette sévérité qui a conduit à la condamnation de la France par la Cour européenne des droits de l'Homme en juin 2014 (CEDH, 5^e sect., 26 juin 2014, Mennesson c. France, n° 65192/11). La Cour européenne n'a jamais dit que l'interdiction de la gestation pour autrui était contraire à la Convention européenne des droits de l'Homme mais elle a considéré que le refus de transcription était contraire à l'article 8 garantissant le respect à la vie privée et familiale des enfants.

En suite de cela, la France a dû réagir. Du côté réglementaire, on aura une simple « circulaire Taubira » en janvier 2013 qui dit que tous les enfants issus de gestation pour autrui doivent recevoir la nationalité française, mais cette circulaire ne dit pas comment. Le législateur n'interviendra jamais pour modifier le Code civil ou le Code pénal. C'est donc au pouvoir judiciaire de réagir.

La Cour de cassation est ainsi revenue en arrière et a adopté la position suivante, notamment dans les arrêts du 5 juillet 2017, pourvois 16-16901 et 16-50025 : la transcription devait être opérée pour le père d'intention dès que le lien biologique existe. Pour la mère d'intention ou pour le second papa, la Cour de cassation exigeait de recourir à l'adoption de l'enfant du conjoint. Pour soutenir cette position, la Cour invoquait notamment l'article 47 du Code civil qui dispose que « *tout acte de l'état civil des Français et des étrangers fait en pays étranger et rédigé dans les formes usitées dans ce pays fait foi, sauf si d'autres actes ou pièces détenus, des données extérieures ou des éléments tirés de l'acte lui-même établissent, le cas échéant après toutes vérifications utiles, que cet acte est irrégulier, falsifié ou que les faits qui y sont déclarés ne correspondent pas à la réalité.* »

La mère d'intention n'ayant pas accouché, elle ne peut être la mère et les faits décrits dans l'acte étranger ne correspondent donc pas à la réalité. Cette interprétation de l'article 47 était extrêmement contestable comme on le verra ci-après.

Cette solution garantit l'établissement de la filiation pour les deux parents mais s'agissait-il d'établir la filiation ou

simplement de reconnaître ce qui a été créé à l'étranger ?

Cette solution amenait plusieurs critiques : d'une part le lien biologique avec le papa n'était pas vérifié alors pourquoi garder une telle exigence ? Quant au second parent, il se voyait contraint d'épouser le père biologique qui devait ensuite consentir à l'adoption de l'enfant. Plus généralement ce second parent devait adopter son propre enfant, ce qui n'a pas réellement de sens. En cas de séparation des parents d'intention avant l'achèvement du long parcours judiciaire, le second parent prenait le risque de se voir relayer au rang de tiers et perdre ainsi tout droit sur son enfant.

Si jusqu'en octobre 2019, cette solution n'a pas été modifiée par la Cour de cassation, une résistance libérale s'est fait ressentir à Nantes ces deux dernières années. On peut recenser une petite série de décisions de 2017 et de 2018 surtout qui ont fait du bruit car elles accordent des transcriptions complètes des actes de naissance.

L'ARRÊT DU 4 OCTOBRE 2019 ET LES TROIS ARRÊTS DU 18 DÉCEMBRE 2019

Après la condamnation de la France en 2014 dans les dossiers Mennesson et Labassée, la Cour de cassation a dû réexaminer ces dossiers.

Très prudente, la Cour de cassation a décidé de solliciter la Cour européenne des droits de l'Homme dans une demande d'avis consultatif du 5 octobre 2018 avec plusieurs questions posées :

- Le refus de transcrire l'acte étranger en ce qu'il désigne comme étant la mère légale la mère d'intention/le second papa est-il contraire à l'article 8 (respect de la vie privée et familiale de l'enfant) ?
- Faut-il opérer une distinction entre la mère d'intention/le second papa avec lien biologique ou sans lien biologique ?
- Le passage par l'adoption de l'enfant permet-il de répondre aux exigences de l'article 8 ?

Le 10 avril 2019, la Cour européenne des droits de l'Homme rend son avis : le droit interne doit offrir une possibilité de reconnaissance du lien de filiation entre l'enfant et les deux parents d'intention. Mais les États sont libres dans la manière d'y parvenir. L'adoption par le second parent n'a donc pas été exclue.

Le 4 octobre 2019, la Cour de cassation a réexaminé l'affaire Mennesson dans un arrêt d'Assemblée plénière (10-19.053) et va plus loin. La transcription complète est ici validée à titre exceptionnel : les enfants étant majeurs, en raison de la durée de la procédure, passer par l'adoption aurait constitué une atteinte manifestement excessive au droit à la vie privée des enfants (article 8) et une entorse à l'article 6 de la Convention. En raison de leur majorité, seule l'adoption simple aurait en outre été possible de sorte que l'égalité successorale notamment (héritage des grands-parents) aurait été mise à mal. La Cour rappelle enfin que les actes ont été légalement établis en Californie.

S'il s'agit d'une petite révolution, la Cour de cassation reste prudente et précise que la transcription complète demeure exceptionnelle. Il faut toujours en principe passer par l'adoption de l'enfant du conjoint.

Mais bien évidemment la Cour a ici ouvert une brèche.

Dans quatre arrêts, la Cour d'appel de Rennes valide ou ordonne une transcription complète des actes de naissance : *CA Rennes, 18 nov. 2019, n° 18/04404* ; *CA Rennes, 25 nov. 2019, n° 18/01155* ; *CA Rennes, 25 nov. 2019, n° 18/01497* et *CA Rennes, 25 nov. 2019, n° 18/01936*. Dans ces arrêts, la Cour d'appel utilise l'atteinte disproportionnée aux droits des parties pour accorder une transcription complète alors même que les enfants sont bien plus jeunes que dans l'affaire *Mennesson* et les procédures bien plus courtes.

L'hypocrisie et les solutions bancales, tant juridiquement que dans la pratique, semblent définitivement finies lorsqu'on lit les trois décisions du 18 décembre 2019 de la Cour de cassation.

Ces décisions marquent un tournant historique en la matière.

Deux arrêts (numéros 18-12327 et 18-11815) concernent des gestations pour autrui diligentées aux États-Unis par des couples d'hommes, un couple franco-belge non marié et un couple français marié. Le troisième arrêt (18-14751) admet sur le même raisonnement la transcription complète d'un acte de naissance d'un enfant par PMA diligentée au Royaume-Uni par un couple de femmes non mariées.

On remarque en premier que la Cour conduit le même raisonnement pour les gestations pour autrui et pour les situations de procréations médicalement assistées non autorisées sur le sol français et cela est très logique : il s'agit de transcrire ou non sur les registres d'état civil français un acte de naissance étranger d'un enfant issu d'un couple dont au moins une personne est de nationalité française et ayant eu recours à un mode de filiation non admis sur le territoire français.

Dans ces trois arrêts, la Cour de cassation vient presque s'excuser de sa précédente jurisprudence du 5 juillet 2017 indiquant que la transcription partielle au visa de l'article 47 consistait à combler un vide juridique et à trouver un compromis entre l'ordre public prohibant la gestation pour autrui et l'intérêt de l'enfant. Elle rappelle ensuite sa jurisprudence du 4 octobre 2019 et indique que le raisonnement doit être le même avec un second parent d'intention, homme ou femme.

Elle précise qu'il est temps de faire évoluer la jurisprudence et d'unifier les situations. Aussi, le raisonnement sera le même pour ces trois couples.

La Cour de cassation replace enfin le débat à sa place en indiquant que nous sommes dans un contentieux relatif à la transcription d'un acte de naissance et non pas dans une action relative à la filiation, ce qui pourrait réouvrir une brèche à certains procureurs récalcitrants puisqu'il conviendrait alors d'attaquer non pas sous l'angle de la transcription de l'acte mais sous l'angle de la filiation soumise à l'article 311-14 du Code civil, mais là encore la finalité pratique n'aurait aucun sens puisqu'elle priverait un enfant des seuls parents qu'il connaît.

