



## SOMMAIRE

# 477 FÉVRIER 2018

02

### TRIBUNE

Tout seul, on va plus vite.  
Ensemble, on va plus loin.

LAURENCE PLATEL

### LES DOSSIERS

05

#### OBSTÉTRIQUE | MAËUTIQUE

##### DOSSIER LE PLACENTA

La vascularisation utéro-placentaire  
PR OLIVIER MOREL

Le placenta : entre déchet de chair et symbolique du corps  
MONIEL VERHOEVEN

Le devenir du placenta  
HÉLÈNE DE GUNZBOURG

16

#### PÉDIATRIE

Comportements et postures : un enjeu pour l'allaitement maternel  
MARIE TOUZET & SIDONIE NYAMÉ

20

#### GYNÉCOLOGIE | OBSTÉTRIQUE

L'utilisation du Meopa dans les alternatives de la prise en charge de la douleur en gynécologie-obstétrique  
PROPOS RECUEILLIS PAR BENOÎT LE GOEDEC

23

#### SANTÉ PUBLIQUE | ÉPIDÉMIOLOGIE

Réduire les inégalités professionnelles en réformant le congé de paternité  
HÉLÈNE PÉRIVIER

27

#### SCIENCES HUMAINES

Violences de genre : aspects légaux et sociétaux. Une vision européenne  
DR BERNARD MARC

32

#### HISTOIRE

Le roman, un matériau riche pour l'obstétrique  
JÉRÔME JANICKI

## OURS

### COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF  
Benoit LE GOEDEC, Sage-femme  
[Benoitlegoedec@gmail.com](mailto:Benoitlegoedec@gmail.com)

SAGE-FEMME  
Christine BUZENET, Sage-femme  
[christine.buzenet@orange.fr](mailto:christine.buzenet@orange.fr)

### CONCEPTION GRAPHIQUE

Marie-Paule STÉPHAN  
Conception, réalisation, suivi du numéro  
[mstudionetc@gmail.com](mailto:mstudionetc@gmail.com)

### 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](mailto:serge.kebabtchieff@eska.fr)

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

### FABRICATION

Marise URBANO  
[agpaedit@eska.fr](mailto:agpaedit@eska.fr)

### ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

[adv@eska.fr](mailto:adv@eska.fr)

### PUBLICITÉ - CONGRÈS COMMUNICATION

Adeline MARÉCHAL - Elise ROUSSEAU  
T. 01 42 86 55 69 - [congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr)  
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66  
[serge.kebabtchieff@eska.fr](mailto:serge.kebabtchieff@eska.fr)

### MARKETING - CONGRÈS PUBLICITÉ

Adeline MARÉCHAL - T. 01 42 86 55 69  
[congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr)  
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66  
[serge.kebabtchieff@eska.fr](mailto:serge.kebabtchieff@eska.fr)

### ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Hélène DE GUNZBOURG, Sage-femme, Philosophie

Jérôme JANICKI, Docteur en Histoire des sciences de l'EHESS, Historien de la médecine (D.U. Paris Descartes) - Lens

Dr Bernard MARC, Chef de service UMJ, référent VFF, Grand Hôpital de l'Est Francilien (G.H.E.F.) Site de Marne-la-Vallée

Pr Olivier MOREL, Chef de service Gynécologie-Obstétrique, maternité du CHRU de Nancy

Sidonie NYAMÉ, Infirmière puéricultrice, Service de Neonatalogie et maternité de Port-Royal

Hélène PÉRIVIER, Co-responsable du Programme de Recherche d'Enseignement des Savoirs sur le GENRE (PRESAGE), OFCE

Laurence PLATEL, Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL)

Mari TOUZET, Kinésithérapeute, Service de Néonatalogie et maternité de Port-Royal  
Moniel VERHOEVEN, Anthropologue culturelle

### 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.

Dépot légal : Février 2018



### ÉDITIONS ESKA

12 rue du Quatre-Septembre  
75002 Paris

T. 01 42 86 55 65

F. 01 42 60 45 35

[agpaedit@eska.fr](mailto:agpaedit@eska.fr)

<http://www.eska.fr>

### Photo de couverture :

© nerthuz@Fotolia.com

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



## TRIBUNE

# Tout seul, on va plus vite. Ensemble, on va plus loin.

PAR **LAURENCE PLATEL**, POUR L'ASSOCIATION NATIONALE DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES (ANSFL)

**A**u mois d'août 2017, l'ANSFL a souhaité enquêter sur les difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales. Malgré la période estivale, le nombre conséquent des réponses (738) montre que ce questionnaire était attendu ; l'occasion enfin donnée de pouvoir recenser les problématiques de notre exercice.

Les points les plus évoqués ont été, sans réelle surprise, la faiblesse des revenus, la méconnaissance de nos compétences, les obstacles au travail en réseau et l'augmentation exponentielle des installations.

Nos consultations sont généralement longues, (autour de 30 minutes). La prévention exige de prendre du temps mais ce temps est un luxe. Cela retentit inéluctablement sur les revenus, surtout si l'on ajoute au temps de travail « officiel » tous les à-côtés de la vie d'un cabinet, gestion du planning, des stocks de consommables, lecture et classements des résultats de laboratoire, courriers aux correspondants ou tout simplement ménage des locaux.

La méconnaissance de notre exercice fait que certaines femmes ne pensent pas à s'adresser à une sage-femme libérale, découvrant – dans le meilleur des cas – l'étendue de nos compétences à l'occasion d'un suivi à domicile ou d'une rééducation périnéale.

Parallèlement, des consœurs témoignent de l'accueil parfois frileux, voire agressif, des médecins de leur secteur, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Cette frilosité est alimentée par certaines limites de nos compétences apparaissant incompréhensibles (prescription antibiotique possible pendant la grossesse mais plus en post-partum, arrêts de travail limités à 15 jours, dépistages des IST sans possibilité de les traiter ou même de prescrire le bilan au partenaire...).

De fait, patientes comme professionnels de santé sont parfois en difficulté pour comprendre les bornes de notre champ d'exercice.

Enfin, l'enquête révèle une réelle inquiétude devant l'explosion des installations, liées à la stagnation des postes salariés, à la fermeture de maternités (encore très récemment, Die, La Rochelle, Oloron), alors que le *numerus clausus* ouvre 1000 places chaque année.

L'ANSFL s'est positionné en 2017 pour une baisse du *numerus clausus*. Plus de 3 000 nouvelles sages-femmes sont attendues dans les cinq années à venir (projection faite à partir des étudiants en formation).

Il nous semble essentiel que les pouvoirs publics et les autres représentations professionnelles s'emparent de cette réalité. Même si nos compétences se sont étendues, même

si les sorties précoces sont amenées à se généraliser, le risque est grand de voir le nombre d'actes par sage-femme continuer à baisser.

La baisse plus qu'anecdotique du *numerus clausus* programmée pour la rentrée 2018 (991 places ouvertes en 2018 soit 9 de moins qu'en 2017) ne saurait être considérée comme une réponse.

L'ANSFL ne souhaite évidemment pas s'arrêter à ces constats. Il s'agit de lancer une réflexion commune afin d'envisager quelles réponses pourraient être apportées à chacune de ces difficultés.

Nous soutenons l'action des syndicats qui mènent encore, à l'heure où nous écrivons ces lignes, des négociations difficiles pour la revalorisation de nos actes.

Certaines solutions viendront des sages-femmes, passant par la mise en commun des « stratégies » développées par chacune pour mieux organiser son travail et optimiser le temps passé auprès des femmes et des couples. Il y a des réponses à partager sur l'externalisation des tâches annexes, secrétariat, comptabilité, ménage... Il y a également de nouvelles actions à mettre en œuvre, telle une meilleure utilisation de nos logiciels dossiers, la gestion de courriers types extrayant facilement les données pour le correspondant visé.

Travailler en réseau est un défi quotidien ; chaque sage-femme doit s'attacher à communiquer plus et mieux afin d'améliorer la connaissance de notre profession et faire tomber les *a priori* de nos interlocuteurs. Pour ces mêmes raisons, l'ANSFL a souhaité faire partie des membres fondateurs de la Fédération des Soins Primaires, structure multiprofessionnelle créée en novembre 2016.

Enfin, certaines difficultés relèvent d'autres instances professionnelles et/ou des pouvoirs publics. L'ANSFL relance cette année la journée « *Porte ouverte dans les cabinets de sage-femme* » à l'occasion du 8 mars 2018<sup>1</sup>. C'est une opportunité pour chaque sage-femme de faire connaître nos compétences aux femmes et aux couples.

La communication entre les sages-femmes et les autres professionnels de santé est une des clés vers l'amélioration de nos conditions d'exercice. C'est sur ce thème que le conseil d'administration de l'ANSFL a choisi de travailler lors de notre prochain colloque à Nantes le 17 mars 2018 : « *Tout seul on va plus vite, ensemble on va plus loin* ». •

1. cf. <http://ansfl.org/8mars2018>

# Nébilia®



L'équilibre nutritionnel de Bébé au quotidien



**SANS HUILE  
DE PALME**

Enrichi en bifidus

Enrichi en oméga 3 et 6

Convient aussi en relais  
ou complément de  
l'allaitement maternel

Bénéficiez de -10% sur notre  
boutique internet\*  
avec le code promo

**PRONEB18**

Offre valable jusqu'au 31/03/2018

\*Sauf sur Nébilia® 1



Fabriqué en  
**FRANCE**



Matilia & Nébilia

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



## LES DOSSIERS

05

### OBSTÉRIQUE/MAÏEUTIQUE

La vascularisation  
utéro-placentaire

PROFESSEUR OLIVIER MOREL

Le placenta: entre déchet  
de la chair et symbolique  
du corps

MONIEL VERHOEVEN

Le devenir du placenta

HÉLÈNE DE GUNZBOURG

16

### PÉDIATRIE

Comportements et  
postures: un enjeu pour  
l'allaitement maternel

MARIE TOUZET & SIDONIE NYAMÉ

20

### GYNÉCOLOGIE/OBSTÉRIQUE

L'utilisation du Meopa dans  
les alternatives de la prise  
en charge de la douleur en  
gynécologie-obstétrique

PROPOS RECUEILLIS  
PAR BENOÎT LE GOEDEC

23

### SANTÉ PUBLIQUE

Réduire les inégalités  
professionnelles  
en réformant le  
congé de paternité

1<sup>re</sup> PARTIE

HÉLÈNE PÉRIVIER

27

### SCIENCES HUMAINES

THÈME  
VIOLENCES FAITES  
AUX FEMMES

Violences de genre:  
aspects légaux et sociétaux.  
Une vision européenne

DR BERNARD MARC

32

### HISTOIRE

Le roman, un matériau riche  
pour l'obstétrique

JÉRÔME JANICKI



# La vascularisation utéro-placentaire

Extraits de la thèse "Étude de la vascularisation utéro-placentaire par angiographie Doppler énergie tridimensionnelle. Évaluations fondamentales de la technique sur modèles expérimentaux de brebis et lapines gestantes, et évaluations cliniques préliminaires chez la femme enceinte", présentée et soutenue le 18 janvier 2012 par le Professeur Olivier Morel. Avec son aimable autorisation.

PAR PROFESSEUR OLIVIER MOREL, CHEF DE SERVICE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, MATERNITÉ DU CHRU DE NANCY

## HISTORIQUE

**L**e schéma anatomique actuel de la vascularisation utéroplacentaire est connu depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle. Les artères utérines se divisent pour donner des artères arquées, qui vont secondairement donner les artères radiales qui traversent le myomètre avant de se transformer en artères spiralées au niveau de l'endomètre. Des artères radiales naissent également des artères basales qui vascularisent l'endomètre profond (Figure 1) (Tsatsaris V. 2006).

Le sang maternel traverse le myomètre via les artères utéroplacentaires, remodelées par les cellules trophoblastiques et entre dans la chambre intervillosuse sous forme d'un jet produit par la pression artérielle maternelle. Le sang maternel circule ensuite autour des villosités placentaires permettant les échanges entre la mère et le fœtus. Le drainage vers la circulation maternelle systémique se fait via des plexus veineux myomériaux organisés en un système anastomotique. Cette circulation est schématisée dans la figure 2.

La confirmation que les cellules envahissant les artères spiralées sont bien d'origine trophoblastique date des travaux de Kaufmann et Stark en 1971 (Benirschke K 2000).

Quelques années plus tard, Brosens et al. confirmaient le rôle du trophoblaste extravilleux dans le remodelage de la vascularisation utéroplacentaire et démontraient, qu'en cas de prééclampsie, ce remodelage vasculaire est déficient aussi bien en étendue qu'en profondeur (Brosens, Robertson et al. 1970). Ce sont les premiers travaux émettant l'hypothèse d'un défaut de remodelage des artères spiralées par les cytotrophoblastes extravilleux dans la physiopathologie de la prééclampsie.

Quelques années plus tard, Hustin et Schaaps suggéraient qu'au premier trimestre de la grossesse, les cellules trophoblastiques endovasculaires forment des bouchons trophoblastiques (« plugs » trophoblastiques) empêchant le passage d'hématies fœtales dans la chambre intervillose (Hustin and Schaaps 1987).

Ainsi, durant le premier trimestre de la grossesse, la chambre intervillose est perfusée par un ultrafiltrat plasmatique. Cette théorie a été vivement critiquée, mais les récents travaux de Jauniaux et Burton ont confirmé l'hypothèse initiale de Schaaps et Hustin (Burton, Jauniaux et al. 1999; Jauniaux, Watson et al. 2000). En effet, au premier trimestre

de la grossesse, la cellule trophoblastique se développe en conditions d'hypoxie (Burton and Jauniaux 2001; Jauniaux, Watson et al. 2001). D'après Jauniaux et Burton, cette hypoxie est nécessaire à la survie de la cellule trophoblastique qui possède initialement peu de défenses antioxydantes (catalase, glutathione peroxidase, superoxyde dismutase). Cette hypoxie est rendue possible grâce aux bouchons trophoblastiques obstruant la lumière de la partie terminale des artères spiralées. Ces bouchons disparaissent progressivement vers 9-10 SA, ce qui permet une perfusion progressive de la

&gt;&gt;&gt;

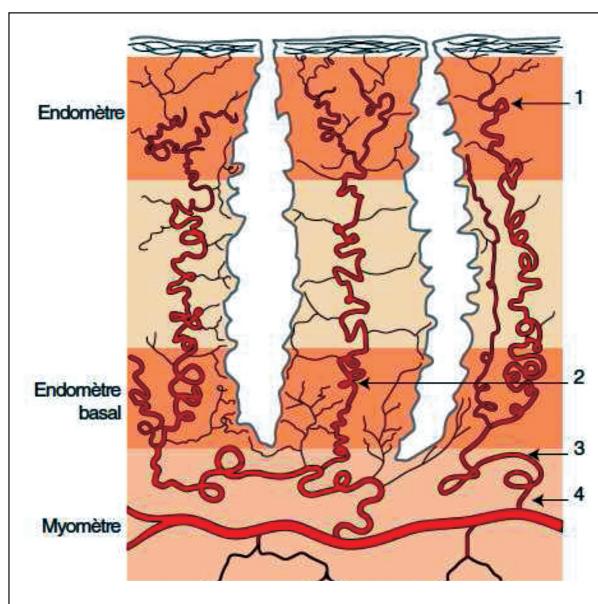


Figure 1 : schéma de la vascularisation artérielle de l'utérus humain non gravide.  
1. Artère spirale ; 2. artère basale ; 3. artère radiée ; 4. Artère arquée (Tsatsaris V. 2006).