La Cour de cassation replace ensuite l'article 47 du Code civil là où il doit être : il s'agit uniquement d'apprécier un mode de preuve de la filiation établie à l'étranger. Il s'agit d'apprécier avec l'article 47 une régularité purement formelle

Mais la Cour de cassation indique que désormais le recours à la GPA ne fait plus à lui seul obstacle à la transcription au visa de l'article 3 de la Convention de New York et de l'article 8 de la CEDH. Doit-on comprendre que l'interdiction de la gestation pour autrui est relayée au seul ordre public interne ? Cela est fort probable.

selon le droit local. Si pour la Californie ou le Nevada, le second papa d'intention est reconnu comme parent selon leurs législations, alors l'acte est régulier et doit faire foi. Une fois l'acte déclaré régulier, la Cour aurait toujours pu invoquer l'ordre public ou la fraude car il est évident qu'un couple franco-français qui va aux États-Unis pour conclure une convention de gestation pour autrui cherche bien à échapper à la loi française qui ne permet pas un tel mode de conception.

Mais la Cour de cassation indique que désormais le recours à la GPA ne fait plus à lui seul obstacle à la transcription au visa de l'article 3 de la Convention de New York et de l'article 8 de la CEDH. Doit-on comprendre que l'interdiction de la gestation pour autrui est relayée au seul ordre public interne ? Cela est fort probable.

Pour la première fois – et cela figure davantage clairement dans le communiqué fait par la Cour de cassation – on fait une application convenable du droit international privé. Aussi, il appartiendra tout de même aux époux d'invoquer la loi étrangère et de démontrer selon cette loi que l'acte de naissance est régulier. Nous allons donc enfin devoir appliquer la loi étrangère dans ces dossiers de gestation pour autrui :

« Elle (la Cour) considère en effet qu'en présence d'une demande de transcription, ni la circonstance que l'enfant soit né à l'issue d'une GPA ni la circonstance que l'acte désigne le père biologique de l'enfant et un deuxième homme comme père ou parent ne constituent des obstacles à la transcription, à condition toutefois que l'acte étranger soit régulier, exempt de fraude et conforme au droit de l'État dans lequel il a été établi » (communiqué du mercredi 18 décembre 2019, Arrêt n° 1111 et Arrêt n° 1112).

Le territoire étranger a admis selon son propre droit la filiation de l'enfant et l'acte de naissance établi à l'étranger vient donner forme à cette filiation légalement établie à l'étranger, filiation qui peut se prouver par d'autres moyens.

Or, l'arrêt *Bulkley* de 1860, non remis en cause, précise qu'en matière de statut personnel il y a une reconnaissance automatique.

Pour prouver la filiation établie à l'étranger, l'article 47 nous précise que l'acte établi à l'étranger selon les formes du pays fait foi sauf s'il est irrégulier, falsifié ou si les faits déclarés ne correspondent pas à la réalité. Typiquement cet article peut servir à contrer une personne voulant se prévaloir d'un faux ou d'un acte dressé par complaisance

ou sur les bases de fausses déclarations : on pense ainsi aux reconnaissances d'enfants par des hommes qui ne sont pas réellement les pères afin d'obtenir un visa ou tout autre avantage. Mais à l'inverse, un acte bourré d'erreurs matérielles comme des fautes de frappe ne saurait faire obstacle à lui seul à la reconnaissance d'une filiation légalement établie à l'étranger. Il conviendra alors aux personnes concernées d'apporter d'autres moyens de preuve.

Fallait-il se situer sur le terrain de la reconnaissance et donc appliquer les conditions de l'exequatur ? Cela paraissait plus cohérent à premier abord. Mais pouvait-on considérer que la transcription d'un acte de naissance est un acte d'exécution sur le territoire français ? Pas vraiment puisqu'il s'agit de recopier l'acte étranger et que cette transcription n'est théoriquement pas obligatoire.

Admettons que nous appliquions les critères de l'arrêt Cornelissen, si tant est qu'un acte d'état civil puisse recevoir un exequatur en France. On devrait donc vérifier la compétence de l'officier d'état civil étranger, l'ordre public procédural (admettons toujours qu'on puisse étendre cela à un acte d'état civil et considérer que l'acte est régulier procéduralement si les deux parents notés dans l'acte ont bien été appelés à concourir à l'acte mais ici ce sont les actes français qui seraient entachés d'irrégularité car la mère qui accouche ne se déplace pas à la Mairie pour déclarer sa maternité) et de fond (ici l'adage « *mater semper certa est* » pourrait être encore invoqué).

Admettons encore que l'acte soit déclaré non exécutoire sur le territoire français : contrairement à un jugement condamnant par exemple quelqu'un à régler une somme d'argent qui pourra être « remplacé » par un nouveau jugement français, l'acte de naissance étranger reconnu non exécutoire ne pourrait pas être remplacé par un établissement judiciaire de la filiation en France, seul moyen d'avoir un acte de naissance français. L'article 311-14 disposant que la loi applicable à la filiation est celle de la mère ou de la loi personnelle de l'enfant, on devrait ainsi appliquer la loi française de fond qui n'admet pas les gestations pour autrui.

Et quand bien même on appliquerait une loi étrangère, que fait-on pendant la durée de la procédure ? Quid encore de l'application de l'ordre public qui ferait obstacle au droit étranger ? La France n'a pas davantage autorité pour agir et faire modifier la filiation établie à l'étranger... Les parents ne peuvent pas nécessairement vivre dans le territoire sur lequel ils ont fait naître leur enfant et a-t-on une quelconque légitimité à les inviter à faire cela ? Que fait-on alors de l'enfant ?

On tourne en rond et c'est certainement pour éviter ces situations ubuesques que la jurisprudence Bulkley a posé comme principe qu'un jugement étranger relatif à l'état des personnes doit être reconnu automatiquement.

Dans tous les cas, la Cour de cassation semble aujourd'hui faire sauter tous les obstacles :

- En statuant de façon identique pour des gestations pour autrui avec un couple gay marié d'une part, un couple gay non marié d'autre part et une procréation médicalement assistée diligentée par un couple de femmes non mariées,

Les parents ne peuvent pas nécessairement vivre dans le territoire sur lequel ils ont fait naître leur enfant et a-t-on une quelconque légitimité à les inviter à faire cela ? Que fait-on alors de l'enfant ?

elle unifie sa jurisprudence sur les modes de conception non permis sur le territoire français ;

- En indiquant que le seul recours à la gestation pour autrui ne peut faire obstacle à la transcription au regard des impératifs des articles 3 de la Convention de New York et de l'article 8 de la Convention Européenne des droits de l'Homme, textes supérieurs au Code civil dans la hiérarchie des normes, elle relaye a minima l'interdiction du recours à la GPA à l'ordre public interne en l'excluant de l'ordre public international nécessairement plus étroit ;
- Elle rappelle que le débat se situe non pas sur le terrain de la filiation mais uniquement sur la transcription d'un acte prouvant une filiation légalement établie à l'étranger ;

EN RÉSUMÉ :

- Il conviendra donc aujourd'hui de s'attacher uniquement au respect du droit étranger.

C'est sans aucun doute une avancée majeure et historique.

Si l'extrait de naissance est régulièrement établi par le pays de naissance et si l'un des parents au moins est Français, ces arrêts de la Cour de Cassation font désormais obligation à notre pays de délivrer l'acte d'état civil correspondant, que les parents soient homos ou hétéros, mariés ou non et quel que soit le mode de procréation. Il n'est donc plus nécessaire que le parent d'intention épouse le parent biologique et adopte ensuite l'enfant, comme c'était le cas jusqu'ici. •

PLUS D'INFORMATIONS :

BLOG des Avocats, Médécins et Notaires Gay-friendly
<https://www.gayfriendlyblog.fr>

Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme

NOUVEAU
SUPPLÉMENT
AUX DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE
PARUTION
2020



MÉMENTO
CLINIQUE



CONDUITE
À TENIR



THÉRAPEUTIQUE
& PRESCRIPTIONS

KIT MÉDIA VPSF 2020

4 500 000 CONSULTATIONS PAR AN!

Le **Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme** sera consulté par **15 000 Sages-femmes** pendant 360 jours par an, soit environ **4 500 000 prises en main** de plus de **1 500 produits** par les Sages-femmes.

Version imprimée - version numérique

La revue *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 1^{re} revue de Sages-femmes, créée en 1974, édite en 2019 un supplément annuel d'aide à la prescription et aux conduites à tenir à l'usage des Sages-Femmes: le *Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme* (VPSF).

VPSF 2020, c'est LE vademecum

utile à la sage-femme :

- Mémento clinique
- Conduites à tenir
- Thérapeutique et Prescriptions

16 domaines de prescription

- 14 chapitres destinés aux situations normales ou pathologiques rencontrées par les sages-femmes,
- 1 500 médicaments,
- 2 chapitres consacrés à l'hygiène des locaux,
- + de 100 stratégies thérapeutiques liées à la naissance, au confort de la maman et au confort du bébé,
- Des arbres de décisions,
- Plus de 1 500 médicaments,
- Plus de 400 services ou produits,
- Les médicaments dont la prescription est autorisée par les sages-femmes,
- Les médicaments prescrits par le médecin et suivis par la sage-femme.

Le VPSF s'appuie sur l'expertise du dictionnaire Vidal (avec l'aimable autorisation de Vidal)



MÉMENTO
CLINIQUE



CONDUITE
À TENIR



THÉRAPEUTIQUE
& PRESCRIPTIONS



LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE



Le **VPSF 2020** sera accessible également :

- via la plateforme VPSF 2020.
- via une application mobile : VPSF 2020.



LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE

Le Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme est édité par les Éditions ESKA - 12 rue du quatre Septembre - 75002 Paris

Contacts : Cécile Grogard - Lamia Boucetta - Alicia Gorrilliot

www.eska.fr

01 42 86 55 79

Standard : 01 42 86 55 65

Pourquoi un Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme ?

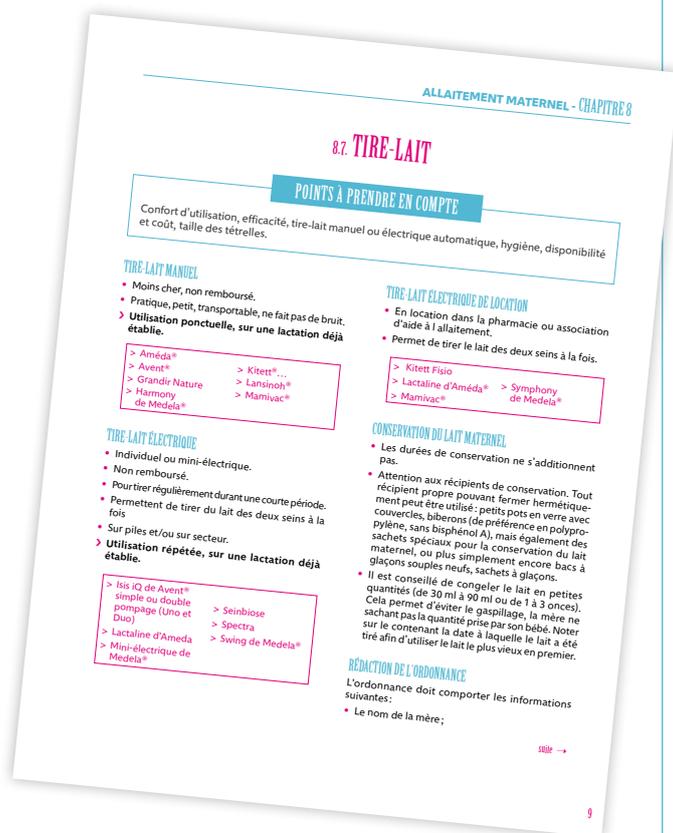
- La sage-femme est au cœur de la périnatalité et de la gynécologie de prévention.
- Sa pratique est au carrefour de la médecine et de l'humanisme.
- Son engagement est entier pour la santé et les droits des femmes.
- Son statut médical lui donne la possibilité et le droit de suivre la grossesse, pratiquer les accouchements eutociques, prendre en charge le nouveau-né et effectuer le suivi gynécologique de prévention.
- Elle participe aussi, sur prescription du médecin et en collaboration avec lui, aux suivis des pathologies obstétricales et gynécologiques.

Le statut médical de la sage-femme lui confère un droit de prescription autonome des examens complémentaires et un droit de prescription défini par une liste pour les médicaments.

Sa pratique l'oblige à bien connaître les médicaments prescrits par le médecin pour la surveillance des pathologies.

- Le VPSF est un vademecum des prescriptions et des conduites à tenir, à l'usage des sages-femmes.
- Rédigé majoritairement par des sages-femmes, il est destiné à aider la prescription des sages-femmes.
- Il est mis à jour annuellement.
- **Il réunit en un seul ouvrage :**
 - un mémento clinique,
 - un guide de la prescription,
 - un catalogue des équipements nécessaires à la pratique de la sage-femme.

16 domaines de prescription organisés suivant l'évolution de la grossesse, au service de la santé, de la maman et du bébé.



Le VPSF s'appuie sur l'expertise du dictionnaire Vidal (avec l'aimable autorisation de Vidal)



Liste actualisée des médicaments tous les mois dans la revue Les Dossiers de l'Obstétrique et sur la plateforme et l'application mobile: VPSF 2020.

Pré-sommaire

Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme

Chapitre 1

PRÉCONCEPTION ET DIAGNOSTIC DE GROSSESSE

11. Consultation préconceptionnelle
12. Tests sanguins
13. Tests urinaires

Chapitre 2

PRÉVENTION

21. Confort urinaire
22. Équilibre de la flore
23. Frottis de dépistage
24. Hygiène féminine
25. Nutrithérapie : vitamines et oligo-éléments
26. Préparation à la naissance : matériel
27. Sport et grossesse
28. Tabacologie - Addictions
29. Troubles du sommeil
210. Vaccinations

Chapitre 3

PETITS MAUX DE LA GROSSESSE

31. Antalgiques et grossesse
32. Constipation
33. Crampes
34. Douleurs et grossesse
35. Lombalgies - Articulations
36. Nausées et vomissements
37. Pyrosis
38. Sciatique
39. Syndrome douloureux pelvien
310. Troubles veineux
311. Vergetures

Chapitre 4

INFECTIOLOGIE PARASITOLOGIE

41. CMV (cytomégalovirus)
42. Coqueluche
43. Grippe
44. Hépatites
45. Herpès
46. Chlamydia
47. Trichomonas
48. Candidoses
49. Infections génitales
410. Infections urinaires
411. Rubéole et Grossesse
412. Streptocoque bêta hémolytique
413. Syphilis
414. Toxoplasmose
415. VIH
416. Protection des personnels
417. Désinfection des matériels et locaux

Chapitre 5

PATHOLOGIES OBSTÉTRICALES

51. Anémies ferriprive
52. Autres anémies
53. Cholestase gravidique
54. Diabète gestationnel

55. Fièvre et grossesse
56. Hydramnios
57. Hypertension artérielle gravidique
58. Iso immunisation rhésus
59. Menace d'accouchement prématuré
510. Métrorragies
511. Oligoamnios
512. Placenta bas inséré
513. Prééclampsie
514. Prévention de l'allo-immunisation
515. RCIU
516. Rupture prématurée des membranes
517. Thrombopénie
518. Thyroïde
519. Post-Partum
520. Endométrite