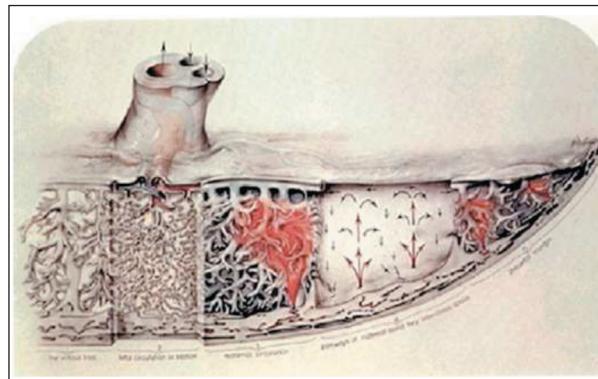


Figure 2 : schéma de la vascularisation utéroplacentaire selon Ramsey (d'après Ramsey et Harris, 1996).



chambre intervilloseuse et une augmentation progressive de la pression partielle en oxygène. Parallèlement, on observe une augmentation progressive des défenses antioxydantes. Jauniaux et Burton ont également démontré qu'une entrée prématuée de sang maternel dans la chambre intervilloseuse pouvait être responsable d'une interruption de la grossesse du fait de lésions oxydatives trophoblastiques (Greenwold, Jauniaux *et al.* 2003; Hempstock, Jauniaux *et al.* 2003).

## PHYSIOLOGIE DE LA CIRCULATION UTÉROPLACENTAIRE

Le sang maternel entre dans l'utérus via les artères utérines et les artères ovaries (Blackburn 2003). La proportion du débit cardiaque maternel qui va perfuser l'utérus et la chambre intervilloseuse augmente progressivement pouvant atteindre, en fin de grossesse, 20 à 25 % du débit cardiaque maternel. La croissance fœtale est directement dépendante de la perfusion de la chambre intervilloseuse par du sang maternel. Le débit utérin est estimé à 50 ml min<sup>-1</sup> vers 10 SA. Au fur et à mesure que la grossesse évolue, les besoins nutritionnels du fœtus augmentent. Le rendement fonctionnel du placenta augmente puisque le rapport du volume fœtal sur le volume placentaire passe à 6 : 1 en fin de grossesse. Le débit utérin est alors estimé à 600 ml min<sup>-1</sup> (Blackburn 2003). Cette augmentation considérable du débit utéroplacentaire est en partie liée à l'augmentation du débit cardiaque maternel global, mais surtout au remodelage de la paroi des artères utéroplacentaires. En effet, d'après la loi de Poiseuille, le débit d'un fluide dans un cylindre est proportionnel au rayon à la puissance 4. Toute variation de calibre des artères a donc des conséquences majeures sur la perfusion de la chambre intervilloseuse. En fin de grossesse, la chambre intervilloseuse contient environ 150 ml de sang maternel, volume qui est totalement renouvelé trois à quatre fois par minute. Il faut noter que, lors des contractions utérines, le débit utéroplacentaire diminue, mais le volume total de placenta reste constant, ce qui suggère que le volume total de sang maternel reste stable (le sang maternel n'est pas chassé hors de la chambre intervilloseuse lors des contractions utérines).

De ce fait, les transferts en oxygène de la mère au fœtus sont maintenus. Les modes circulatoires du sang maternel au sein de la chambre intervilloseuse sont très mal connus. Le sang maternel entre dans la chambre intervilloseuse sous forme d'un jet produit par la pression artérielle maternelle. Le sang maternel circule ensuite autour des villosités placentaires, permettant les échanges entre la mère et le fœtus. Le drainage vers la circulation maternelle systémique se fait via des plexus veineux myomériaux organisés en un système anastomotique. Cependant, la répartition des flux au sein de la chambre intervilloseuse et les mécanismes responsables du brassage du sang maternel ne sont pas connus. Ces phénomènes jouent cependant un rôle capital dans les échanges entre la mère et le fœtus.

## REMODELAGE VASCULAIRE UTÉRIN

Le remodelage des vaisseaux utérins est un processus physiologique crucial pour le bon développement et la

bonne croissance du fœtus. À la lueur des travaux actuels, les modifications de la vascularisation de l'utérus gravide peuvent être schématiquement divisées en trois étapes :

- le remodelage vasculaire myométrial indépendant de l'invasion trophoblastique ;
- le remodelage vasculaire induit par des facteurs diffusibles issus du trophoblaste extravilleux interstitiel ;
- le remodelage induit par une interaction directe entre le trophoblaste extravilleux et les composants de la paroi artérielle.

### ① REMODELAGE INDÉPENDANT DE L'INVASION TROPHOBLASTIQUE

Il semblerait qu'une partie des modifications vasculaires des artères spiralées au cours de la grossesse soit totalement indépendante des effets trophoblastiques. Les modifications initiales des artères utéroplacentaires comportent une désorganisation généralisée de ces artères avec une vacuolisation endothéliale, une désorganisation des cellules musculaires lisses et une dilatation lumineuse (Craven, Morgan *et al.* 1998; Kaufmann, Black *et al.* 2003). Ces modifications structurelles surviennent très précocement dès 5 SA avant le processus d'invasion trophoblastique et surviennent aussi bien dans la zone d'implantation que dans la portion déciduale non concernée par la placentation. Par ailleurs, ces modifications sont également retrouvées en cas d'implantation extra-utérine. Elles seraient dues à une activation du système rénine-angiotensine décidual ou à des facteurs hormonaux circulants maternels (Craven, Morgan *et al.* 1998; Kaufmann, Black *et al.* 2003).

Par ailleurs, une partie du remodelage vasculaire semble être induit par des facteurs diffusibles issus du CTEV, notamment des facteurs angiogéniques tels que le VEGF-A (*Vascular Endothelial Growth Factor*), le VEGF-C, ou le PIGF (*Placental Growth Factor*) et l'angiogénine. Enfin, l'hCG produit par les CTEV pourrait également jouer un rôle angiogénique utérin (Zygmunt, Herr *et al.* 2002; Zhou, Bellingard *et al.* 2003).

### ② REMODELAGE VASCULAIRE INDUIT PAR DES FACTEURS DIFFUSIBLES ISSUS DU TROPHOBLASTE EXTRAVILLEUX INTERSTITIEL

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la dilatation artérielle commence chez la femme avant l'invasion des artères par les trophoblastes (Craven, Morgan *et al.* 1998; Pijnenborg, Vercruyse *et al.* 1998). Ce remodelage associe un amincissement de la média et des dépôts fibrinoïdes au sein de la paroi artérielle (Kaufmann, Black *et al.* 2003). Ainsi, certaines études ont suggéré la synthèse et la sécrétion de vasodilatateurs tels que l'oxyde nitrique (NO) et le monoxyde de carbone (CO) par les cellules avoisinant les artères utérines. Par ailleurs, le cytotrophoblaste extravilleux sécrète des facteurs angiogéniques qui pourraient être impliqués dans le remodelage vasculaire. Le plus connu parmi eux est le *vascular endothelial growth factor A* (VEGF-A) (Ferrara and Davis-Smyth 1997; Carmeliet and Collen 1999; Carmeliet 2000). Le VEGF-A est sécrété par les cellules trophoblastiques de la villosité, ainsi que par les cytotrophoblastes extravilleux tout au long de sa voie



de différenciation dans l'utérus (Clark, Smith et al. 1998). Il pourrait donc être responsable de l'angiogenèse utéro-placentaire, soit par un mode paracrine (VEGF sécrété par le trophoblaste extravilleux), soit par un mode endocrine (VEGF sécrété par les trophoblastes de la villosité).

La cellule trophoblastique sécrète également du *placental growth factor* (PIGF), du VEGF-C, facteurs stimulant la survie endothéliale et le remodelage vasculaire. L'angiogénine est un autre facteur de croissance angiogénique produit par le trophoblaste extravilleux (Clark, Smith et al. 1998; Zhou, Bellingard et al. 2003).

Enfin, il a récemment été montré que l'hCG produite par les cytotrophoblastes vieux et extravilleux possède des propriétés angiogéniques similaires à celles du VEGF et que le récepteur de l'hCG (récepteur hCG/luteinizing hormone [LH]) est présent à la surface des cellules endothéliales des vaisseaux utérins (Zygmont, Hahn et al. 1998; Zygmont, Herr et al. 2002). Tous ces éléments suggèrent que des facteurs trophoblastiques sont directement impliqués dans des processus d'angiogenèse utérine et de remodelage des vaisseaux utérins indépendamment de l'invasion de la paroi des vaisseaux par les cellules trophoblastiques (Tsatsaris V. 2006).

### ③ REMODELAGE INDUIT PAR UNE INTERACTION DIRECTE ENTRE LE TROPHOBLASTE EXTRAVILLEUX ET LES COMPOSANTS DE LA PAROI ARTÉRIELLE

Le remodelage vasculaire par le trophoblaste (d'origine endovasculaire ou interstitielle) induit une interaction directe entre le cytotrophoblaste extravilleux et les composants de la paroi artérielle (cellules musculaires lisses et cellules endothéliales) comme l'ont bien démontré de nombreuses études histologiques (Brosens, Robertson et al. 1967; Pijnenborg, Dixon et al. 1980; Pijnenborg, Bland et al. 1983). Il en résulte une destruction de la paroi musculaire lisse de ces vaisseaux qui est remplacée par une substance acellulaire éosinophile.

### EXISTENCE D'UN SHUNT VASCULAIRE

Décrise pour la première fois en 2005 par Schaaps-Tsatsaris et al. (Schaaps, Tsatsaris et al. 2005), l'existence d'un shunt vasculaire placentaire localisé au niveau du myomètre a permis de remettre en cause le classique système en série artères spiralées – chambre intervilleuse, et doit nous amener à considérer différemment l'étude de la perfusion du myomètre en cours de grossesse (Figure 3).

L'existence d'anastomoses artérioveineuses myométriales a été montrée dès 1956 par des techniques de moulage vasculaire (Heckel and Tobin 1956). L'existence d'un shunt est également nécessaire dès lors que la théorie des plugs vasculaires est admise : le réseau vasculaire qui se développe précocement dans le myomètre constitue obligatoirement un shunt dès lors que la chambre intervilleuse n'est pas perfusée par du sang.

L'étude de la perfusion myométriale *in vivo* par techniques Doppler 3D a permis à Schaaps et al. de mettre en évidence un riche réseau vasculaire myométrial, situé dans la région sous placentaire et persistant tout au long de la grossesse (Figures 4 et 5).

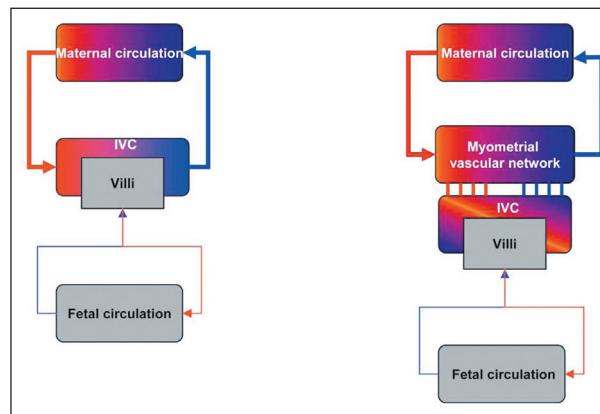


Figure 3 : shunt vasculaire myométrial sous-placentaire selon Schaaps et Tsatsaris. À gauche : schéma classique dit « en série » entre la circulation maternelle et la chambre intervilleuse (IVC). A droite : schéma dit « en parallèle » intégrant le système de shunt myométrial. (Schaaps, Tsatsaris et al. 2005).

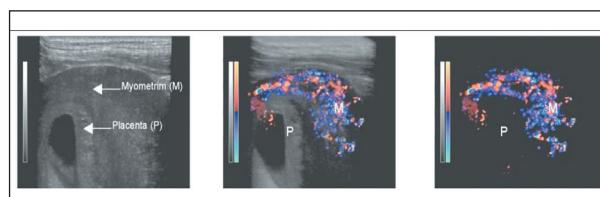


Figure 4 : utérus et placenta en échographie Doppler couleur 3D (premier trimestre). (D'après Schaaps - Tsatsaris et al.). L'acquisition 3D est couplée au Doppler, puis seul le signal Doppler est extrait. Un important réseau vasculaire anastomotique est mis en évidence au niveau du myomètre. (Schaaps, Tsatsaris et al. 2005).

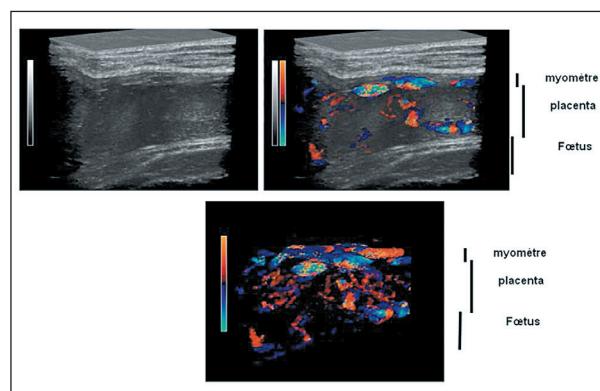


Figure 5 : utérus et placenta en échographie Doppler couleur 3D (2<sup>e</sup> moitié de grossesse). (D'après Schaaps - Tsatsaris et al.). L'acquisition 3D est couplée au Doppler, puis seul le signal Doppler est extrait. Un important réseau vasculaire anastomotique est mis en évidence au niveau du myomètre. (Schaaps, Tsatsaris et al. 2005).

Ces constatations ont été confirmées par d'autres approches : un moulage d'un utérus obtenu suite à une hystérectomie réalisée dans le post-partum immédiat a permis de montrer clairement l'existence d'une structure vasculaire type shunt. Il a été également montré par cathétérisme que le sang veineux utérin était moins désaturé en oxygène que le sang de la chambre intervilleuse, ce qui confirme l'existence d'un shunt artérioveineux sous placentaire (dans un système en série le sang veineux utérin serait le plus désaturé étant le plus en aval).



La placentation humaine, hémochorale, est caractérisée par une invasion majeure du trophoblaste dans la décidue et le myomètre, le conduisant au contact du sang maternel. La mise en place de la vascularisation utéro-placentaire est un phénomène complexe, et primordial pour le développement fœtal et le déroulement de la grossesse. Le développement des techniques d'étude des cellules trophoblastiques *in vitro* a permis l'obtention d'avancées majeures dans la

compréhension des phénomènes d'invasion trophoblastique et de remodelage vasculaire utéro-placentaire.