Chapitre 6

PATHOLOGIES ET GROSSESSE

61. Diabète type 1
62. Épilepsie
63. Hémoglobinopathies
64. Dépistage anomalies chromosomiques
65. Phlébite

Chapitre 7

PÉRINÉE

71. Cicatrisation
72. Prévention massage
73. Rééducation
74. Suture

Chapitre 8

ALLAITEMENT MATERNEL

81. Abscès
82. Accessoires de confort
83. Crevasses
84. Engorgements
85. Mastites
86. Nutrithérapie
87. Tire-lait
88. Aide à l'allaitement

Chapitre 9

ALLAITEMENT BIBERON

91. Biberon
92. Produits lactés pour nourrisson
93. Produits non-lactés

Chapitre 10

PÉDIATRIE

101. Coliques
102. Ictère
103. Portage
104. Supplémentations vitaminiques
105. Surveillance poids
106. Érythème fessier

Chapitre 11

GYNÉCOLOGIE

111. Pilule contraceptive
112. Implant
113. DIU
114. Contraception locale
115. Endométriose
116. Incontinence
117. Ménopause

118. Prolapsus
119. Sénologie
1110. Sécheresse vaginale
1111. Fertilité
1112. Ostéoporose
1113. Règles
1114. Vulve - Vagin
1115. Fausses couches spontanées
1116. IVG

Chapitre 12

SANTÉ, BEAUTÉ, ENVIRONNEMENT PARAPHARMACIE

121. Dispositifs à propriétés réparatrices
122. Dermocosmétique pour la grossesse et la femme
123. Dermocosmétique pour le bébé

Chapitre 13

MATÉRIEL

131. Appareil de rééducation
132. Bilirubinomètre
133. Cardiocographe
134. Échographie
135. Kit de suture
136. Logiciel médical
137. Pèse-bébé
138. Sonicaid dopplers
139. Spéculum
1310. Tables d'examen

Chapitre 14

CONSOMMABLES

141. Doigtiers
142. Drap d'examen
143. Gants
144. Consommables pour la maman
145. Consommables pour le bébé

Chapitre 15

CONFORT DE LA MAMAN ET DU BÉBÉ

151. Hydratation
152. Rééducation
153. Soutien psychologique
154. Couches - Consommables
155. Thermalisme

Chapitre 16

ÉQUIPEMENT ET MANAGEMENT DU CABINET/MATERNITÉ

161. Logiciels
162. Imagerie
163. Lasers
164. Autres équipements
165. Réseaux Maternités - Cliniques
166. Assurances - Réseaux de Soins

Chapitre 17

INSTANCES REPRÉSENTATIVES, FORMATION

171. Institutions et organismes représentatifs
172. Formation Primaire de la Sage-Femme
173. Organismes de Formation professionnelle
174. Associations - Juridique

Le VPSF s'appuie sur l'expertise du dictionnaire Vidal (avec l'aimable autorisation de Vidal)



Que trouve-t-on dans le Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme ?

- Classement des médicaments par principe actif
- Classement des médicaments par famille pharmacologique
- Index des médicaments par ordre alphabétique
- Rappel des textes réglementaires
- Liste des Centres nationaux de référence (ex.: CRAT...)
- Liste des numéros utiles (ex.: 3919...)
- Liste des Associations professionnelles (ex.: Association Nationale des Sages-femmes libérales...)
- Accès au dictionnaire des médicaments du Vidal
- Accès aux recommandations du Vidal

PATHOLOGIES OBSTÉTRICALES - CHAPITRE 5

51. ANÉMIE FERRIPRIVE ET GROSSESSE

DÉFINITION
 Hb < 11 g/100 mL au 1^{er} et 3^e trimestre Ø
 Hb < 10,5 g/100 mL au 2^e trimestre Ø
 Hb < 10 g/100 mL en post-partum

SIGNES CLINIQUES

- Pâleur
- Tachycardie
- Vertiges
- Hypotension
- Dyspnée d'effort puis de repos
- Céphalées

CONDUITE À TENIR

- ▲ Numération formule plaquette + ferritinémie
- ▲ Examens complémentaires de première intention : Réticulocytes +/- électrophorèse de l'hémoglobine.
- ▲ Éléments diagnostics
 - Ferritine < 12 µg/l ou 30 µg/l si inflammation
 - Microcytaire : VGM < 80 A
 - Arégénérative : réticulocytes < 100 000/MI

Contrôler l'efficacité de la supplémentation après 3 mois de traitement

- **Correction de l'anémie** : Mesure des paramètres hémoglobine (Hb) et volume globulaire moyen (VGM).
- **Restauration des stocks de fer** : Mesure du fer sérique et saturation de la sidérophiline.

MÉDICAMENTS

▲ **TIMOFEROL 50 mg, en comprimé enrobé**

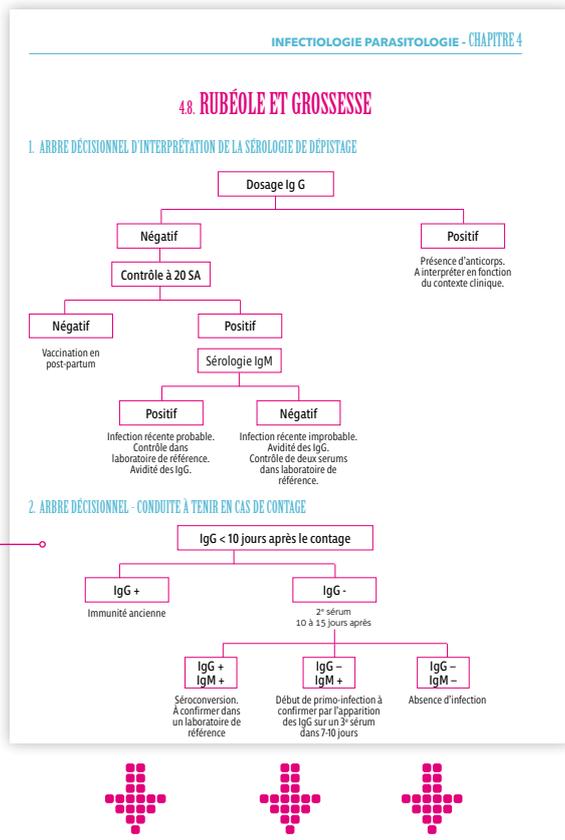
- ▷ **Principe actif**: 50 mg de fer (sulfate ferreux) et 30 mg d'acide ascorbique par unité de prise.
- ▷ **Excipient**
- Gélule: carbonate de magnésium léger, talc, silice colloïdale, anhydride, amidon de maïs.
- Enveloppe: gélatine, dioxyde de titane, bleu patenté jaune de quinoléine.
- Comprimé: acide ascorbique, cellulose microcristalline, silice colloïdale anhydride, stéarate de magnésium, amidon de maïs, acétate de polyvinyle, talc, saccharose, gomme arabique, dioxyde de titane, cire de carnauba.
- ▷ **Laboratoire Elerté**

▲ **FERO-GRAD LP vitaminé C 500 : comprimé (jaune)**

- Sulfate ferreux exprimé en fer: 105 mg
- Acide ascorbique (vitamine C): 500 mg
- ▷ **Laboratoire Teofarma SRL**

• Exemple d'arbre de décision

• Le nom des laboratoires est cité afin d'identifier le distributeur et le fabricant.



Les Prescriptions de la sage-femme

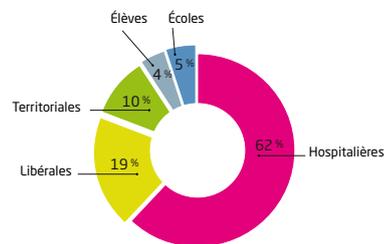
Diffusion

Le Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme 2020 est édité à 15 000 exemplaires (OJD).

Il est diffusé :

- au lectorat des Dossiers de l'Obs-tétrique (environ 4 000 abonnés);
- aux maternités;
- aux sages-femmes libérales;
- aux Écoles de Sages-Femmes;
- aux Gynécologues-Obstétriciens;
- sur les Congrès de sages-femmes.

Répartition du Lectorat des Dossiers de l'Obstétrique



Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme 2020

BON DE COMMANDE

Cocher les cases correspondantes

Je souhaite :

- M'abonner à la revue **Les Dossiers de l'Obstétrique**, pour 12 mois au tarif de lancement de 50 € (Tarif valable jusqu'au 31 décembre 2019), **incluant le Vademecum des Prescriptions de la Sage-femme 2020** (papier et numérique).
- Recevoir un volume du **Vademecum des Prescriptions de la Sage-femme 2020**, à paraître en 2020 (15 € de participation aux frais d'expédition), incluant la version numérique.
- J'envoie par courrier mon règlement par chèque à l'ordre des Éditions Eska.

À retourner daté, signé et revêtu de votre signature, par e-mail à : congres@eska.fr - Tél.: 01 42 86 55 79 ou 01 42 86 55 65

VOS COORDONNÉES

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

Nom Prénom

Adresse

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

Pays

Tél. Fax

E-mail

Exercice professionnel

Libéral PMI Hospitalier Privé Autre

Adresse de facturation si différente

Fait à

Le Cachet et signature

SE DÉFENDRE

UNE PHILOSOPHIE DE LA VIOLENCE

ELSA DORLIN

En 1685, le Code noir défendait « aux esclaves de porter aucune arme offensive ni de gros bâtons » sous peine de fouet. Au XIX^e siècle, en Algérie, l'État colonial interdisait les armes aux indigènes, tout en accordant aux colons le droit de s'armer. Aujourd'hui, certaines vies comptent si peu que l'on peut tirer dans le dos d'un adolescent noir au prétexte qu'il était « menaçant ».

Une ligne de partage oppose historiquement les corps « dignes d'être défendus » à ceux qui, désarmés ou rendus indéfendables, sont laissés sans défense. Ce « désarmement » organisé des subalternes pose directement, pour tout élan de libération, la question du recours à la violence pour sa propre défense.

Des résistances esclaves au ju-jitsu des suffragistes, de l'insurrection du ghetto de Varsovie aux Black Panthers ou aux patrouilles *queer*, Elsa Dorlin retrace une généalogie de l'autodéfense politique. Sous l'histoire officielle de la légitime défense affleurent des « éthiques martiales de soi », pratiques ensevelies où le fait de se défendre en attaquant apparaît comme la condition de possibilité de sa survie comme de son devenir politique. Cette histoire de la violence éclaire la définition même de la subjectivité moderne, telle qu'elle est pensée dans et par les politiques de sécurité contemporaines, et implique une relecture critique de la philosophie politique, où Hobbes et Locke côtoient Frantz Fanon, Michel Foucault, Malcolm X, June Jordan ou Judith Butler.

Prix Frantz Fanon 2018 (Caribbean Philosophical Association)
Prix de l'Écrit Social 2019



Éditions La Découverte

Format : 140 x 205 mm - 200 pages
Parution : octobre 2017
Prix de vente : 18 € (broché)
ISBN : 9782355221101
<https://editionsladecouverte.fr>

L'AUTEURE

Elsa Dorlin, professeure de philosophie à Paris-8, est notamment l'auteur de *La Matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française* (La Découverte, 2008) et de *Sexe et genre, et sexualités. Introduction aux philosophies féminines* (PUF, 2008).



Éditions Michel Lafon

Collection Beaux Livres
Format : 19,2 x 2 x 24,5 cm - 191 pages
Parution : 24 octobre 2019
Prix de vente : 25 € (broché)
ISBN : 978-2749941196
<http://www.michel-lafon.fr>

LIVRE

LES SORCIÈRES

UNE HISTOIRE DE FEMMES

CÉLINE DU CHÉNÉ

Un véritable voyage dans le temps pour explorer la figure de la sorcière à travers les âges...

C'est une histoire de femmes dont les pouvoirs dérangent.

Fascinante et attirante pour certains, dangereuse et maléfique pour d'autres, la sorcière a toujours peuplé notre imaginaire collectif. Qu'on lui prête un balai, des potions magiques ou une sexualité débridée, elle suscite tous les fantasmes. Autrefois traquée et brûlée, elle est aujourd'hui une femme de savoir, indépendante et puissante. Quel est le lien qui les unit au-delà des siècles ?

Au fil des pages de ce beau livre, inspiré des quatre épisodes de « *La Série Documentaire* » diffusés sur *France Culture*, défilent de nouvelles références à l'art et à la culture, sans oublier quelques récits emblématiques, documents d'archives, objets de sorcellerie, plantes et sortilèges.

Céline du Chéné est allée à la rencontre des sorcières. Elle a recueilli leurs paroles auxquelles se mêlent celles d'historiens, de chercheurs, d'anthropologues, mais aussi de dessinateurs, de critiques de cinéma ou de danseuses...

● **12 MARS 2020**

PARIS 12^e

Les Dialogues de l'Obstétrique
par *Les Dossiers de l'Obstétrique*
congres.eska.fr

● **13-14 MARS 2020**

PARIS 3^e

Séminaire annuel Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs
cerc-congres.com

● **27 MARS 2020**

PARIS 12^e

Les Dialogues de l'Obstétrique
Les événements de l'année en infectiologie
congres.eska.fr

● **27-28 MARS 2020**

HALLE PAJOL - PARIS 18^e

Assemblée générale et Colloque de l'Association Nationale des Sages-femmes Libérales
ansfl.org

● **13-14-15 MAI 2020**

LILLE

48^{es} Assises Nationales des Sages-Femmes - 31^e Session Européenne
cerc-congres.com

● **2 JUIN 2020**

PARIS 7^e

Journée à thème du Collège National des Sages-Femmes de France
Thème : Les 1000 premiers jours.
Expertise et engagements des sages-femmes
cerc-congres.com

● **10-11 JUILLET 2020**

PARIS - Palais des Congrès

1st International Congress of IVF centers - Quality in IVF centers
congres.eska.fr

● **10 SEPTEMBRE 2020**

MARSEILLE

10^{es} Rencontres A Deux Mains
www.ra2m.fr

● **8-9 OCTOBRE 2020**

PARIS 15^e

23^{es} Journées de sénologie interactive
Journées du Centre des Maladies du Sein de l'hôpital Saint-Louis
congres.eska.fr

● **6-7 NOVEMBRE 2020**

PARIS 15^e

48^{es} Journées Jean Cohen Gynécologie - Obstétrique et Reproduction
congres.eska.fr

● **27 NOVEMBRE 2020**

NEUILLY-SUR-SEINE

21^e Journée sur l'Assistance médicale à la procréation de l'Hôpital Américain de Paris
congres.eska.fr

JOURNÉE DES DIALOGUES DE L'OBSTÉTRIQUE

LES ÉVÉNEMENTS DE L'ANNÉE EN INFECTIOLOGIE

Prévention et prise en charge de l'Infection chez la femme

MATIN

8h30 – 9h00 Accueil des participants — Café

9h00 – 10h30 **SESSION 1 : RISQUES OBSTÉTRICAUX
ET INFECTIONS**

Modérateur : Pr. Laurent MANDELBROT

- Maladies infectieuses émergentes et grossesse : à quoi se préparer
Pr. Pierre-François CECCALDI*, Hôpital Beaujon, Paris
- Infection à CMV en 2020 : où en sommes-nous ?
Pr. Olivier PICONE, Hôpital Louis Mourier, Colombes
- Infections à Streptocoques du groupe B : Intérêt du dépistage à l'accouchement
Dr. Emmanuelle VIGIER*, Hôpital Bichat, Paris

10h30 – 11h00 Pause - Visite des stands

11h00 – 12h30 **SESSION 2 : VACCINS, SOIGNANTS ET FEMMES
ENCEINTES**

Modérateur : Pr. Pierre-François CECCALDI*

- Consultation pré conceptionnelle et maladies infectieuses : prévention, information, vaccinations
Pr. Laurent MANDELBROT, Hôpital Louis Mourier, Colombes
- Interpréter les sérologies : comment éviter les pièges
Dr. Christelle VAULOUP FELLOUS, Hôpital Antoine-Béclère, Clamart
- La juste prescription des sérologies pendant la grossesse
Dr. Olivia ANSELEM*, Maternité Port-Royal, Paris