La mise en place de l'interface materno-fœtale reste incomplètement comprise. L'existence des plugs vasculaires, la mise en évidence récente de l'existence d'un shunt myométrial sous-placentaire doivent encore faire l'objet d'évaluations *in vivo* de ce système vasculaire utéro-placentaire. •

## BIBLIOGRAPHIE

- Benirschke K, K. P. (2000). "Pathology of the human placenta." New York : Springer-Verlag.
- Blackburn (2003). "Prenatal period and placental physiology." Blackburn ST, editor. Maternal, fetal, neonatal physiology. A clinical perspective. St-Louis : WB Saunders.
- Brosens, I., W. B. Robertson, et al. (1967). "The physiological response of the vessels of the placental bed to normal pregnancy." *J Pathol Bacteriol* 93 (2) : 569-579.
- Brosens, I. A., W. B. Robertson, et al. (1970). "The role of the spiral arteries in the pathogenesis of pre-eclampsia." *J Pathol* 101 (4) : Pvi.
- Burton, G. J., E. Jauniaux, et al. (1999). "Maternal arterial connections to the placental intervillous space during the first trimester of human pregnancy : the Boyd collection revisited." *Am J Obstet Gynecol* 181 (3) : 718-724.
- Burton, G. J. and E. Jauniaux (2001). "Maternal vascularisation of the human placenta : does the embryo develop in a hypoxic environment ?" *Gynecol Obstet Fertil* 29 (7-8) : 503-508.
- Carmeliet, P. and D. Collen (1999). "Role of vascular endothelial growth factor and vascular endothelial growth factor receptors in vascular development." *Curr Top Microbiol Immunol* 237 : 133-158.
- Carmeliet, P. (2000). "Mechanisms of angiogenesis and arteriogenesis." *Nat Med* 6 (4) : 389-395.
- Clark, D. E., S. K. Smith, et al. (1998). "Comparison of expression patterns for placenta growth factor, vascular endothelial growth factor (VEGF), VEGF-B and VEGF-C in the human placenta throughout gestation." *J Endocrinol* 159 (3) : 459-467.
- Craven, C. M., T. Morgan, et al. (1998). "Decidual spiral artery remodelling begins before cellular interaction with cytotrophoblasts." *Placenta* 19 (4) : 241-252.
- Ferrara, N. and T. Davis-Smyth (1997). "The biology of vascular endothelial growth factor." *Endocr Rev* 18 (1) : 4-25.
- Greenwald, N., E. Jauniaux, et al. (2003). "Relationship among maternal serum endocrinology, placental karyotype, and intervillous circulation in early pregnancy failure." *Fertil Steril* 79 (6) : 1373-1379.
- Heckel, G. P. and C. E. Tobin (1956). "Arteriovenous shunts in the myometrium." *Am J Obstet Gynecol* 71 (1) : 199-205.
- Hempstock, J., E. Jauniaux, et al. (2003). "The contribution of placental oxidative stress to early pregnancy failure." *Hum Pathol* 34 (12) : 1265-1275.
- Hustin, J. and J. P. Schaaps (1987). "Echographic [corrected] and anatomic studies of the maternotrophoblastic border during the first trimester of pregnancy." *Am J Obstet Gynecol* 157 (1) : 162-168.
- Jauniaux, E., A. L. Watson, et al. (2000). "Onset of maternal arterial blood flow and placental oxidative stress. A possible factor in human early pregnancy failure." *Am J Pathol* 157 (6) : 2111-2122.
- Jauniaux, E., A. Watson, et al. (2001). "Evaluation of respiratory gases and acid-base gradients in human fetal fluids and uteroplacental tissue between 7 and 16 weeks' gestation." *Am J Obstet Gynecol* 184 (5) : 998-1003.
- Kaufmann, P., S. Black, et al. (2003). "Endovascular trophoblast invasion : implications for the pathogenesis of intrauterine growth retardation and preeclampsia." *Biol Reprod* 69 (1) : 1-7.
- Pijnenborg, R., G. Dixon, et al. (1980). "Trophoblastic invasion of human decidua from 8 to 18 weeks of pregnancy." *Placenta* 1 (1) : 3-19.
- Pijnenborg, R., J. M. Bland, et al. (1983). "Uteroplacental arterial changes related to interstitial trophoblast migration in early human pregnancy." *Placenta* 4 (4) : 397-413.
- Pijnenborg, R., L. Vercruyse, et al. (1998). "Interaction of interstitial trophoblast with placental bed capillaries and venules of normotensive and pre-eclamptic pregnancies." *Placenta* 19 (8) : 569-575.
- Schaaps, J. P., V. Tsatsaris, et al. (2005). "Shunting the intervillous space : new concepts in human uteroplacental vascularization." *Am J Obstet Gynecol* 192 (1) : 323-332.
- Tsatsaris V., M. A. Fournier T., Handschuh K., Schaaps J.-P., Foidart J.-M., Evain-Brion D. (2006). "Placenta humain." EMC (Elsevier SAS, Paris), Gynécologie/Obstétrique 5-005-A-10.
- Zhou, Y., V. Bellingard, et al. (2003). "Human cytotrophoblasts promote endothelial survival and vascular remodeling through secretion of Ang2, PIGF, and VEGF-C." *Dev Biol* 263 (1) : 114-125.
- Zygmunt, M., D. Hahn, et al. (1998). "Invasion of cytotrophoblastic JEG-3 cells is stimulated by hCG *in vitro*." *Placenta* 19 (8) : 587-593.
- Zygmunt, M., F. Herr, et al. (2002). "Characterization of human chorionic gonadotropin as a novel angiogenic factor." *J Clin Endocrinol Metab* 87 (11) : 5290-5296.



# Le placenta : entre déchet de la chair et symbolique du corps

PAR MONIEL VERHOEVEN, ANTHROPOLOGUE CULTURELLE

Dans cet article nous proposons quelques réflexions sur un corps qui meurt à chaque naissance : le placenta. La naissance se termine avec sa mort. Ayant été le premier organe créé dans un délicat échange entre le corps de la mère et de son embryon, il reste pendant toute la grossesse l'organe transitoire par excellence. Après la naissance du bébé, il arrive au monde comme un délivre, un post-partum. Avoir protégé la vie de la mère et du bébé pendant toute la grossesse, son sort est radical : il meurt et finit comme une « chose », pire, comme un « déchet ». Aussi bien dans le regard médical que selon le statut juridique, le placenta est défini comme un déchet anatomique opératoire après l'accouchement, un « fragment humain non aisément identifiable » (Article R1335-1, Code de la Santé Publique).

**C**omme le sang de cordon, le placenta appartient ainsi à la catégorie des « *tissus, cellules et produits humains prélevés à l'occasion d'une intervention médicale* » (Loi 94-654, article 6, 29 juillet 1994; Meyer, 2012: 2).

Cette appellation va encore plus loin, en mettant l'accent sur le fait que ce déchet anatomique humain appartient à la classe des « *déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés* » (DASRI). Le placenta est donc plein de risques sanitaires, dangereux pour l'environnement direct et donc à jeter et à incinérer selon des critères bien précis. Il n'est pas plus que la dernière trace de la délivrance anatomique et même symbolique. Entièrement encadré dans une approche hygiénique, il finit comme un rejeton sale, impur, dégoûtant pour les sens, à désinfecter au maximum. Ainsi, le placenta doit être mis à l'écart, doit être éliminé. « Son "corps matière" ne devient même pas "corps matériau" » (Boileau, 2000 : 5).

Cependant, ce regard médical et juridique pousse vers l'ombre d'autres aspects du placenta, étant en fait un organe créé dès le début de la conception et jouant un rôle vital de survie de la mère et de l'enfant pendant toute la grossesse. Il est aussi bien une plateforme d'échange entre la mère et l'embryon qu'une barrière protectrice pour ces deux êtres. Ainsi, il reste peut-être même l'organe et le tissu le plus mystérieux de la grossesse.

Des études anthropologiques, historiques et médicales montrent que son

statut n'est pas toujours fini au moment de la naissance. Il sera le protagoniste de pratiques rituelles pour établir des liens de parenté. Son traitement engendre un registre des actes symboliques, donnant progressivement une place au nouveau-né dans la filiation.

La demande de garder le placenta étant quasi inexistante dans des contextes hospitaliers, l'intérêt de donner un statut et une place revient à travers des phénomènes assez marginaux comme la placentophagie ou les demandes des femmes souhaitant procéder à un accouchement plus « naturel ». En étudiant les rites autour du placenta dans d'autres cultures, l'anthropologie espère pouvoir contribuer à un regard plus profond : les dynamiques entre le réel de l'accouchement et ses représentations imaginaires et symboliques après la naissance.

Les sages-femmes, les gynécologues, les matrones et les membres de la famille peuvent se retrouver comme des intermédiaires dans des pratiques concrètes et symboliques qui ont pour but de rassurer le statut du nouveau-né, de sa mère et de leur lignage.

L'intérêt pour l'aspect rituel du placenta semble avoir un caractère un peu décadent. Dans des contextes de services de maternité et grossesses à haut risque des hôpitaux en Europe, la priorité est bien évidemment la survie de la mère et du nouveau-né, si nécessaire via les outils de haute technologie.

Dans des maternités de pays en développement, ces mêmes survies sont au

coeur d'accompagnement. Les conditions et méthodologies d'accouchement sont souvent très simples et de temps en temps même rudes, vu le manque de moyens, nous explique la sage-femme Sylvia Picqué, exerçant dans la maternité et grossesses à haut risque de l'hôpital Erasme à Bruxelles. Elle a pu observer les réalités difficiles et courageuses des sages-femmes et des mères, sur le terrain en RDC, en étant membre de l'ASBL Solidarité Bukavu. Les priorités y seront d'abord une amélioration des équipements, de la formation des sages-femmes africaines et d'accompagnement des soins aux mères et aux enfants.

Kichou Kirkpatrick, ancien chef de clinique en obstétrique à l'hôpital ULB à Bruxelles, constate que le placenta n'est pas toujours jeté. Il sera gardé pour plus de recherches en cas des pathologies de la mère ou de l'enfant. Les demandes peuvent aussi venir de la part des laboratoires de recherche pour la conservation de cellules-souches. Pourtant les mères le réclament très rarement. Il serait intéressant, suggère-t-elle, de voir ce que les futurs parents en pensent et donc d'aborder l'aspect affectif et rituel plus en détail dans des entretiens.

## LE PLACENTA : UN LIEN SYMBOLIQUE

Se poser la question si le placenta est plus qu'un déchet, et peut-être même un élément rituel fédérateur, pose la question de ses multiples significations



culturelles. Dans plusieurs cultures, cet organe, qui meurt à la naissance, engendre en même temps une nouvelle vie. De la chair morte, il devient la métaphore principale du corps, du corps social plus précisément.

Ayant joué un rôle transitoire et même celui d'une rupture définitive entre ces deux personnes, il n'est même plus de la chair. La naissance est un rite de passage: est-ce que le placenta n'en est pas l'objet transitoire le plus essentiel ? Les regards artistiques et linguistiques nous aident à voir immédiatement deux métaphores: celle de la galette et celle de l'arbre. La fonction nourricière du placenta est traduite par l'appellation de « galette ». *Placenta* en latin signifie « galette » ou « gâteau »; le mot grec « *plakéos* » le signifie également.

Les biscuits offerts à la naissance en forment peut-être encore une modeste trace.

En Brabant-Wallon (Belgique), Sylvie Picqué se souvient: « *on pourrait encore trouver dans les années 1960 des personnes marginalisées où le placenta était mangé* ».

Natascha Köchli, sage-femme également en Belgique, et intégrant des éléments de « naturo-thérapies » dans son accompagnement, écrit: « *Je me souviens d'une maman qui avait vraiment eu beaucoup de peine : d'un projet à domicile, elle a dû passer en peu de temps à un déclenchement pour hydramnios sévère qui a tourné en césarienne d'urgence pour décolllement de placenta et souffrance fœtale. Elle a obtenu, deux jours plus tard, que son mari lui cuisine une bonne partie du placenta. Je me souviendrai toujours de ses pleurs au téléphone quand elle me racontait sa tristesse, et de sa phrase « ça m'a fait tellement de bien de le manger ! C'était tellement bon. Et j'ai été apaisée, comme si je m'étais réapproprié une partie de mon accouchement !* » (témoignage par e-mail, décembre 2017).

Les arts visualisent le placenta également comme un arbre, enraciné dans la terre, protégeant et portant des fruits. L'Europe dite « païenne » connaît plusieurs rites d'enterrement du placenta, accompagné de la plantation d'un arbre. Ces rites n'avaient pas seulement pour fonction de saluer la santé du bébé et de sa mère, mais protégeaient aussi

contre des manipulations maléfiques, d'un ordre magico-religieux. Des mères européennes et américaines réclament aujourd'hui parfois encore ces mêmes rites. Chez la tribu berbère des Aït Khebbach au Sud-est marocain, le nouveau-né est essuyé et enduit d'huile par une femme, pendant qu'une autre femme enterre le placenta. Ce lieu est connu par elle seule. Ceci est nécessaire car le placenta est souvent utilisé dans des préparations magiques, considérées comme très néfastes (*Tillard, 2003 : 132*). Ces premiers soins doivent protéger aussi bien la mère que son bébé contre les maléfices divers qui peuvent arriver juste après l'accouchement. Le mauvais œil peut avoir plusieurs visages.

Une autre gynécologue témoigne: « *En Guinée, on donnait le placenta aux parents après la naissance, afin que les « mauvais esprits » ne puissent pas faire de mal via le placenta* » (e-mail, décembre 2017).

## LE PLACENTA: DÉBUT DE LA FILIATION

Les recherches anthropologiques, aussi fragmentées qu'elles soient encore, mettent au cœur du regard le rôle symbolique du placenta. L'arrivée du placenta signifie que la naissance biologique est terminée. Progressivement le bébé naît à la société. Les rituels utilisent le placenta comme début de la naissance culturelle. Des rites assez divers existent, liés à la terre, au bois, à l'eau, au vent, au feu.

Le placenta devient le premier objet transitoire et symbolique pour définir la filiation et ses représentations. Il sera le premier intermédiaire pour établir des liens de parenté. Dans ces rapports souvent complexes et implicites, son enterrement est le début de la filiation. Le placenta peut être vu comme le gémeau du nouveau né, son frère (ou sœur) aîné, ou frère cadet. En tout cas, le placenta représente quelqu'un qui protège et respecte le nouveau-né durant sa vie. C'est pour cette raison qu'il doit être traité avec soin et avec respect: il sera lavé, traité à travers des rituels et accompagné par des prières, par exemple dans diverses parties de la Malaisie ou de l'archipel indonésien. À Java, le bébé aura deux frères: un frère aîné étant l'esprit du liquide amniotique ; le cadet dans l'esprit du placenta (*Meyer, 2012: 20*).

Dans les communautés des pêcheurs en Amarung (Nord Sulawesi), il est vu comme le « frère cadet spirituel » et, après des soins rituels, enterré dans le jardin de la famille. Le fait de l'enterrer proche de la maison, aidera l'enfant plus tard à ne pas oublier ses racines. À cet endroit, on plante souvent un arbre. Le type d'arbre aidera à développer des qualités spécifiques de la personnalité de l'enfant: le cerisier pour fortifier la douceur, la finesse dans les paroles, le chêne pour devenir solide, robuste.

On peut l'enterrer avec des petites feuilles écrites afin que l'enfant maîtrise l'écriture plus tard. Le mettre dans la mer peut faire de lui un bon marin, ou le protéger contre une noyade (*Jenkins, 2005 : 119-20*). Des morceaux séchés du cordon ombilical peuvent être mis dans des pochettes pour protéger l'enfant contre des maladies, ou contre des friction dans la famille.

Le placenta ne protège pas seulement le nouveau-né, mais aussi sa mère. Pour protéger la santé de celle-ci, il sera enterré tel quel, ne sera pas exposé à des « endroits dangereux ». Il peut être brûlé ou incinéré pour éviter que le froid envahisse la mère. Cet organe peut aussi être utilisé pour traiter l'infertilité ou pour évoquer des nouvelles grossesses chez d'autres femmes.

Il peut, au contraire, aussi être utilisé pour éviter une nouvelle grossesse chez la mère ou pour éviter des conflits intrafamiliaux. Si l'endroit où le placenta est enterré est découvert, celui-ci peut même être utilisé pour évoquer de la sorcellerie contre la famille entière.

Un témoignage d'une sage-femme belge qui a travaillé en Afrique, nous apprend que dans le Nord du Bénin et dans le Sud du Cameroun, les femmes Fons enterrent leurs placentas à un endroit stratégique où elles pourront se recueillir par la suite si elles deviennent infertiles (information par e-mail, décembre 2017).

## LE PLACENTA COMME LE DOUBLE: FRATERNITÉ ET RIVALITÉ

Au lieu de cibler ces connotations symboliques comme seulement « magico-religieuses », il est important d'en comprendre avec plus de finesse les attentes et les non-dits dans ces contextes culturels propres.



Le placenta et son sang peuvent être vus comme impurs selon des interprétations culturelles et religieuses liées au sang, mais aussi comme un « lien de sang » qui crée justement des liens de fraternité. Comme chaque pratique symbolique, ces connotations peuvent changer suite à des raisons sociales multiples, comme la migration, les changements des regards médicaux et autres. Elles peuvent être réinventées et manipulées pour des raisons diverses, comme les demandes des femmes pour des formes d'accouchements plus intimes. Si marginales et excentriques qu'elles semblent être, elles continuent à nous interroger sur le statut complexe du placenta.