APRÈS-MIDI

12h30 – 13h30 Déjeuner

13h30 – 15h30 **SESSION 3 : RISQUES INFECTIEUX
ET PAPILLOMAVIRUS**

Modérateur : Pr. Bruno POZZETTO

- HPV et hésitation vaccinale en France : le casse-tête
Mme Alexandra MUSSO, Sage-femme, CHU de Nice
- Microbiote et infection HPV
Dr. Jean-Marc BOHBOT*, Institut Alfred Fournier, Paris
- Risque HPV en PMA
Pr. Thomas BOURLET, CHU de Saint-Etienne
- Désinfection des sondes d'échographie à usage endocavitaires
Pr. Pierre PARNEIX*, CHU de Bordeaux

15h30 – 16h00 Pause - Visite des stands

16h00 – 17h30 **SESSION 4 : FEMMES ENCEINTES
ET VOYAGES**

Modérateur : Pr. Olivier PICONE

- Risques en lien avec l'infection par le virus Zika au cours de la grossesse
Pr. Bruno HOEN*, Institut Pasteur de Paris
- Risques parasitaires, grossesse et voyages
Pr. Daniel CAMUS*, CHU de Lille
- Risques non infectieux chez la femme enceinte et voyages en avion
Dr. Vincent FEUILLIE*, Centre Médical Air-France, Paris

17h30 **CONCLUSION**
Pr. Olivier PICONE



* sous réserve de confirmation

LES CRAMPES

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME

ÉTILOGIES

- Poids de l'utérus

Utilisation par le fœtus du calcium de la mère pour sa formation osseuse



Déséquilibre ionique de la femme enceinte



Production excessive d'électricité statique



Crampes

- Insuffisance veineuse.

DÉFINITION

- Une contraction musculaire involontaire d'un ou plusieurs muscles.
- Survient quand l'équilibre ionique du corps n'est plus juste.

CONSEILS

- Ne pas rester debout longtemps.
- Surélever les pieds la nuit.
- Éviter de fumer.
- Consommer des bananes, oranges, raisins, pastèques, melons, mûres, prunes.
- Pratiquer une activité physique 30 mn par jour.

TRAITEMENTS

- Supplémentation en magnésium.
- Manger des fruits oléagineux (amande, noix, noisette, noix du Brésil, noix de cajou), de la banane, des haricots secs, du chocolat noir, des épinards.
- Boire une eau minérale riche en **magnésium**.

HOMÉOPATHIE

- **Si violentes et nocturnes:** CUPRUM METALLICUM 5 CH (2 fois par jour et au moment des crampes).
- **Si atténuées par la flexion du membre:** MAGNESIA PHOSPHORICA 5 CH.

MÉDICAMENTS

- **MAGNE B6 48 mg/5 mg cp enr** - *Pyridoxine chlorhydrate, magnésium lactate dihydrate* Non remboursé
- **OLIGOSOL Magnésium sol buv en ampoule** *Magnésium gluconate* - Non listé - Non remboursé
- **SPASMAG** - *Magnésium sulfate trihydrate...* Non remboursé
- **MAG 2 122 mg sol buv en ampoule sans sucre édulcoré à la saccharine sodique** *Magnésium pidolate* Non listé - Non remboursé
- **MAGNESPASMYL 1,9 % glé** *Magnésium lactate dihydrate* - Non remboursé
- **MAGNESPASMYL 47,4 mg cp pellic** *Magnésium lactate dihydrate* - Non remboursé
- **SPASMAG sol buv en ampoule** *Magnésium sulfate heptahydrate...* Non listé - Non remboursé
- **MAGNEVIE B6 100 mg/10 mg cp pellic** *Magnésium citrate, pyridoxine chlorhydrate* Non remboursé
- **MAGNESIUM/VITAMINE B6 BIOGARAN CONSEIL 48 mg/5 mg cp pellic** *Pyridoxine chlorhydrate, magnésium lactate dihydrate*
- **MAGNESIUM/VITAMINE B6 MYLAN 48 mg/5 mg cp pellic** *Pyridoxine chlorhydrate, magnésium lactate dihydrate* - Non remboursé
- **MAGNESIUM/VITAMINE B6 BIOGARAN 48 mg/5 mg cp pellic** *Pyridoxine chlorhydrate, magnésium lactate dihydrate* - Non remboursé
- **MAGNESIUM ARROW 150 mg cp efferv** *Oxyde de magnésium léger* - Non remboursé
- **MAGNESIUM GLYCOCOLLE LAFARGE cp pellic** *Glycine, magnésium lactate dihydrate* Non remboursé
- **OLIGOSTIM cp subling Magnésium** *Magnésium gluconate dihydrate* Non listé - Non remboursé
- **MAG 2 pdre p sol buv** - *Magnésium pidolate* Non listé - Non remboursé
- **MEGAMAG 45 mg glé** *Magnésium aspartate dihydrate* Non listé - Non remboursé
- **MAG 2 100 mg cp** - *Magnésium carbonate* Non remboursé
- **UVIMAG B6 sol buv** *Magnésium glycérophosphate acide...* - Non remboursé

ACTUALITÉ

→ 14 JANVIER 2020

IMPLANT CONTRACEPTIF NEXPLANON

Renforcement des mesures de réduction du risque de migration notamment dans l'artère pulmonaire

LETTRE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Information destinée aux médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes

Des cas de lésion neurovasculaire et de migration de l'implant depuis le site d'insertion vers l'intérieur du bras ou, plus rarement, vers l'artère pulmonaire, ont été rapportés et peuvent être liés à une insertion incorrecte trop profonde de Nexplanon.

Pour réduire ces risques, l'ANSM a émis des recommandations disponibles en téléchargeant le lien ci-dessous.

De plus, elle rappelle que **les praticiens posant ce type d'implant doivent avoir suivi une formation en pratique** (présentiel) et doivent être habitués à poser ce type d'implants.



LIEN POUR TÉLÉCHARGER LES INSTRUCTIONS D'INSERTION ET DE RETRAIT DE L'IMPLANT :

<https://www.anism.sante.fr/afssaps/S-informer/Actualite/Implant-contraceptif-Nexplanon-renforcement-des-mesures-de-reduction-du-risque-de-migration-notamment-dans-l-artere-pulmonaire-Lettre-aux-professionnels-de-sante>

ACTUALITÉ

→ 20 JANVIER 2020

COUPES MENSTRUELLES ET TAMPONS

L'Anses publie les résultats de son évaluation complémentaire

Suite à son expertise sur la sécurité des protections intimes de 2018, l'Anses publie des résultats d'évaluation complémentaires. Elle confirme la **nécessité de renforcer l'information des femmes et des professionnels de santé sur le risque de syndrome de choc toxique menstruel (SCT)**, qui concerne toutes les protections périodiques internes (tampons, coupes menstruelles...).

L'Agence a complété son travail d'expertise avec des essais complémentaires sur les coupes menstruelles et les tampons afin de mieux caractériser la composition de leurs matériaux et estimer les risques par rapport au staphylocoque doré, la bactérie responsable du SCT. Ces essais ont révélé la **présence de substances chimiques dans les tampons et les coupes menstruelles, mais sans dépassement des seuils sanitaires**. D'autre part, l'Anses n'a pas mis en évidence de relation directe entre les propriétés physico-chimiques des matériaux de ces protections intimes et un risque d'augmentation du SCT.



L'Agence recommande néanmoins aux fabricants d'améliorer la qualité de ces produits afin d'éliminer ou de réduire au maximum la présence des substances chimiques.

Concernant le SCT, l'Anses rappelle que **le risque de développer ce syndrome causé par une toxine bactérienne est lié aux conditions d'utilisation de toutes les formes de protections périodiques internes**. Ainsi, elle recommande qu'une information plus claire sur le risque de syndrome de choc toxique menstruel et ses symptômes soit délivrée aux professionnels de santé et aux femmes. S'agissant des emballages et notices, cette demande d'amélioration concerne en particulier les fabricants de coupes menstruelles, plus récemment arrivées sur le marché.