Que peuvent dire tous ces rites, au premier regard si diversifiés ? Le placenta a deux faces : une qui s'insère à la paroi de l'utérus ; de l'autre est issu le cordon ombilical, relié à l'embryon. Quelle symbolique pouvons-nous lire dans cette double face du placenta ? Une séparation entre la mère et le nouveau-né ? Est-ce que l'ensevelissement et l'enterrement du placenta créent un lien entre la naissance

et la mort ? Comment cette première tombe est-elle liée à la naissance d'une identité du bébé et sa filiation ?

Chaque naissance est un rite de passage, la promesse d'une entrée dans une culture, un univers avec d'autres. Traiter le placenta dans cet acte peut être compris comme un comportement rituel, un acte qui aide à gérer les angoisses et donc à nous rassurer. À travers ces actes rituels, un lien entre le placenta, le nouveau-né et son environnement sera créé. Le fait que le placenta est vu comme un gémeau, un frère (ou sœur) ainé ou cadet, amène à la logique des liens de la lignée. Le placenta, avec sa double face, doit être enterré, enseveli ou traité encore autrement. Pourquoi ?

L'anthropologue René Girard nous a montré comment l'autre risque de devenir un danger, un rival et finalement le double. L'autre désire ce que nous désirons. Cependant l'objet désiré par l'autre est en manque et c'est seulement à travers un conflit, par la rivalité, qu'on croit pouvoir l'obtenir. Ce conflit risque d'augmenter et les rivaux deviennent

alors des doubles. Seulement par la mort du rival, c'est-à-dire de celui qui désire ce que l'autre a, la paix sociale peut être rétablie. La personne tuée est vue comme le coupable, le bouc émissaire. Afin que cette paix soit structurelle, ce bouc émissaire sera ensuite honoré comme premier héros civilisateur, comme fondement de la culture. Le placenta, à travers ses formes rituelles diverses et souvent définies comme protection contre « le mal », semble ainsi être ce bouc émissaire et « héros civilisateur » en même temps. Il devient l'objet transitoire principal entre l'imaginaire, le réel et le symbolique d'une culture.

Les pratiques rituelles d'ensevelissement, d'enterrement et autres, lui attribuent une nouvelle vie : à travers sa mort, le placenta ressuscite ainsi comme pacificateur d'une communauté. •

*Avec mes remerciements chaleureux à Kichou Kirkpatrick, Sylvie Picqué, Anneke Vercoutere et Natascha Köchli pour leur confiance, leur ouverture d'esprit et leurs aimables contributions.*

## RÉFÉRENCES

- Belmont, N. (2003), *Naissance (anthropologie)*. In : Encyclopédie Universalis France.
- Boileau, C. (2000), *Prélèvements et transplantations d'organes et de tissus : de la thérapeutique à l'imaginaire social*. Thèse de doctorat d'anthropologie sociale et culturelle. Université de Bordeaux II.
- Boileau, C. (2002), *Controverses institutionnelles et sociales autour du sang placentaire recueilli à des fins thérapeutiques*. In : Journal des anthropologues (en ligne) : Vol. 88-89 : 123-38. www.jda.reviews.org/2851
- Bonnemère, P. (2000), *Le traitement du placenta en Océanie. Des sens différents pour une même pratique*. In : Sciences sociales et santé, Vol. 18 (septembre) : 29-35.
- Brodsky, P.L. (2008), *The control of Childbirth : Women versus Medicine throughout the Ages*. Jefferson NC, McFarland.
- Carles, G. (2014), *Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique*. In : Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de Reproduction, Vol. 43, n° 4 : 275-280.
- Coyle, C.W., Hulse, K.E., Wisner, K.L., Driscoll, K.E., Clark, C.T. (2015), *Placentophagy : therapeutic miracle or myth ?* In : Archives of Women's Mental Health, Juin.
- Désveaux, E. (1998), *Le placenta ou le double mort du nouveau-né* (en ligne). In : Journal de la Société des Américanistes. Tome 84, n° 1 : 211-217. www.persee.fr/doc/jsa\_0037-9174\_1998\_num84\_1\_1778
- Dozon, J.-P. (2001), *Les modèles de prévention*. In : Fassin D. & Dozon J.P., Critique de la santé publique. Paris, Balland : 23-46.
- Durfour, R. (1988), *Femme et enfantement, sagesse dans la culture Inuit*. Québec, Papyrus.
- Fiossi-Kpadounou, E., Kpadounou, G.T., Azon-Kouanou, A., Aflya, M.G. (2015), *Placenta processing : sociocultural considerations and impact on the future of child in Benin*. In : Journal of Child and Adolescent Behavior, n° 3 : 1-7.
- Géard, M.L. (2003), *De la naissance au septième jour. Rituels féminins et temps suspendu (tribu berbérophone du Sud-est marocain)*. In : Ethnologie française, 2, Tome XXXVII : 131-139.
- Gelis, J. (1984), *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne XVI<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> siècle*. Paris, Fayard.
- Gläuser, A. (2009), *The placenta's second life*. Master of Science in Science Writing, MIT.
- Heyes, C (2016), *Placenta-eating and the Epistemology of Ignorance*. In : Atlantis. Critical Studies in Gender, Culture and Social Justice, Vol. 37/2, 111-21.
- Jenkins, G., Sugarman, J. (2005), *The importance of cultural considerations in the promotion of ethical research with human biologic material*. Elsevier Inc. In : J Lab Clin Med 145/3 : 118-24.
- Jones, E., Kay, M. (2003), *The cultural anthropology of the placenta*. In : The manner born : birth rites in cross-cultural perspective. Dundes, L., ed. Walnut Creek CA, Altamira Press : 99-116.
- Lavery, J.-P. (1987), *The human placenta*. Clinical perspectives. Rockville : Aspen Publishers.
- Loux, F. (1978), *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*. Paris, Flammarion.
- Martin, C. (2005), *Le placenta. Autrefois vénéré, aujourd'hui oublié ?* In : Les Dossiers de l'Obstétrique, n° 334 : 27-28.
- Meyer, D. (2012), *Le placenta des uns et des autres*. Mémoire. Université de Nantes, UFR de Médecine, École de Sages-femmes.
- Mytnik B., Rousseau D. (2008). *De l'exil à l'enfantement, liens racinaires, liens placentaires*. In : Le Journal des psychologues, 6, n° 259 : 62-64.
- Pizzi, M., Fassan M., Cimino M., Zanardo V., Chiarelli S. (2012), *Realdo Colombo's « De Re Anatomica » : the renaissance origin of the term « placenta » and its historical background*. In : Placenta, 33/8 : 655-57.
- Proust, C. (2010), *L'« objet placentaire » et le mythe de l'enfant-placenta, futur héros civilisateur*. In : Eres/Le Coq-Héron », 4, n° 203, 108-113. www.cairn.info/revue-le-coq-heron-2010-4-page-108.htm
- Rivière, C. (1990), *Union et procréation*. Paris, L'Harmattan.
- Saura, B. (2000), *Le placenta en Polynésie française : un choix de santé publique confronté à des questions identitaires*. In : Sciences sociales et santé, Vol. 18 (septembre) : 67-100.
- Selander, J., Cantor, A., Young S.M., Benyshiek, D.C. (2013), *Human Maternal Placentophagy : A Survey of Self-Reported Motivations and Experiences Associated with Placenta Consumption*. In : Ecology of Food and Nutrition 52/2 : 93-115.
- Sharp, L.A. (2000), *The commodification of the body and its parts*. In : Annual review of anthropology, Vol. 29 : 287-328.
- Tillard, B. (2002), *Des familles face à la naissance*. Paris, L'Harmattan.
- Tillard, B. (2004), *Le placenta : entre oubli familial et investissement médical*. In : Face à face). www.journals.openedition.org/faceface/371
- Verdier, Y. (1979), *Façons de dire, façons de faire*. Paris, Gallimard.
- Verdier, Y. (1990), *La femme qui aide et la laveuse*. In : Jolas T., Pingaud M.C., Verdier Y., Zonabend F., Une campagne voisine. Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme : 322-327.
- Verhoeven, M. (2016), *Cet enfant ressemble à qui ? De la rivalité mimétique à la liberté*. In : Les Dossiers de l'Obstétrique, n° 464, décembre : 5-9.
- Young, S. M., Benyshiek, D. C. (2010), *In search of human placentophagy : a cross-cultural survey of human placenta consumption, disposal practices and cultural beliefs*. In : Ecology of food and nutrition 49/6 : 467-84.



# Le devenir du placenta

PAR HÉLÈNE DE GUNZBOURG, SAGE-FEMME, PHILOSOPHE

## SOUVENIR DE SAGE-FEMME

**J**e me souviens d'un temps, avant l'apparition du sida, de la crainte de la contamination par les produits sanguins (même si nous connaissions le risque de la transmission du virus de l'hépatite C), avant l'obsession de l'infection nosocomiale, où le placenta était considéré à la fois comme un déchet et comme un produit économiquement utile, sinon pour la science, du moins pour l'industrie cosmétique. Nous gardions ces placentas dans de grands congélateurs, et parfois même dans les réfrigérateurs où nous entreposions nos repas. Tout se mêlait, la nourriture, le placenta, le résidu de la naissance à laquelle nous venions d'assister, le jumeau placentaire de l'enfant qui venait de naître. Nous vivions en bonne intelligence avec ces placentas avant de les laisser partir pour une destinée inconnue, où ils seraient transformés en produits de beauté. Je me souviens que personne ne posait de question sur cet étrange traitement.

## QUE FAIRE DU PLACENTA ?

Quels sont les choix de l'humanité pour l'objet résiduel de sa vie utérine, quelle place occupe-t-il dans notre mémoire symbolique, dans nos désirs ? Comment la réalité contemporaine, médicale et technicienne qui s'est emparée de la naissance, avec son obsession utilitariste, transforme cet abandon primordial en élimination d'un déchet, objet excrément ? L'acte de séparation du nouveau-né et de son enveloppe nourricière, avec la section du cordon ombilical et l'expulsion du placenta et de ses membranes hors du corps maternel, est passé sous silence ou presque.

Le mot lui-même n'est pas sans nous rappeler la symbolique nourricière du placenta, un gâteau<sup>1</sup>, une galette plate et ronde, qui doit être incorporé, transformé, métabolisé peut-être avant de disparaître pour qu'advienne l'enfant. La plupart des femelles mammifères, même herbivores, mangent leur placenta après l'expulsion, la chamele présente d'ailleurs une exception notable. S'il est fréquent, dans différentes cultures, d'enterrer le placenta, il est rarissime pour des humains de manger le placenta. Tabou de l'anthropophagie.

Même la vision de ce morceau de chair humaine, qui pourrait ressembler à de la viande – du foie par exemple – provoque le plus souvent un dégoût profond. La plupart des femmes, après l'accouchement, préfèrent ne pas le regarder, et leur conjoint quitte la salle de naissance pour assister aux soins

1. Placenta, du grec *plakous*, du latin *placenta*, *placentae* : gâteau ou galette. Dans les langues d'origine germanique comme l'allemand, le norvégien, le danois ou le néerlandais, le signifié du placenta reste le même, un gâteau maternel, *der Mutterkuchen* en allemand.

du nouveau-né, au moment de la délivrance, laissant la sage-femme procéder tranquillement à cet acte fondamental que personne ne doit voir.

L'objet tabou, l'objet sacrificiel et sacré que devient le placenta après la délivrance peut être consommé cependant sous sa forme symbolique de gâteau. La tradition de la galette des rois, garnie de sa fève ou de son baigneur en porcelaine et qui se partage juste après le temps symbolique de la naissance de l'enfant, en est un signe persistant. Nous retrouvons les gestes rituels de la sage-femme qui pétrit et étire le placenta entre ses mains comme si elle voulait mouler une pâte essentielle, ou façonner, donner forme à cet être que l'enfant vient juste de quitter et qui était une partie de son âme.

• **Dans la mythologie indienne** de la période terminale des Vedas, la déesse Aditi, ancêtre de tous les êtres, met au monde une masse de chair informe, le placenta, devant lequel elle est saisie d'horreur, et qu'elle retailla aussitôt afin de le façonner, c'est ainsi qu'apparaît Martanda, le premier mortel qui devient la conscience puis dieu lui-même en demeurant à l'origine de la race humaine. Les chutes de cette masse informe de placenta sont ensuite façonnées par les dieux qui les ont recueillies, afin de donner naissance à l'éléphant Ganesha, qui est ainsi un résidu du premier homme et de la conscience initiale. Mythes qui font référence à la boue, à la terre comme élément premier de la création de l'homme. Le mythe d'Aditi et de son placenta primordial, fait référence aussi au dégoût que provoque le placenta, masse informelle, et au reste, au résidu, qui précède l'apparition de la conscience humaine,

• **Chez les Dogons du Mali**, la création se fait à partir d'un œuf à deux placentas qui contiennent chacun des jumeaux. Du premier placenta, Yurugu, le renard pâle, sort avant terme. Pour régner au plus vite sur la création, il vole des graines façonnées par Amma, le dieu primordial, ainsi qu'un morceau de placenta où il espérait retrouver sa jumelle. Mais celle-ci a été confiée par Amma aux deux autres jumeaux Nommo, issus du second placenta. Le morceau de placenta ainsi dérobé par Yurugu devient alors la terre à laquelle il s'unit commettant ainsi le premier inceste, qui rend la terre impure et stérile. Afin de lui rendre sa fertilité, Amma est obligée de sacrifier un des jumeaux Nommo (cf. *Encyclopédie des symboles*, La Pochothèque, 1996).

Nous retrouvons dans ce mythe, les thèmes du double avec la gémellité, de la rivalité mimétique primordiale et du sacrifice qu'aborde René Girard, de la recherche de son autre après la première séparation de l'œuf primordial (cf. *Le mythe du Banquet* de Platon).



## LA PERSISTANCE DES RITES

Le placenta, parcelle de l'âme humaine, objet résiduel de sa formation, compagnon ou double éphémère de l'enfant, était aussi souvent enterré. Ce rite, selon les cultures et les régions, devait le lier à sa communauté en le séparant de ce résidu de la vie utérine, assurer sa longévité en célébrant le début du cycle de la vie, ou encore l'enraciner dans la terre de ses ancêtres ou de ses dieux, initiant ainsi une géolocalisation de la maisonnée à venir. La plantation d'un arbre en ce même lieu faisait souvent partie du rituel. Cette cérémonie pouvait aussi célébrer le départ du jumeau, ou du frère, que représentait le placenta, et l'honorer tout en protégeant le nouveau-né du malencontreux retour de cet esprit. Ces rituels, comme celui de l'enterrement du placenta, avec toutes les invocations, les prières et les tabous de plus en plus complexes qui y sont liés, sont toujours en rapport avec le mythe d'une cosmologie originelle qu'il s'agit de retrouver ou de restaurer, lorsqu'un nouvel enfant vient de naître<sup>2</sup>.

L'occultation du placenta, nous le voyons, ne fait nullement disparaître la persistance du mythe qui s'y associe, d'autant que le mystère demeure sur sa fonction symbolique. Issu du corps maternel dans le sang et les excréments, il est destiné à disparaître, double obsèque de l'enfant, parcelle corruptible représentant déjà la mort, il sera traité comme un cadavre ou un déchet. Mais, double de son âme, créature de l'œuf originel, ou progéniture d'une première déesse féminine fécondée, jumeau bienfaisant ou persécuteur, parcelle de la terre ancestrale, ou fantôme des esprits anciens, il doit être enterré rituellement, et vénéré, afin de garantir la vie et la fécondité à ce nouvel arrivant, afin de le prémunir contre l'errance ou de l'attacher à sa communauté.