Aussi, l'Anses rappelle aux utilisatrices l'importance de respecter les règles d'hygiène liées à l'utilisation des protections, notamment **la durée du port aussi bien pour les tampons que pour les coupes menstruelles**. Il est également recommandé d'utiliser un tampon ou une coupe menstruelle uniquement pendant les règles et de choisir une protection adaptée à son flux.

PLUS D'INFORMATIONS :

<https://www.anses.fr/>

MISE AU POINT

→ 19 DÉCEMBRE 2019

La HAS réaffirme l'importance de sa recommandation sur le diagnostic de syndrome du bébé secoué

Interpellée sur sa recommandation sur le diagnostic du syndrome du bébé secoué, la HAS réaffirme, avec l'ensemble des organisations professionnelles et associations de patients qui ont été mobilisées pour les élaborer, l'importance de ses travaux et le rôle essentiel des professionnels de santé dans le repérage, le diagnostic et la prévention de ces maltraitances à enfant. Elles refusent de laisser sans réaction la mise en cause de la compétence et de la probité scientifique de leurs experts.

Le syndrome du bébé secoué (SBS) est une maltraitance infantile aux conséquences importantes : **il survient lorsqu'un adulte secoue violemment un enfant, occasionnant des lésions cérébrales graves, parfois fatales**. Plus de 10 % des bébés secoués meurent des suites des traumatismes crâniens infligés et plus des trois quarts des enfants survivants gardent des séquelles à vie. Le syndrome du bébé secoué touche plusieurs centaines d'enfants chaque année, majoritairement des nourrissons de moins de 1 an.

Les professionnels de santé, qu'ils exercent aux urgences ou en cabinet de ville, sont des

acteurs essentiels du repérage de ces actes, de leur diagnostic et de leur prévention. Ils sont les plus à même de reconnaître les signes évocateurs d'une maltraitance ainsi que les situations à risque. Ils sont également – par le lien qu'ils établissent avec les familles – des acteurs essentiels de la prévention, en donnant par exemple des conseils aux jeunes parents sur la façon de gérer les pleurs d'un bébé. Rappelons que dans plus d'un cas sur deux, il y aura récidive du secouement, augmentant considérablement les risques de conséquences irréversibles.

Les professionnels de santé ont par ailleurs **l'obligation légale et déontologique de réagir s'ils suspectent un cas de maltraitance afin de protéger l'enfant**. Ils doivent alors signaler cette situation au procureur de la République et à la cellule de recueil d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes (CRIP) de leur département. Ce signalement s'impose à eux, même s'ils ne sont pas certains de la maltraitance et sans avoir à en apporter la preuve. Celle-ci relève de l'enquête des autorités compétentes.

PLUS D'INFORMATIONS :

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

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 16 JANVIER 2020

CONSEIL NATIONAL

DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

45 ans après la loi Veil, les sages-femmes peuvent améliorer l'accès à l'IVG

Alors que la France célèbre le 45^e anniversaire de la loi Veil, qui a inscrit dans la loi la possibilité pour les femmes de pouvoir interrompre leur grossesse, ce droit est menacé, les inégalités d'accès à l'IVG persistent voire se renforcent. Les sages-femmes, dotées de compétences pour réaliser les IVG instrumentales, pourraient répondre à ces problématiques.

Actuellement, le nombre d'établissements de santé pouvant pratiquer une IVG instrumentale ne cesse de baisser **en raison de la fermeture de nombreuses maternités**.

Si les zones de tension se multiplient, on constate par ailleurs que l'IVG médicamenteuse est de plus en plus imposée, malgré le droit qu'ont les femmes de choisir la méthode d'avortement. **Chaque année, 3 000 à 5 000 femmes partent avorter à l'étranger, révélant des carences dans l'organisation des parcours**.

Afin de participer à la résolution des problématiques d'accès à l'IVG, la profession de sage-femme a demandé à pouvoir réaliser des IVG médicamenteuses, une compétence actée depuis 2016. Moins de 4 ans après, déjà 3,5 % des sages-femmes libérales sont conventionnées avec un établissement de santé pour pratiquer les IVG médicamenteuses, soit un peu plus de 200 sages-femmes. En 2018, elles ont réalisé 5 100 avortements, soit 10 % des IVG hors établissement de santé, des chiffres révélant le fort engagement de la profession.

De nouvelles solutions concrètes aux problématiques d'accès à l'avortement pourraient être apportées par les sages-femmes. Après avoir suivi une formation complémentaire, celles-ci seraient en mesure de réaliser des IVG instrumentales.

Aussi, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes plaide en faveur de la possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG instrumentales dans les établissements de santé. Leur engagement, leur connaissance de la physiologie de la femme et des gestes endo-utérins font d'elles des acteurs tout désignés pour pratiquer les IVG instrumentales.

Pour le CNOSF, une telle évolution permettrait de disposer de praticiens formés et volontaires pour offrir aux femmes un véritable choix tout en réduisant les inégalités d'accès à l'IVG.

PLUS D'INFORMATIONS :

Contribution relative à l'accès à l'IVG en France :
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2020/01/CONTRIBUTION-DU-CNOSF-ACCES-IVG.pdf>

Prescriptions contraceptives après Interruptions Volontaires de Grossesses à répétition

GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
FERTILITÉ & SÉNOLOGIE

RÉSUMÉ

OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer si l'augmentation du nombre d'avortements à répétition en France est corrélée à un défaut de réévaluation des méthodes de contraception en post abortum.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive multicentrique des pratiques contraceptives du post abortum chez les patientes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse

(IVG) itérative entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 2017 au sein de quatre centres d'orthogénie publics hospitaliers des Alpes Maritimes et du Var Est.

RÉSULTATS

Concernant la totalité des 217 patientes incluses dans l'étude, la méthode contraceptive prescrite en post abortum était différente de la méthode utilisée lors de la conception chez 78,80 % des patientes. Seulement 51,8 % des méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (LARC) prescrites ont été utilisées dès la consultation post-IVG.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Le recours répété à l'avortement pourrait en partie s'expliquer par une absence transitoire ou prolongée de la contra-

ception. Le dépistage des ruptures de l'histoire contraceptive est donc primordial afin d'adapter et de maintenir une contraception à chaque étape de la vie de la patiente. Certaines pratiques professionnelles observées ne favorisent pas la pose précoce des dispositifs LARC prescrits au moment de la prise en charge de l'IVG, contrairement aux nouvelles recommandations. L'évolution des pratiques professionnelles paraît encore nécessaire pour tenter de contribuer à diminuer le recours répété à l'IVG.

A. L'Heudé - A.-S. Gobenceaux -
F. Machuron - O. Toullalan - A.S.
Azuar - J. Delotte

VOLUME 47, ISSUES 7 – 8, JULY –
AUGUST 2019, PAGES 574-581

Description et facteurs de risque de 101 crevasses du mamelon: étude cas témoins dans 8 maternités d'un réseau périnatal

Description of 101 cases of nipple cracks and risk factors via case-control study in eight units of a perinatal network

ABSTRACT

Nipple crack are a frequent complication of breastfeeding, causing pain for the mother and feeding difficulties for the baby with the risk of early cessation of breastfeeding. The characteristics of nipple cracks have rarely been described. Treatment varies according to the period of breastfeeding and the maternity ward. Eight maternity wards in a perinatal health network in western France followed up maternal nipple cracks. The cracks were described and their treatment was noted. The variables regarding the mothers, delivery conditions, health of newborns, and their ability to breastfeed were analyzed. Each case patient was matched with a control patient who was in a room adjacent to the case patient. Case-control analysis was univariate, followed by multivariate analysis via logistic regression (SPSS 20.0)

with adjusted odds ratios (aOR). In all, 101 cases of women with nipple cracks were studied. The cracks were predominantly located in the upper external quadrants as well as in the central part of the nipple. There were no lateralization effects (right or left). The most frequent treatments after breastfeeding were oils, hydrophilic gel, and maternal milk. Compared with the 101 controls without cracks, the features associated with cracks in multivariate analysis were fair skin (aOR = 1.92 [1.01-3.60]; P = 0.04), history of nipple cracks (aOR = 11.38 [3.69-35.13]; P = 0.0001), first breastfeeding (aOR = 4.21 [1.27-13.86]; P = 0.018), and normal weight or no obesity (aOR = 0.33 [0.14-0.75]; P = 0.008). Two more specific analyses were performed in primiparous and multiparous women. In conclusion, the practitioners learned to describe nipple cracks and analyze their treatments. Knowledge of the risk

factors should enable practitioners to propose active prevention to mothers with fair skin, a history of cracks, or a lack of experience in breastfeeding by helping them to breastfeed during the first days of their infant's life, especially for primiparous and overweight or obese women.

ARCH PEDIATR. 2020 JAN; 27 (1): 45-50.
DOI: 10.1016/J.ARPCED.2019.10.011. EPUB
2019 NOV 26.

Branger B1; Breastfeeding Commission
of the Pays de la Loire Birth Safety
Network (France) 2.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Nipple cracks: crevasses du mamelon -
Breastfeeding: allaitement au sein -
According to: selon - **Wards**: unités/services - **Matched**: appariée - **Fair**: clair -
Enable: rendre capable.



INSTITUT NAISSANCE & FORMATIONS

Se former, c'est avancer

CONNAISSANCE & MAÎTRISE DU PÉRINÉE
Rééducation périnéale féminine par l'art du TV de Dominique Trinh Dinh

NOUVELLES FORMULES

CMP - Programme de base
2 x 3 jours - Pratiques sans TV

Modules d'approfondissement

2 jours - Pratiques sans TV

- Module Pathologies ano-digestives
- Module PTAE pathologiques
- Module Pathologies urinaires
- Douleurs et violences : la femme en souffrance

CMP Niveau 1

2 x 4 jours
Pratiques avec TV

3 jours
Travail corporel en rééducation périnéale féminine

2 jours et demi
Émotions et relations soignantes-soignée
"à la découverte des fleurs de Bach"

3 jours
Sexualité et rééducation périnéale féminine

3 jours
Eutonie en rééducation périnéale féminine

Pratiquer dès le lendemain du séminaire

Prise en charge possible
DPC - FIF PL - Kairos
FSSF - Datadocké

Visitez notre site pour connaître les dates des formations et vous inscrire en ligne

www.institutnaissanceetformations.fr

N'hésitez pas à contacter
Jocelyne Dallem

+33 (0) 3 89 62 94 21
cmp.info@free.fr
2a rue du Paradis
68190 Ungersheim



FORMATIONS ANSFL 2020

Organisme de formation enregistré
sous le n° 93 05 00814 05

Tarifs, dates, adhésion:

ansfl.org - formation@ansfl.org

Toutes nos formations peuvent être organisées en "groupe constitué" dans votre région

ÉCHOGRAPHIE ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE

Intervenantes : Évelyne Rigaut (SF-Écho)
Lorraine Guénédal (Biologiste)

Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**

L'INSTALLATION EN LIBÉRAL

Intervenants : Laurence Platel (SF) - Olivier Nappey.

Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**

LA PRATIQUE LIBÉRALE : CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS

Intervenante : Laurence Platel (SF)

Date et lieu : **18 fév. 2020 à Bourg en Bresse (01) - 20 février à Gap (05)**

L'ACCOUCHEMENT NORMAL, ACCOMPAGNEMENT DE LA PHYSIOLOGIE ET INTERVENTIONS MÉDICALES

Intervenante : Jacqueline Lavillonnière

Date et lieu : **12-13-14 mai 2020 à Embrun (05)**

LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES PHYSIOLOGIQUES

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)

Date et lieu : **5-6 juin 1020 à Lunéville (54)**

FACILITER L'EVIDENCE BASED MIDWIFERY (EBM)

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)

Date et lieu : **7-8 mai à Paris (18*)**

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

Intervenante : Nicole Andrieu (SF)

Date et lieu : **22-23-24 juin à Mont St Aignan (76)**

EUTONIE : RÉÉDUCATION EN POSTNATAL

Intervenante : Martine Gies (SF)

- Session I : Découverte
Date et lieu : **2-3 avril 2020 à St Germain Mont D'Or (69)**
- Session II : Les pathologies urinaires (Pré requis : session I)
Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**
- Session III : Retrouver la mobilité et le dynamisme (Pré requis : session II)
Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**
- Session IV : Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre (Pré requis : session III)
Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**

LA CONSULTATION DU NOURRISSON PRÉVENTION, ÉDUCATION EN SANTÉ PRIMAIRE

Intervenante : Jacqueline Lavillonnière (SF)

Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**

ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ

Intervenante : Odile Tagawa (SF)

- Session I : Prénatal
Dates : **12-13 mars 2020 à Marseille (13)**
- Session II : Postnatal
Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**

L'ANSFL VOUS PROPOSE DES FORMATIONS "SUR MESURE"
selon vos besoins de réflexions et les situations que vous pouvez rencontrer dans votre pratique quotidienne.

- Analyse de la pratique (2 h ou 5 h ou 10 h)
- Rédaction, mise en page de documents et diffusion (4 h)
- Retour sur expérience (REX) en utilisant une grille d'analyse de causes (1 h - 2 h)

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)



Medic Formation

Formation professionnelle continue médicale

Les sages-femmes et le suivi gynécologique



Suivi gynécologique et contraception



3 jours

Suivi gynécologique et contraception, approfondissement



3 jours

Urgences gynécologiques et consultations inopinées



3 jours

Faire face aux résistances à la contraception



3 jours

Consultations gynécologiques et contraception des adolescents



4 jours

Suivi gynécologique et santé sexuelle des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes



2 jours

Endométriose Dépister Aborder Orienter



3 jours

Thérapeutique non pharmacologique de la ménopause et périménopause



2 jours

IVG médicamenteuse



2 jours

Retrouvez les programmes, lieux et dates sur www.medicformation.fr

FORMATIONS EN INTRA

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

NOUS CONTACTER POUR UN DEVIS



Medic Formation - Email : contact@medicformation.fr - Site : www.medicformation.fr - Tél : 01 40 92 72 33

N° de déclaration d'activité 11 95 04903 95 - Agréé ODPC 1251 - Agréé DOKEUO/ Intercaif-oref Réf : CF-11646 - Référencé Datadock 005 70 55



evian®

EAU MINERALE NATURELLE

Née et préservée au cœur des Alpes,
l'eau evian® est pure et faiblement minéralisée.



evian® est adaptée à
l'alimentation des bébés.





GRANDIR NATURE

votre partenaire de confiance
pour accompagner les allaitements

NUMÉRO DÉDIÉ AUX PROFESSIONNELS



03 88 50 07 99

Ensemble, œuvrons pour que chaque allaitement devienne
une expérience unique et une source de bien-être.

Grandir Nature propose une large
sélection de tire-lait électriques*,
livrés gratuitement partout en France,
pour répondre aux besoins des mamans.



Valérie et Laura,

nos consultantes en lactation
IBCLC, nos équipes de conseillères
formées et passionnées sont
à votre disposition :

 consultante-lactation@grandir-nature.com



GRANDIR NATURE

aider les mamans

NUMÉRO DÉDIÉ AUX MAMANS
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert 0 800 622 833



www.grandir-nature.com

www.leblogallaitement.com

* Tous nos tire-lait électriques sont des dispositifs médicaux de classe IIa qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE.
LPPR : code 1129440 (7,50€) pour la location hebdomadaire; code 1140252 (12€) pour le set de pompage simple. Grandir Nature est un prestataire conventionné n° FINESS 672656030