Le retour du mythe dans les sociétés occidentales peut se lire dans ces tentatives contemporaines de consommation du placenta, exposées et médiatisées sur internet. Nous pouvons même voir émerger un placent'art, nouvel avatar de l'enterrement rituel, difficile à réaliser dans les grandes métropoles où le sol est anonyme et la terre inaccessible et surtout dépourvue d'esprit (s) : une empreinte de placenta sur une feuille. Enduit de peinture verte, son empreinte figure le feuillage d'un arbre, et le cordon brun symbolise alors le tronc ; c'est un arbre de vie.

2. SAURAT Bruno, « Enterrer le placenta : l'évolution d'un rite de naissance en Polynésie française ». La persistance de la coutume de l'enterrement du placenta et d'une partie du cordon ombilical, a conduit les actuels dirigeants politiques de la Polynésie française à accepter la restitution du placenta aux familles qui le demandent, même si l'accouchement a lieu dans la capitale Papeete, loin du village natal. Le terme qui désigne le placenta signifie « noyau de terre », destiné à retourner à la terre et à relier l'enfant à la terre primordiale et à la parcelle de terre à laquelle il appartiendra. Pour que l'enfant ne soit pas destiné à rester un « fruit à la dérive » ou une « graine en attente », son placenta doit être enterré. Un arbre fruitier est généralement planté au même endroit. La plupart des familles enterreraient ainsi le placenta, dans leur jardin, leur cour. En effet le placenta était porteur à la fois de valeur dite négative liée à la féminité, le sang, la corruption, le déchet, et à une valeur dite positive, le lien à la terre. Mais la signification de ce rite tend à changer, devenant presque une revendication d'identité, un racialisme, ou identification à une race, autochtone, contre les Occidentaux, ou d'autres populations qui seraient étrangères à cet archipel, à cette terre.

*Le placenta, parcelle de l'âme humaine, objet résiduel de sa formation, compagnon ou double éphémère de l'enfant, était aussi souvent enterré.*

## LA FIN D'UN TABOU?

Mais il semble que le tabou soit en passe d'être levé. Tout ce qui est consommable peut être consommé, et l'interdit disparaît si la société accorde à ses membres un droit de propriété sur leur corps ou ses éléments. Avant d'être un déchet, le placenta peut devenir un aliment, ou un alicament<sup>3</sup>, puisqu'il peut aussi être conditionné sous forme de gélules, ou de potion alcoolisée, censées tout soigner chez la mère comme chez l'enfant, de la dépression du post-partum, jusqu'aux affections virales les plus graves.

Sur différents sites internet, en effet, à la rubrique *Placentophagie*, nous pouvons trouver, en anglais surtout, des recettes variées pour préparer un plat à base de placenta humain. Il contient d'excellents nutriments, des prostaglandines, des immunoglobulines, des oxytociques, du fer bien sûr, et des protéines qui aideront la jeune accouchée à se prémunir contre l'infection, à bénéficier d'une meilleure involution utérine et d'une lactation précoce, et à éviter, dit-on, la dépression du post-partum. Son compagnon et ses proches peuvent partager ce repas totémique, la consommation des âmes des ancêtres en se les appropriant, en toute sécurité. À condition que le placenta soit cuit afin d'éviter la contamination par le VIH ou l'hépatite C.

## LA LOI, DÉCHET OU PRODUIT UTILE?

### • Article L.672-1 du Code de la santé publique, loi du 29 juillet 1994, art. 12, 13 et 14 :

*« Les tissus, cellules et produits humains prélevés à l'occasion d'une intervention médicale, et le placenta sont soumis aux seules dispositions des articles [...] relatives au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, l'assistance à la procréation, et au diagnostic prénatal, c'est-à-dire information, anonymat et gratuité. »*

### • Article L.1245-2 du Code de la santé publique, loi 2004-800 du 6 août 2004, art. 12, qui traite spécifiquement des résidus opératoires, représente cependant un progrès par rapport au vide juridique antérieur : une information et une absence d'opposition sont exigées :

*« Les tissus, les cellules et les produits du corps humain, prélevés à l'occasion d'une intervention chirurgicale pratiquée dans l'intérêt de la personne opérée, ainsi que le placenta, peuvent être utilisés à des fins thérapeutiques ou scientifiques, sauf opposition exprimée par la patiente après qu'elle a été informée des finalités de cette utilisation. »*

*« Cette disposition vise les résidus opératoires lorsqu'ils sont conservés en vue d'une utilisation ultérieure. En effet*

3. Un Alicament (néologisme de l'industrie agroalimentaire), combine les propriétés d'un aliment et d'un médicament.



ces résidus humains sont normalement détruits au même titre que tous les déchets d'activité de soins, c'est même une obligation édictée par l'article R. 44-2 du Code de la santé publique, à laquelle l'article L. 1245-2 fait exception. »

L'utilisation du placenta et du cordon à des fins thérapeutiques ou de recherche n'exige donc pas le consentement éclairé de la patiente, une information et une absence d'opposition suffisent.

Le placenta est ainsi considéré, tantôt comme une source potentielle de contamination virale et assimilé à un déchet hospitalier à risque infectieux (DASRI), recueilli et traité comme tel, tantôt comme un produit précieux qu'il faut au contraire prélever avec tout le soin nécessaire, car il contient des cellules-souches fœtales et peut s'avérer utile pour soigner des leucémies, des lymphomes, des maladies génétiques<sup>4</sup> ou pour faciliter les greffes en cas de brûlures graves.

Des banques de sang de cordon ombilical privées commencent à se constituer en marge de l'éthique officielle, profitant du flou actuel de la loi, des contradictions concernant le traitement du placenta et du cordon, et de l'ignorance du public concerné. Le prélèvement de sang placentaire et sa conservation à des fins thérapeutiques dites autologues, c'est-à-dire en vue d'une éventuelle utilisation ultérieure de ce produit pour le sujet lui-même, ou un de ses proches, ne sont pas à l'heure actuelle librement autorisés en France, en dehors des autorisations officielles données par le directeur général de l'Afssaps<sup>5</sup>. Certains députés s'en inquiètent, et proposent une modification de la loi, d'autant que d'autres pays européens<sup>6</sup> autorisent cette pratique et que les laboratoires privés font pression.

## LE DÉNI DES MYTHES ET DES RITUELS CONTEMPORAINS AUTOUR DU PLACENTA, QUESTION ÉTHIQUE

- **Le placenta dangereux** qu'il faut éliminer, qui peut souiller car il vient du corps féminin, objet tabou comme le sang dont il est le fruit et le messager. Impur, il doit retourner à la terre comme un cadavre. Le placenta, jumeau maudit, qui peut comme tout autre objet partiel du corps (ongles, cheveux), être utilisé à des fins magiques.
- **Le placenta vertueux**, qui protège l'âme de l'enfant, qui le guérit et le sauve en le reliant à la terre de ses ancêtres s'il est enterré et vénéré comme le veut la coutume.

Si le placenta devient un objet utile pour l'économie médicale, alors il est investi par la femme qui vient d'accoucher comme un élément de son corps qui pourra servir à d'autres fins, comme un don d'elle-même et de son enfant qu'elle pourra accorder à la souffrance d'un autre inconnu, elle peut le reconnaître comme précieux. Elle a droit à l'information sur le devenir de son placenta. Elle le donne malgré elle, mais ce don valorise son placenta et soulage sa conscience

4. Aplasies médullaires, hémoglobinopathies sévères, défauts congénitaux du système immunitaire.

5. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, cf. article L1245-5 du code de la santé publique.

6. Angleterre, Allemagne, Espagne, Belgique et Pologne.

**Le prélèvement de sang placentaire et sa conservation à des fins thérapeutiques dites autologues, c'est-à-dire en vue d'une éventuelle utilisation ultérieure de ce produit pour le sujet lui-même, ou un de ses proches, ne sont pas à l'heure actuelle librement autorisés en France...**

de cet abandon d'une part d'elle-même et de son enfant, de cet ami inconnu qu'elle abandonne à l'utilitaire économique ou scientifique.

Notre civilisation, selon la formule de Lacan, est celle des déchets. Mais toutes ces parcelles de monde, qu'elles soient, pour reprendre la distinction aristotélicienne, de l'ordre de la *phusis* ou de la *tekhnè*, qu'elles soient matières vivantes en décomposition, mettant en danger la vie humaine soit par la production de substances toxiques, soit par la projection symbolique comme la menace du cadavre et de la putréfaction, ou bien qu'elles soient fixes ou inertes, sont désormais traitées dans une grande entreprise dialectique de rejet et de recyclage. Elles passent par des états intermédiaires et en fonction de la charge symbolique qu'elles représentent pour notre culture, leur transformation est décidée, mise en acte par la volonté humaine et sa technique.

Récupéré ou détruit, brûlé, incinéré, enterré, ou transformé en objet de vénération culturelle, le déchet ne retourne pas à la nature si facilement.

Le placenta ferait-il partie de ces êtres abjects<sup>7</sup>, ceux qui inspirent du dégoût, qui doivent être jetés loin de soi, séparés, éloignés ? Mais en même temps, comme pour toute transformation d'êtres naturels, c'est de ce dépitissement que vient la naissance d'un autre être et cette séparation engendre la vie.

Si le placenta est déchet, s'il a chu au moment de la délivrance, est-il un morceau de l'œuf, un fragment insignifiant ou une partie représentant le tout ? Entre-t-on avec lui lorsqu'il devient déchet dans la catégorie du cadavre dont la vie est partie ? Nous ne pouvons rien abandonner, et nous vivons loin de la nature, nous n'avons plus vraiment une relation intime et singulière avec elle, c'est ainsi que le traitement des déchets est confié à la collectivité en tant que personne morale, à elle de gérer cet immense recyclage de manière technique avec ses instruments.

Le placenta, qui n'est nullement un objet épave de la technique mais un pseudo-déchet du corps humain est cependant traité de cette manière et cette confusion brouille encore un peu plus l'accès à la symbolique placentaire qui demeure cependant en vie dans cet enfouissement généralisé. Si le placenta entre dans la catégorie du cadavre, accepterons-nous qu'il soit traité comme un déchet ou devrait-il être honoré comme une partie d'humanité appelée à mourir ? La confusion entre cadavre humain et déchet, entre reste humain et déchet demeure, sur le plan éthique et symbolique, une question difficile, d'autant qu'elle a donné lieu historiquement à de sombres et dramatiques transgressions. •

7. Cf. lat. *abjectus* : ce qui est jeté loin.



Merci...

# CALMOSINE

## Allaitement

Bien allaiter  
et être épanouie

pour les  
mamans



- 1 Améliore et stimule la production de lait grâce au **FENUGREC**.
- 2 Réduit la fatigue grâce au **MAGNÉSIUM** et contribue à la vitalité grâce au **CYNORRHODON**.
- 3 Détend et relaxe grâce à la **PASSIFLORE**.

EN PHARMACIE - Code 3664391000000

Complément alimentaire aux extraits de plantes BIO.  
Ne se substitue pas à une alimentation variée et équilibrée et à un mode de vie sain.

Pour plus d'information (composition, conseils d'utilisation) consulter notre site internet.

Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière. [www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr)

SERVICE CONSOMMATEURS

0 810 400 003 Service 0,06 € / min + prix appel

[www.laudavie.com](http://www.laudavie.com)

Laboratoires  
**LAUDAVIE**

Les Plantes au service de la Famille



# Comportements et postures : un enjeu pour l'allaitement maternel

PAR **MARIE TOUZET**, KINÉSITHÉRAPEUTE & **SIDONIE NYAMÉ**, INFIRMIÈRE PUÉRICULTRICE  
SERVICE DE NÉONATOLOGIE ET MATERNITÉ DE PORT-ROYAL

L'allaitement du nouveau-né répond à l'un de ses besoins fondamentaux, mais il se trouve parfois perturbé lors de situations particulières comme une naissance prématurée ou une pathologie nécessitant une hospitalisation. Dans ces situations un accompagnement spécifique pour la prévention des troubles de l'oralité et de l'alimentation est mis en place. Cependant, même si l'enfant est bien portant, il arrive également que certains aspects de son bien-être, comme l'alimentation, méritent d'être suivis et accompagnés. Même si toutes les conditions semblent réunies pour la réussite d'un allaitement, certains nouveau-nés vont adopter des postures ou des variations de tonus difficiles à gérer pour les parents. Lors de la tétée, de nombreuses mères se trouvent alors démunies et en difficultés avec leur bébé malgré les nombreuses informations et connaissances qu'elles ont à disposition. Face à ces moments fragiles, où les parents ne savent plus comment agir, les soignants peuvent apporter un soutien précieux et faciliter ainsi la mise en place de la parentalité.



## COMPORTEMENTS OBSERVÉS DU CÔTÉ DU NOUVEAU-NÉ

**C**haque nouveau-né a, et acquiert, un comportement qui lui est propre. Celui-ci va évoluer avec le temps grâce à la maturation de ses différents systèmes (autonomes, moteur, sommeil/veille, interaction, autorégulation), mais aussi avec son environnement et les réponses de celui-ci à ses besoins.

Certains nouveau-nés ont des réserves énergétiques faibles qui leur permettent de garder un tonus et une motricité juste dans la norme. Ils ont un éveil limité ou de courte durée. Lorsqu'ils sont en capacité de s'éveiller, leur attention est peu alerte ou peu endurante. Le sommeil est un besoin fondamental qui permet au nouveau-né de récupérer de l'énergie. Il peut être également un refuge par rapport à la situation (sollicitations inadaptées ou absentes, dépression de la maman qui se répercute par voie sensorielle sur le nouveau-né...). Ce comportement va avoir de façon indirecte une incidence sur l'alimentation. En effet, bien souvent cela va entraîner une faible recherche de succion, une succion peu efficace ou bien une succion de qualité mais peu endurante.

À l'inverse, d'autres nouveau-nés peuvent être hypvigilants, à l'affût de chaque sollicitation et avec une forme d'attention en hyper-alerte. Cela peut se retrouver dans le rythme du sommeil, avec un sommeil de durée insuffisante

ou de mauvaise qualité. Souvent les phases de réveil sont sans transition, et accompagnées de pleurs vifs. Lors de l'éveil, le regard peut se fixer et s'accrocher pour trouver un moyen de stabiliser les sensations internes difficiles à gérer pour le bébé. Une prédominance à l'hypertonie se retrouve dans ce type de comportement, avec un bébé qui peut être, lors de l'éveil, avec une posture de la colonne soit très érigée, en hyperextension soit en hyperflexion. Les mouvements des membres de ces bébés sont souvent hypertoniques, parfois comme figés et parfois saccadés, réalisant de façon symétrique des quadriflexions ou bien des hyperextensions (photo ci-dessus). Ces bébés auront peu de mouvements variés et de motricité libre, mais plutôt une motricité symétrique liée à leurs réflexes. En plus de ce type de comportement, le bébé peut chercher à téter sans arrêt, de façon frénétique, avec le besoin de mettre en permanence ses mains à la bouche ou de s'agripper sans y parvenir et finissant par se griffer involontairement le visage.

Certains bébés vont alterner de façon intermittente et à différents niveaux d'intensité les comportements précédemment décrits. Cela se fera en fonction de leurs ressources, du moment et de l'aide qu'ils auront pu obtenir de leur environnement. Ils vont alors passer, sans transition, d'un état à un autre, que ce soit d'un point de vue du tonus, de la posture, de l'éveil, du sommeil, de l'attention ou de la motricité.

La difficulté pour le bébé est de trouver un équilibre dans son comportement afin d'éviter une stagnation prolongée dans l'une de ces situations. Ainsi l'impact sur son bien-être, son alimentation et son développement sera positif.

De ce fait, l'accompagnement des parents aux besoins de leur bébé permet de modérer et de faire évoluer les comportements du nouveau-né vers des états plus équilibrés et adaptés avec plus de transition entre chacun d'eux.



## DU CÔTÉ DES PARENTS ET DE LA MAMAN QUI ALLAITE

La difficulté des parents face au comportement de leur bébé va générer du stress, une perte de confiance en leurs capacités à s'occuper de leur nouveau-né. Cela aura pour conséquence de modifier leur propre motricité, leur attitude, leur façon de manipuler et de prendre contact avec leur bébé.

Or, l'apprentissage de l'allaitement nécessite un environnement serein aussi bien physique que psychique et il peut être mis à mal dans certaines conditions, avec un accordage entre le bébé et sa maman plus difficile s'il n'est pas accompagné de façon individualisée.

Ces difficultés interrogent particulièrement les parents.

Hormis les pathologies du bébé ou les problématiques d'allaitement fréquemment rencontrées, il ne faut pas négliger certains éléments, qui peuvent être à l'origine de ces difficultés :

- Un accouchement difficile peut entraîner un manque d'énergie du nouveau-né dans les quelques jours qui suivent la naissance. Le respect du sommeil réparateur et notamment des phases de sommeil profond est donc essentiel à ce stade.
- Des tensions musculaires persistantes voire des contusions de certains tissus du nouveau-né suite à des pressions, étirements, malpositions, postures prolongées in utero, ou bien lors des manipulations et passage de certaines zones anatomiques de la maman à la naissance (accouchement par voie basse difficile, césarienne, utilisation de matériels d'extraction, rétention tête dernière, circulaire...).
- Un encombrement nasal.
- L'inconfort digestif (transit lent ou accéléré, érythème fessier, gaz, éructations, rejets...).
- L'inconfort sensoriel (tactile, auditif, gustatif, visuel, olfactif...).
- Un environnement thermique inadapté.
- Une attitude comportementale de retrait face à des besoins non satisfaits de façon répétée avec, en réponse, un comportement hypo ou hypertonique selon le bébé.
- Un réflexe d'éjection fort du côté de la maman.
- Un état dépressif maternel ou des difficultés psychologiques.
- Un environnement maternel stressant (familial, social etc.).

## QUELLES CONSÉQUENCES ?

### DU CÔTÉ DU BÉBÉ

Dans le cas où le bébé est peu éveillé, et ne rentre pas en contact avec son environnement, il limite ses propres expériences, ce qui nuit à la mise en route de son apprentissage, notamment au niveau alimentaire. Cette situation peut entraîner un risque d'hypoglycémie et de malnutrition.

*A contrario*, dans les comportements d'hypertonie, il peut y avoir une augmentation des recherches de succion menant à des comportements de « remplissage » lors des tétées.

Dans les deux situations, le transit peut être modifié (en étant plus lent ou plus rapide, majoration des gaz...) et parfois un reflux peut s'installer ou être majoré.

La position spontanée du bébé, la façon de le maintenir ou tout impact sur les muscles, tissus et la mobilité articu-

***Si les réponses de la maman sont adaptées aux besoins du bébé, un cercle vertueux va s'établir, favorisant dans un premier temps la mise en place du couple mère/bébé.***

laire du rachis cervical et de la mandibule vont également modifier la succion.

Si le bébé se trouve dans une position d'hyperextension ou bien d'hyperflexion de son rachis et notamment cervical, les répercussions sur la position, la tonicité et la vigilance du système oro-pharyngé perturbent la bonne réalisation de la tétée. Cette perturbation s'exprime, soit par une absence de succion, soit par une mauvaise coordination (suction, déglutition, respiration), soit par une diminution de l'endurance ou de l'intensité de la succion.

La répétition d'expériences difficiles ou désagréables pour le bébé dans son apprentissage va entraîner une attitude de retrait qui, par conséquent, renforce des schémas posturaux et comportementaux défavorables.

### DU CÔTÉ DE LA MAMAN

La maman qui se retrouve face à des difficultés pour manipuler son bébé va probablement ressentir une perte de confiance en elle, avoir des comportements inadaptés, arrêter l'allaitement.

Ces difficultés peuvent également aboutir à une perturbation de la mise en place de l'allaitement maternel.

Aussi, la qualité de l'accompagnement autour de ces moments difficiles est essentielle. En effet, si les réponses de la maman sont adaptées aux besoins du bébé, un cercle vertueux va s'établir, favorisant dans un premier temps la mise en place du couple mère/bébé puis, par voie de conséquence, un allaitement serein et durable.

Ainsi, les capacités de succion et de déglutition du bébé seront facilitées et aboutiront à une alimentation autonome.

### REPÉRER ET PRÉVENIR, QUELS MOYENS ?

Il a été prouvé que le rapprochement mère-bébé par le peau à peau précoce et prolongé favorise l'allaitement maternel. Il importe de l'encourager et apparaît donc comme un acte soignant majeur.

Afin de favoriser un contexte d'allaitement maternel pérenne, il est important de prévenir les situations à risque en les repérant précocement.

Cela peut se faire par l'écoute active et bienveillante de la maman et, avec son accord, par l'observation de la tétée et de la relation mère-enfant.

Ces moments permettent de **repérer la ou les difficultés**.

Dans un premier temps, une personne expérimentée dans ce domaine, formée à l'observation fine et à la communication verbale et non verbale, va observer et accompagner un temps d'allaitement. Grâce à ce repérage, des moyens individuels et adaptés à chaque couple mère bébé pourront être mis en place. En fonction de la situation et des besoins, des référents allaitement et oralité (sage-femme,



## PÉDIATRIE

kinésithérapeute, orthophoniste, puéricultrice, infirmière, psychomotricien, auxiliaire de puériculture, aide-soignant) pourront intervenir autour de cet enfant et de ses parents.

Ces interventions seront le fruit d'une réflexion de l'équipe, dans un souci de cohérence et de continuité. Dans tous les cas, l'accompagnement et la guidance parentale passent par une **information objective des parents**. Des supports d'information écrits peuvent les aider. Les soignants seront à l'écoute des choix des parents, sans jugement. L'information peut également passer par l'instauration de réunions entre les parents et les professionnels, autour de thèmes comme la naissance, l'allaitement, le portage, la sortie du bébé de la maternité.

Le soutien de l'allaitement passe par une prise en charge globale des parents. À ce titre, il repose parfois sur la consultation d'un psychologue et d'une assistante sociale. La communication de l'ensemble de l'équipe peut être facilitée par des réunions hebdomadaires pluridisciplinaires. La continuité de ce travail est assurée en ville, par un relais avec les réseaux de prise en charge périnatale, la PMI ou les associations.

Bien sûr, cet accompagnement nécessite le développement de compétences particulières du personnel soignant.

La formation interne de tout le personnel accompagnant les familles peut être réalisée par l'actualisation régulière des connaissances sur l'allaitement et l'oralité. L'usage de matériels tels que tire-lait, dispositifs d'aide à l'allaitement, tasse, seringue en fonction des difficultés rencontrées, doit être connu des soignants.

La mise en place de groupes de travail sur cette problématique apparaît comme un moyen de promouvoir l'allaitement et l'oralité. Ces groupes de travail créent des supports, tels que des documents de recueil de données sur l'allaitement maternel et l'oralité des bébés, des fiches de suivi d'observation et des pratiques effectuées, la rédaction de fiches ou livrets explicatifs individualisés à visée des soignants et des parents.

Ainsi, ces regards croisés seront une aide uniquement si un travail d'équipe cohérent se met en place autour de la maman et de sa famille. Il sera alors très précieux et soutenant.

## EN PRATIQUE

### ÉCOUTE ACTIVE ET OBJECTIVE

L'écoute active sans jugement et une communication adaptée, valorisante et sincère vont permettre d'affiner les connaissances sur les besoins de la maman et sur son allaitement dans l'instant.

L'art du questionnement non intrusif et bienveillant renseigne précisément le soignant sur les connaissances, les besoins, les désirs de la maman, c'est-à-dire ce qu'elle souhaite pour elle et son bébé.

Cette communication utilise des moyens comme la reformulation et les questions ouvertes. Elle permet d'affiner l'objectif de la maman avec son bébé afin de les accompagner sur ce chemin. Cela évite un sentiment d'abandon ou de soumission de la maman à une seule et unique façon de faire, qui serait l'ultime solution. Elle empêche la perte de l'estime de soi et la dépendance au soignant. Si le soignant trouve la juste distance et instaure un climat de confiance, il autorise alors la maman à extérioriser ses émotions, à

**L'art du questionnement non intrusif et bienveillant renseigne précisément le soignant sur les connaissances, les besoins, les désirs de la maman.**

exprimer ses demandes, ses questionnements, sa façon de voir, incluant ses connaissances, sa culture et ses croyances.

Le soignant, riche de ces informations, peut donc continuer à guider qualitativement chaque difficulté rencontrée, au cas par cas et petit pas par petit pas. De cette manière, il se place comme un guide facilitateur dans l'atteinte de l'objectif et fait ainsi émerger les capacités de la maman, sa créativité, son savoir-faire, son autonomie.

Le chemin de l'allaitement se fera donc parfois avec des détours nécessaires à la réussite du projet.

L'objectif visé est ainsi un choix éclairé de la maman, étayé par les conseils du soignant pour qu'il soit atteignable et qu'il cible le bien-être du bébé et de sa mère.

Dans ces conditions, la position aidante du soignant est de se considérer comme quelqu'un qui va accompagner l'élaboration du projet de la maman avec son bébé, plutôt que comme détenteur du savoir en imposant ses connaissances et sa façon de percevoir l'allaitement.

### LA POSITION DU SOIGNANT DANS L'ÉCHANGE

Lorsque la maman ne l'exprime pas, le soignant peut verbaliser ce qu'il pense à propos du ressenti de celle-ci en utilisant le « je » pour commencer ses phrases (« *j'ai l'impression que vous êtes déçue, que se passe-t-il ?* »).

Cela va permettre à la mère d'évoquer ses sentiments pour faire tomber ses tensions et pouvoir ensuite se recentrer sur son bébé.

Le soignant reste à chaque instant en pleine écoute de la réponse. Il reste serein et peut évoquer que d'autres mamans rencontrent des situations semblables. Il s'appuie sur les dires et les réflexions de la maman et ils cherchent ensemble des solutions qui lui conviennent ainsi qu'à son bébé.

N'apprend-on pas mieux ce que l'on a décidé d'apprendre ?

Il importe de rester toujours positif, de la laisser faire et, lorsqu'elle trouve les solutions, de la valoriser. Ceci conduit à alterner des consignes libres et des propositions. Si la maman essaye différentes pratiques, il est utile de relever ce qui fonctionne dans ce qu'elle fait.

Le rôle du soignant est d'accompagner la maman à créer des opportunités. Pour perfectionner les positions, il est préférable d'utiliser certaines formulations comme « *dans quelles positions auriez-vous envie de vous installer pour que votre bébé soit plus confortable pour téter ?* » ou « *pour que vous soyez plus à l'aise ?* ».

En effet, chaque maman trouve ses propres solutions. Elle prend ainsi confiance en elle tout au long de l'apprentissage et peut s'autonomiser sur le long terme. Le soignant s'appuie sur les connaissances et les compétences de chacune en s'y adaptant. Il les aide uniquement là où elles en ont besoin, sans pression, et évite ainsi que les mamans culpabilisent.

Rappeler et se rappeler que c'est en faisant et en identifiant ce qu'il se passe que l'on apprend. Ainsi il est possible de trouver des solutions adaptées.



## LE POSITIONNEMENT DU BÉBÉ ET DE LA MAMAN

Parfois une attitude positionnelle du rachis cervical ou bien un torticolis du bébé peut être observé lors de l'allaitement. Il sera nécessaire alors de traiter les zones de tensions du bébé par un kinésithérapeute spécialisé en périnatalogie.

Une position de non-contrainte (c'est-à-dire dans laquelle il se sent confortable, ne cherche pas à en changer et s'adapte pour téter) lors de l'allaitement est préférable tant que persiste cette gêne.

Cependant, certaines positions d'allaitement peuvent soulager les tensions à la fois du bébé et de la maman.

Lorsque la position « en Madone », la plus classique, est difficilement réalisable du fait du comportement du bébé ou bien des difficultés de la maman, d'autres positions sont envisageables.

Il est possible en effet d'accompagner la maman à remédier au manque de tonus ou à l'hyperextension de son bébé en lui proposant différentes positions. Pour les bébés avec un éveil et un tonus de courte durée, les positions en ballon de rugby ou à califourchon peuvent être proposées. En effet, ces installations plus verticales stimulent la tonicité et la vigilance du bébé. Enfin, pour les bébés avec une hyperextension ou avec peu de tonus, la position maman allongée sur le côté, le bébé face au sein est possible. Sinon, une position associant la madone inversée et la louve peut tout à fait convenir. Celle-ci apporte un soutien de qualité au nouveau-né en abaissant les tensions dans le corps de la maman. Le soignant veillera également au confort et à la protection du dos de la mère, tout en sachant que dans cette position, c'est cette dernière qui doit aller vers son bébé pour lui proposer le sein (*photo ci-contre*).

Le nouveau-né jusqu'à environ 3 mois est sous l'effet de ses réflexes primaires qui vont l'emmener vers l'extension lors de dystimulations. Pour s'apaiser, le bébé va tenter de se regrouper, mais pour ce faire, il a besoin de points d'appuis. S'il les trouve, il pourra enrouler son bassin et stabiliser sa colonne. Cette notion est à prendre en considération et à transmettre à la maman par l'observation et la pratique. Bien souvent les mamans pensent que leur bébé s'écarte d'elles et l'interprètent parfois de façon négative : « *mon bébé ne m'aime pas* » « *je suis une mauvaise mère, je n'arrive pas à l'allaiter* » « *mon lait n'est pas bon* ».

Or, le stress provoqué par cette situation va s'amplifier et sera délétère pour l'allaitement.

Tout comme le stress du bébé va modifier sa motricité, il en est de même pour la maman. Ses émotions vont figer ses mouvements ou les rendre moins coordonnés.

De ce fait, elle peut être déstabilisée devant un bébé ayant un comportement hypotonique ou hypertonique et se retrouver avec des difficultés de manipulations et d'installation.

De plus, les émotions que vit la maman vont se répercuter dans son toucher, sa posture, son comportement, sa température... L'incidence sur le bébé d'une main plus tendue, de prises plus appuyées ou d'un contact trop souple avec peu de prise et sans maintien suffisant (maman déprimée), peut amplifier les réactions de retrait du nouveau-né. Il ne trouve pas alors les appuis et contacts adaptés et nécessaires pour ses besoins de soutien, d'enveloppement et de sensation de sécurité et de confort.



Néanmoins, il existe des façons de soutenir la tête du bébé qui diminuent l'hyperextension de la tête lorsqu'il est au sein. Il s'agit de la main détendue positionnée dans la partie basse de la nuque, sans dépasser la ligne passant par le milieu de l'oreille.

En outre, il est intéressant de rechercher et d'alterner les positions afin de trouver celles qui correspondent le mieux à chaque instant pour le couple mère-bébé. Le fait de rechercher une position et de la faire changer apprend à la maman à manipuler son bébé, à lui donner confiance. Donc, le rôle du soignant se situe dans l'accompagnement gestuel uniquement si nécessaire. *Faire avec et non à la place* aura là toute son importance.

Tout comme le bébé, la maman peut présenter des tensions.

Au même titre que l'émotion a une répercussion sur la posture, changer de position peut atténuer les réactions corporelles au stress. Cet aspect est intéressant à prendre en compte pour favoriser la détente de la maman. Par exemple, l'enroulement du bassin et le relâchement des trapèzes sont propices à l'apaisement.

Par ailleurs, il est important de faire participer le conjoint et de relever l'importance de son rôle. L'utilisation du massage pour le bien-être du bébé et de la maman, qui va favoriser la détente et améliorer la lactation, est une solution. La participation à l'organisation (commande du tire-lait, matériels à apporter, prise de rendez-vous avec la sage-femme, le kiné...) est aussi un autre soutien. Le conjoint se sent ainsi acteur dans l'allaitement et soutenant pour sa femme et son enfant.

## CONCLUSION

En situation d'allaitement, les comportements du bébé, de la mère et de l'entourage ont une influence sur la réussite de celui-ci. En effet, l'allaitement nécessite un accordage physique et psychique du duo mère-bébé. Toutes perturbations, quelles qu'elles soient, doivent être prises en compte par le soignant qui devra alors, en plus de ses connaissances, développer des compétences de savoir-faire et de savoir être. Une écoute et une communication adaptées et de qualité sont des atouts majeurs de l'accompagnement de cet allaitement. C'est un enjeu d'autant plus important dans le contexte hospitalier actuel où les sorties sont de plus en plus précoces. •



# L'utilisation du MEOPA dans les alternatives de la prise en charge de la douleur en gynécologie-obstétrique

**REPORTAGE AU CHU DE ROUEN**

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME

*Le service de gynécologie obstétrique du CHU de Rouen a entamé depuis longtemps une réflexion large sur la prise en charge de la douleur des femmes sur l'ensemble de ses secteurs d'exercice. Bien que maternité de niveau 3, effectuant 2 779 naissances en 2016, avec le recrutement et la nécessité technique y affairant, des alternatives sont proposées aux femmes : de la déambulation à la pose de l'analgésie péridurale, en passant par l'hypnose, le massage ou l'acupuncture. Des ateliers yoga, de coaching sportif, de portage en écharpe et de massage bébé y sont aussi proposés.*

*L'utilisation du MEOPA en salle de naissance, urgences, suites de couches et chirurgie gynécologiques fait partie de ces alternatives proposées.*

**Madame Isabelle LEVY, Cordonnatrice sage-femme nous raconte le chemin de cette mise en place et les bénéfices pour l'ensemble des acteurs de son service.**

**L**e point de départ se situe il y a quelques années. Un CLUD-GO s'est créé. Ce CLUD était spécifique à notre secteur, à la gynécologie-obstétrique. Y participaient : un anesthésiste, des infirmières, des aides soignantes, des sages-femmes, un psychologue, et on se réunissait une fois par mois pour discuter sur les prises en charge de la douleur, les différentes alternatives.

La prise en charge de la douleur nous interpellait. S'est dégagée alors une vraie réflexion sur le secteur de la naissance et des autres (gynécologie, chirurgie de l'endométriose par exemple...).

Parallèlement à cette mise en place, Madame Mengui, d'Air Liquide, est venue me voir. Nous utilisions le distributeur de protoxyde d'azote depuis cinquante ans, sans nous pencher sur la réglementation. Là, nous avons tout mis à plat et reconstruit nos pratiques.

On a pu avoir des bouteilles de Kalinox<sup>®</sup> de façon bien encadrée sur le plan administratif et réglementaire.

Et a démarré avec le CLUD une réflexion sur son utilisation dans le service de gynécologie, par exemple pour l'ablation d'un redon, des fils...

Moi, en salle de naissance, je n'allais évidemment pas arrêter cette alternative.



On l'utilise chez les patientes qui veulent une péridurale mais qui arrivent très tôt dans leur travail, pour éviter la seule alternative du tout ou rien, c'est-à-dire soit la péridurale, soit rien du tout dans ce tout début de travail... Pour les patientes qui ne veulent pas de péridurale aussi, même si leur projet est plus construit, bien préparé par la préparation à la naissance, réfléchi... Et si toutes ne vont pas jusqu'au bout, nous essayons de les accompagner avec une offre autre et au maximum pour le traitement de la douleur.

Mais c'est aussi utilisé en salle de naissance pour d'autres actes : réfection d'une déchirure périnéale par exemple chez une femme ayant accouché sans analgésie péridurale.

Cela permet aussi aux sages-femmes d'avoir d'autres réponses préalables à la péridurale pour ces femmes qui souhaitent accoucher sans, mais qui perdent pied à un moment donné.

La démarche est beaucoup plus globale que la simple utilisation de produit pharmaceutique.

Nous avons aussi des sages-femmes formées à l'hypnose, à l'acupuncture. Tout cela fait que nous arrivons à une prise en charge plus spécifique.

C'est un travail en amont surtout. Si ces sages-femmes formées sont en salle de naissance, elles peuvent pratiquer.

Nous avons aussi décliné l'utilisation du MEOPA dans le service d'hospitalisation obstétricale : les suites de couches notamment.

Ce groupe a développé une réglette d'EVA spécifique à ce temps-là de l'obstétrique. De fait, en fonction de cet index de l'EVA, on utilise le MEOPA. Et une sage-femme a développé cette utilisation pour les patientes ayant un soin d'épisiotomie douloureuse par exemple.

De là, on l'a déployé aussi sur les urgences gynécologiques et obstétricales.

Alors, le MEOPA devient utilisé là où il n'y avait rien... et où la prise en charge de la douleur n'avait pas été pensée, face à celle exprimée lors de l'accouchement et avec, dans



les salles de naissance, plusieurs possibilités de prises en charge.

C'est passé dans les habitudes. En salle de naissance tout le monde y pense ; aux urgences, les infirmières y pensent... pour les médecins qui changent souvent de poste.

Nous n'avons pas fait d'évaluation mais nous constatons que les patientes vont tout de suite mieux quand on pratique un acte sensible avec le soutien du MEOPA.

Les soignants en salle de naissance ont été formés, même si cela ne changeait pas leur pratique car les anciens systèmes d'administration du protoxyde d'azote étaient déjà proposés par les sages-femmes aux femmes. Le passage au MEOPA n'a donc pas été difficile. Les sages-femmes se sont rendu compte qu'avec les bonnes pratiques d'utilisation du MEOPA, Kalinox<sup>°</sup>, l'analgésie était plus durable, de meilleure qualité. Mais attention, nous n'utilisons pas le Kalinox<sup>°</sup> pour faire attendre une femme et différer la pose de périderale qu'elle souhaite et qui est réalisable...

L'avantage du passage au MEOPA et de cette formation est que cela a été mieux cadre, mieux utilisé.

Cette possibilité est présentée aux femmes en consultation d'anesthésie. En préparation à la naissance, le MEOPA est présenté. Cela permet d'entamer une réflexion sur la douleur elle-même avant de penser à ses prises en charge.

Les femmes savent donc que plusieurs choix leur sont offerts, y réfléchissent et prennent de plus en plus la responsabilité de leur décision. Elles font leur choix par elles-mêmes.



Etant CHU et accueillant les étudiant(e)s sages-femmes de l'école, tout le monde qui passe en stage ici a pu entrevoir les différentes alternatives et poser une vraie réflexion sur la prise en charge de la douleur des femmes dans les différents secteurs. Une enseignante a même contacté Air Liquide pour une présentation du MEOPA en formation.

Un intérêt aussi de ces alternatives est que cela n'empêche pas l'accompagnement. On a tous vécu que, lorsqu'une patiente est sous périderale, soulagée, avec sa famille, on a un peu tendance à prendre un peu plus de distance pour aller s'occuper d'autres patientes. Comme les patientes sont calmes, on entre moins dans leur bulle, certaines sages-femmes se sentent moins utiles. Avec le MEOPA, même si cela est à leur demande, il y a quand même besoin d'un soutien, d'un coaching.

Cela veut dire que tout en approchant la douleur et en proposant des outils pour la soulager, on continue à accompagner les peurs et les émotions. Et nous, les sages-femmes, savons

## Le MEOPA

### HISTORIQUE

C'est en 1772, que le pasteur anglais Joseph Priestley découvrit le protoxyde d'azote qu'il baptisa « gaz hilarant ». Il mourut sans avoir pu appliquer les vertus anesthésiques de sa découverte chez l'homme.

Ce n'est que douze ans plus tard qu'un dentiste, Horace Wells, utilisa le protoxyde d'azote comme anesthésique pour arracher les dents de ses patients après l'avoir expérimenté sur lui-même.

Le protoxyde d'azote était obtenu par distillation de nitrate d'ammoniaque et conservé sous forme liquéfiée dans un gazomètre.

En 1879, Paul Bert proposa pour la première fois de l'associer à l'oxygène pour éviter les effets secondaires dus à l'hypoxie.

En 1961, l'anglais Tunstall réalisa le premier mélange stable d'oxygène et de protoxyde d'azote à 50 % qu'il appela Entonox.

En 1961, la première utilisation des effets antalgiques et anxiolytiques d'une inhalation d'un mélange contenant 50 % d'oxygène et 50 % de protoxyde d'azote en dehors du bloc opératoire a été décrite en Grande-Bretagne pour l'analgésie obstétricale

Le 30 novembre 2009, un nouvel AMM reclasse le MEOPA dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage professionnel : ce mélange gazeux peut donc être distribué aux professionnels de santé concernés et formés à son utilisation (notamment les chirurgiens-dentistes libéraux) mais pas directement aux patients (par contre il pourra être stocké chez eux si besoin).

### EFFETS

Le MEOPA associe une action anxiolytique, euphorisante (« gaz hilarant ») et un effet antalgique. L'état de conscience est modifié (sédation consciente), la patiente reste consciente, en interaction avec l'environnement et peut dialoguer avec l'entourage ; les perceptions sensorielles sont modifiées.

La rapidité d'action survient en 3 minutes et la réversibilité est moins de 5 minutes et représentent la particularité de ce mélange. L'absorption et l'élimination sont rapides (3 min), exclusivement pulmonaires et sans métabolisme par l'organisme.

À cette concentration (50 %), le protoxyde d'azote ne possède pas d'effet anesthésique, il n'y a donc pas d'hypoxie, ni de dépression respiratoire ou de perte de conscience induites. L'effet analgésique est d'intensité variable selon l'état psychique des patients. Le N<sub>2</sub>O agirait au niveau des récepteurs morphiniques, soit directement, soit en libérant des médiateurs opiacés. Il stimule la sécrétion des endorphines. Son effet dure tant que l'inhalation se poursuit. Le réflexe de déglutition est maintenu.

Sur le système nerveux, le MEOPA provoque la diminution de la fonction corticale et modifie les sensations entraînant une diminution de l'audition, du goût, de l'odorat et de la sensibilité à la douleur, au toucher, à la pression, à la température. Il induit également, chez le patient, une relaxation générale, une anxiolyse, une amnésie et parfois une euphorie. Les effets indésirables sont rares et réversibles en quelques minutes : les nausées et vomissements sont sans incidence clinique (les réflexes laryngés sont présents), parfois une sédation plus profonde est observée, une sensation de malaise, dysphorie peut être retrouvée chez les sujets anxieux qui n'ont pas été bien préparés.

### PRÉPARATION

Il est nécessaire de faire une information préalable, en préparation à la naissance ou en consultation anesthésie de cette méthode. Les effets du MEOPA et la réalisation du geste doivent être expliqués : description précise des différentes phases du geste, des différentes sensations ressenties (distorsion des sons, fourmillements, rêves, euphorie, pseudo- « ivresse », etc.) en restant le plus près de la réalité. L'inhalation doit obligatoirement durer un minimum de 3 minutes sans fuite entre le masque et le visage. Il faut absolument expliquer au patient la technique qui va être utilisée afin de le convaincre, de le mettre en confiance et de le rassurer. Il faut insister sur le fait que l'inhalation ne fait pas dormir mais qu'elle peut induire des sensations bizarres comme une envie de rire et qu'elle permet de diminuer très fortement la douleur. Une publication dans la revue Lancet des résultats d'une analyse de plus de 7500 fiches d'utilisation a montré la très grande sécurité liée à cette méthode<sup>1</sup>.

&gt;&gt;&gt;



très bien qu'il n'y a pas que la douleur mais aussi la peur dans ce moment de la naissance, que ce n'est pas le « tout merveilleux ». Et qu'il y a besoin d'un accompagnement sécurisant. Cela évite l'amplification de la douleur mais aussi d'enfouir ses émotions et ses peurs. Une patiente ne sera pas soulagée de son angoisse par l'analgésie périderale.

Et nous avons assisté à des manifestations correspondantes à celles de la douleur, comme le cri... mais liées en fait au stress. De même que des effets sur le travail.

Le MEOPA évite les mises à distance dans un moment particulier où même la douleur n'est pas décrite comme toutes les autres.

La maternité est un milieu fermé. Elle n'était pas intégrée aux réflexions institutionnelles sur la douleur. Peut-être aussi parce que l'accouchement est un acte naturel, douloureux certes mais qui ne durent qu'un temps. Et parce que la périderale s'est développée. Mais on ne pensait pas à toutes les autres douleurs rencontrées dans ce secteur de la gynécologie obstétrique. Et une patiente n'est pas non plus toujours bien après un accouchement. Cela évite aussi d'accentuer les vulnérabilités en post-partum quand on peut aussi soulager lors d'un geste. Et même si ce n'est pas le summum encore, nous y avons réfléchi. Cela nous permet de nous remettre en question, de ne pas tout considérer comme un acquis. De rester vigilant. L'approche humaine est développée de façon constante, et tout cela en est support. Le suivi libéral le fait très bien car il y a une relation avec une seule patiente sans ces pressions, dans la globalité de la personne. Et on le voit dans le développement des consultations de gynécologie des sages-femmes.

En proposant d'autres alternatives dans nos services, cela ouvre à se poser les bonnes questions, à la réflexion, à faire autrement, à faire bouger nos pratiques aussi. Ne pas oublier que la femme est la première actrice de son accouchement. La laisser parler de son corps, de ce qu'elle ressent et veut. C'est pour cela que nous avons toujours été ouverts au projet de naissance... même si parfois ce n'est que du copié-collé sur internet. Et cela rejoint souvent en fait les bonnes pratiques.

Enfin, cela change le regard porté sur le CHU, vu trop souvent comme le lieu du travail à la chaîne où le côté humain n'existerait pas. Alors que nous le revendiquons et ne pouvons d'ailleurs pas faire autrement que de le développer. On ne s'enferme pas et n'enfermons pas les femmes dans notre technique. Et tout cela laisse la possibilité du temps d'élaboration de ce qui a du sens.

Cette ouverture est notre force de proposition et notre meilleur atout. •

## Le MEOPA (suite)

### CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications sont peu nombreuses et sont liées à la grande capacité de diffusion du protoxyde d'azote dans les espaces organiques clos, ce qui majore les volumes et les pressions. Il s'agit de l'hypertension intracrânienne, des troubles de la conscience et du traumatisme crânien non évalués. Il est également contre-indiqué chez les patients ayant un pneumothorax non drainé, de l'emphysème, une embolie pulmonaire, une distension gastrique ou abdominale, un traumatisme maxillo-facial, nécessitant une ventilation en oxygène pur, ayant eu un accident de plongée. La température ambiante ne doit pas être inférieure à -5 °C (sinon le mélange se dissocie).

Aucun effet tératogène n'a pu être mis en évidence chez l'homme. L'étude de 720000 naissances extraites d'un registre suédois a montré que la fréquence des malformations fœtales congénitales n'est pas plus élevée chez les femmes qui ont reçu du protoxyde d'azote à l'occasion d'une anesthésie chirurgicale pendant le premier trimestre de leur grossesse Mazze RI, Kallen B. Reproductive outcome after anesthesia and operation during pregnancy: a registry study of 5405 cases. Am J Obstet Gynecol 1989; 161 : 1178

### ADMINISTRATION

L'auto-administration doit être privilégiée. L'application du masque sur le visage induit parfois une angoisse. Il ne faut donc pas appliquer le masque de force, sinon la contrainte physique induira une agitation qui ne pourra pas être contrôlée par le MEOPA.

Il faut vérifier l'absence de fuite entre visage et masque. La présence de la sage-femme est alors nécessaire pour surveiller et contrôler l'inhalation sur les premières prises. Enfin il est bon de prévenir le conjoint des possibilités euphorisantes ou de désorientation car cela peut d'une part le surprendre. Les bénéfices sont réels: rapidité d'action, réversibilité, très grande sécurité, jeûne non nécessaire, simplicité. En salle d'accouchement, l'utilisation du MEOPA représente une technique antalgique mineure mais néanmoins utile. Rosen M. Nitrous oxide for relief of labour pain: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2002; 186 : S110-S126.

### RÈGLEMENTATION

Le texte de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) définitive de

novembre 2001 établit clairement que l'administration de MEOPA ne rentre pas dans le cadre de l'anesthésie générale, ce mélange ne possède pas à lui seul la puissance suffisante pour atteindre une profondeur chirurgicale. Les contraintes de l'anesthésie générale ne sont donc pas applicables: consultation d'anesthésie, jeûne, monitoring. Tout médecin (formé) peut prescrire l'utilisation de ce mélange. L'administration doit être faite dans des locaux adaptés, par un personnel paramédical spécifiquement formé et dont les connaissances sont périodiquement réévaluées.

L'utilisation d'une bouteille mobile permettant des administrations au lit du patient ou dans des locaux différents représentent deux mesures simples qui permettent de contrôler simplement les problèmes liés à l'exposition professionnelle au protoxyde d'azote.

### LE MATÉRIEL

Une bouteille équipée d'un manodétendeur spécifique permettant de connaître la pression résiduelle dans la bouteille et de régler un débit entre 1 et 15 litres par minute.

Le système utilisé pour faire inhale le MEOPA comprend un dispositif homologué (avec ballon souple d'anesthésie muni d'une valve anti-retour et dont le volume sera adapté au poids du patient) et qui sera relié au manodétendeur par un tuyau flexible. Un filtre antibactérien sera intercalé entre la valve et le masque facial ou nasal qui sera choisi parfumé pour les enfants (ce qui en facilitera grandement l'acceptation). Ceci permet de réutiliser 15 fois le circuit patient.

### EN PRATIQUE

Ouvrir lentement et complètement (dans le sens inverse des aiguilles d'une montre) le robinet de la bouteille, puis le refermer d'un quart de tour.

Régler le débitmètre selon la ventilation minute du patient pour que le ballon soit toujours rempli.

Demander à la personne d'appliquer le masque sur son visage (l'aider ou le faire pour elle) et de respirer normalement tout en essayant de gonfler le ballon pour le faire « exploser ». Le masque doit être appliqué de façon étanche sur le visage afin de limiter les fuites et d'obtenir l'effet optimal le plus rapidement possible.

Attendre 3 à 5 min avant de débuter un geste douloureux, délai nécessaire pour obtenir un effet significatif. •



# Réduire les inégalités professionnelles en réformant le congé de paternité

OFCE POLICY BRIEF 11, 12 JANVIER - 1<sup>re</sup> PARTIE

PAR HÉLÈNE PÉRIVIER, CO-RESPONSABLE DU PROGRAMME DE RECHERCHE D'ENSEIGNEMENT DES SAVOIRS SUR LE GENRE (PRESAGE). OFCE, SCIENCES PO PARIS

*En 1945, la protection sociale française et plus largement le système fiscal et social ont été construits sur la base d'une spécialisation des rôles des femmes et des hommes. Depuis les années 1970, les politiques publiques ont été réformées pour accompagner le mouvement d'entrée des femmes dans le salariat<sup>1</sup>. Ces mutations ont surtout consisté à offrir des services permettant d'externaliser une partie des tâches hors de la famille (la garde des jeunes enfants notamment) et à rendre neutres des allocations qui incitaient fortement les femmes à se centrer sur la famille en renonçant à un projet professionnel<sup>2</sup>. À l'exception de l'extension du congé paternité en 2002<sup>3</sup>, rien n'a été fait pour inciter les pères à participer davantage à la production domestique et familiale. Ceci explique en partie le statu quo observé depuis la fin des années 1990 en matière d'inégalités femmes-hommes<sup>4</sup>. La naissance des enfants renforce les inégalités professionnelles ; les tâches domestiques et familiales sont toujours majoritairement réalisées par les femmes ; celles-ci ne peuvent donc pas investir le marché du travail à l'égal des hommes ; elles adaptent leur carrière à la contrainte temporelle de la vie familiale, d'autant plus forte que les enfants sont jeunes.*

**L**'organisation des couples relève de la sphère privée mais ces choix ont également une dimension sociale. Les représentations des rôles des femmes et des hommes dans la société et l'état des inégalités économiques entre les sexes<sup>5</sup> poussent les femmes vers la famille et les hommes vers le marché du travail. La moitié des Français pensent que « l'activité de la mère peut être une souffrance pour un jeune enfant »<sup>6</sup>. En outre, les choix d'inactivité totale ou partielle de certaines femmes pèsent sur la situation dans l'emploi de l'ensemble des femmes, car elles sont toutes perçues comme potentiellement moins fiables et moins investies dans leur carrière que les hommes. Les hommes ne peuvent pas se permettre d'ajuster leur carrière à leur vie familiale car ce comportement atypique envoie un signal négatif à leur employeur<sup>7</sup>. Enfin, les politiques publiques ont longtemps favorisé la spécialisation dans les couples ; le retour à une neutralité, par ailleurs imparfaite<sup>8</sup>, ne suffit pas à effacer l'empreinte du modèle de Monsieur Gagnepain.

Pour réduire les inégalités professionnelles, la répartition du travail marchand et non marchand entre les sexes

**Si les femmes sont encouragées à accroître leur participation à l'activité professionnelle, les hommes doivent en retour être incités à consacrer plus de temps aux tâches familiales et domestiques.**

doit être rééquilibrée : si les femmes sont encouragées à accroître leur participation à l'activité professionnelle, les hommes doivent en retour être incités à consacrer plus de temps aux tâches familiales et domestiques. Seules des politiques publiques actives sont susceptibles d'amorcer une telle transformation sociale, et parmi celles-ci figurent celle concernant les congés familiaux.

Ce Policy Brief montre que l'organisation de la famille, en particulier du temps consacré aux enfants, renforce les inégalités professionnelles. Les congés parentaux, maternité et paternité constituent un levier pour favoriser le partage des tâches dans la famille, à condition qu'ils soient pensés dans cette optique. Certains pays européens proposent des systèmes innovants alors que la France emprunte un chemin atypique. Depuis quinze ans, l'effort budgétaire a porté sur le développement des modes d'accueil de la petite enfance, ce qui a permis de soutenir le travail des mères de jeunes >>>

1. Périvier H., 2015, « Une lecture genrée de la Sécurité sociale, soixante-dix ans après sa fondation : quel bilan pour l'égalité des femmes et des hommes ? », Informations Sociales, n° 189.
2. Depuis la fin des années 1970, le retrait d'activité des mères n'est plus une condition d'éligibilité pour percevoir les allocations familiales.
3. Loi du 4 décembre 2001 dans le cadre de la Loi de financement de la Sécurité sociale 2002. De même, la loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale qui pose le principe que « père et mère l'exercent en commun » a permis le développement de la garde alternée en cas de séparation.
4. Meurs D., 2014, *Hommes/Femmes : Une impossible égalité professionnelle ?*, Cepremap, Ed. ENS Rue d'Ulm, Opuscule, 32, 106 p.
5. Trois femmes sur quatre gagnent moins que leur conjoint. Pour limiter la perte de revenu due à une interruption de carrière pour raison familiale, le choix se porte donc plutôt sur la femme que sur l'homme. Morin T., 2014, « Écarts de revenus au sein des couples Trois femmes sur quatre gagnent moins que leur conjoint », Insee Première, n° 1492.
6. Statistiques issues de l'enquête Erfi 2005, Ined-Insee.
7. Govillot S., 2013, « Après une naissance, un homme sur neuf réduit ou cesse temporairement son activité contre une femme sur deux », Insee Première, n° 1454. 5. Statistiques issues de l'enquête Erfi 2005, Ined-Insee.
8. Le quotient conjugal sur lequel repose l'imposition des couples favorise les couples dans lesquels les écarts de revenu entre conjoints sont importants. Allègre G. et H. Périvier, 2013, « Réformer le quotient conjugal », OFCE le Blog.



## SANTÉ PUBLIQUE

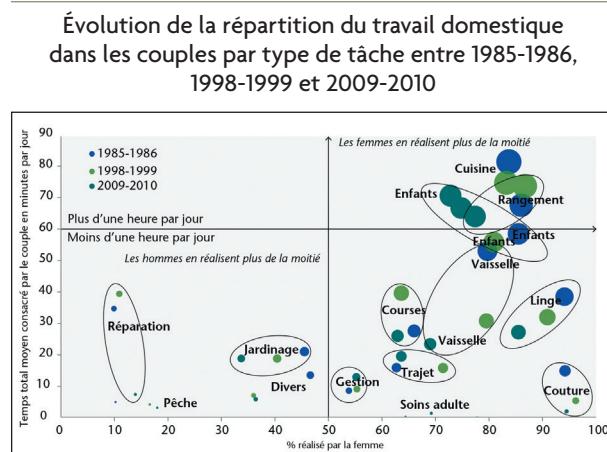
enfants, mais cela n'a pas encouragé les pères à consacrer plus de temps aux tâches familiales. La politique de congés parentaux est restée ambiguë et les dernières orientations en la matière conduisent à une réduction progressive de ces dispositifs : la réforme de 2014 est davantage motivée par la restriction budgétaire que par l'égalité<sup>9</sup>. La répartition du travail dans la famille a peu de chance d'en être changée. Des pistes de réforme du congé paternité permettant d'accroître le temps consacré par les pères aux tâches familiales sont proposées. Associée à l'expansion des modes d'accueil de la petite enfance, cette réforme orienterait les politiques familiales vers l'objectif d'égalité.

## TRAVAIL DOMESTIQUE ET INÉGALITÉS PROFESSIONNELLES

### Les femmes en font toujours plus que les hommes

Le modèle du couple marié spécialisé « Monsieur Gagnepain et Madame Auoyer » a été marginalisé par la montée du salariat des femmes à partir des années 1960. Les femmes ont massivement investi le marché du travail, leur taux de participation s'est accru et l'écart avec celui des hommes s'est réduit. Le nombre de femmes au foyer a diminué de 40 % en 20 ans (on en compte aujourd'hui un plus de 2 millions<sup>10</sup>) ; moins de 15 % des femmes âgées de 20 à 59 ans se trouvent dans cette situation<sup>11</sup>. Malgré leur participation au marché du travail, les femmes effectuent toujours la majeure partie de la production domestique et familiale : en moyenne, les femmes réalisent 71 % du travail domestique (ménage, cuisine, linge) et 65 % du travail familial. Cet inégal partage des tâches dépend du statut d'emploi respectif des deux membres du couple. Les hommes qui passent moins de temps au travail marchand consacrent plus de temps au travail domestique et familial<sup>12</sup> et la répartition de ce travail est d'autant moins inégalitaire que le salaire de la femme est élevé parmi les couples de

Graphique 1



**Note :** La taille des bulles dépend du temps consacré par les femmes pour chaque type de tâche.

**Champs :** Couples cohabitants dont les deux membres ont rempli les carnets et dans lesquels au moins l'un des conjoints est actif.

**Sources :** Enquête emploi du temps 1985-1986 (n couple = 3 334) ; Enquête emploi du temps 1998-1999 (n couple = 2 761) ; Enquête emploi du temps 2009-2010 (n couple = 3 275) ; INSEE.

### La part de travail domestique réalisée par les femmes, qu'elles soient mariées ou en union libre est de plus de 70 %, alors que les femmes pacsées n'en réalisent « que » 65 %.

salariés à temps plein<sup>13</sup>. Mais dans tous les cas, les femmes en font toujours plus que leur conjoint.

L'analyse du partage des tâches au sein des couples, et non pas en moyenne sur la population, permet d'affiner ces tendances. En effet, les femmes vivant en couple réalisent davantage de travail domestique et familial que les autres. Le graphique 1 montre l'évolution du partage des tâches dans les couples à partir des trois enquêtes *Emploi du temps de l'Insee de 1985-1986, 1998-1999 et 2009-2010*. Le premier constat est celui d'une persistance de l'inégalité dans la répartition des tâches familiales et domestiques. Les activités les plus chronophages sont réalisées par les femmes, quelle que soit l'année considérée. Les tâches dites « féminines », c'est-à-dire celles qui, au regard des normes de genre sont l'apanage des femmes (cuisine, linge, ménage, enfants...) sont toujours majoritairement réalisées par les femmes : l'entretien du linge est emblématique de ce point de vue, il est réalisé à 90 % par la conjointe. Inversement, les tâches dites « masculines », c'est-à-dire celles assignées socialement aux hommes (bricolage, jardinage) sont toujours réalisées par les hommes<sup>14</sup>.

Les femmes réalisent moins de travail domestique qu'auparavant, car le volume de travail domestique a diminué, notamment en ce qui concerne les activités du type « cuisine », « rangement », « couture », « linge », « vaisselle ». Ces évolutions s'expliquent par l'équipement des ménages en électroménager, un recours accru à des services du type « livraison à domicile » et par une moindre exigence en matière d'entretien domestique (repassage du linge par exemple).

La part de travail domestique réalisée par la femme est d'autant plus faible que son niveau d'éducation est élevé. A contrario, plus le niveau d'éducation de l'homme est élevé, plus la part de travail domestique qu'il réalise est importante. Enfin, aujourd'hui les couples vivant en union libre ne sont pas plus égalitaires que les couples mariés, toutes choses égales par ailleurs. La part de travail domestique réalisée par les femmes, qu'elles soient mariées ou en union libre est de plus de 70 %, alors que les femmes pacsées n'en

9. Elle s'applique pour les enfants nés au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Décret n° 2014-1708 du 30 décembre 2014 relatif à la prestation partagée d'éducation de l'enfant.

10. La définition retenue dans l'étude citée est la suivante : femmes âgées de 20 à 59 ans, hors étudiantes et qui, vivant au sein d'un couple, sont classées « autres inactives » au sens du BIT ; elles n'occupent pas d'emploi et ne sont pas au chômage.

11. Djider Z., 2013, « Huit femmes au foyer sur dix ont eu un emploi par le passé » ; Insee Première, n° 1463.

12. Bianchi S. Z., M. Milkie, L. C Sayer et J. P. Robinson, 2000, « Is anyone doing the housework? Trends in the gender division of household Labor », Social Forces, 79 : 191-228.

13. Ponthieux S. et A. Schreiber, 2006, « Dans les couples de salariés, la répartition du travail domestique reste inégale », Données sociales, Insee, p. 43-51.

14. Zarca B., 1990, « La division du travail domestique : poids du passé et tension au sein du couple », Économie et statistique, 228 : 29-40.



réalisent « que » 65 %. Cette différence n'est pas le fait de caractéristiques observables particulières qu'auraient les couples pacsés mais elle est le fruit de valeurs égalitaires portées par ces derniers<sup>15</sup>.

### Qui s'occupe des enfants ?

La naissance d'un enfant renforce l'inégal partage des tâches dans les couples, et ceci malgré l'accroissement du temps consacré aux enfants par les pères, car celui des mères a également augmenté depuis les années 1980<sup>16</sup>. Les deux parents souhaitent s'investir davantage dans l'éducation de leurs enfants. Les activités impliquant les enfants ne sont pas facilement transférées d'un parent à l'autre : par exemple, le temps parental d'une personne en emploi n'est pas sensiblement affecté par le chômage de son conjoint<sup>17</sup>. Pour autant, la nature des tâches parentales reste sexuée : les femmes consacrent plus de temps aux activités du type « suivi scolaire, trajets, organisation des temps de vie » et les hommes aux loisirs et à la socialisation des enfants. Le temps que consacrent les femmes à la famille s'accroît avec le nombre d'enfants alors que celui des hommes diminue, ce qui traduit un renforcement progressif et cumulatif de la division sexuée du travail.

**Le temps que consacrent les femmes à la famille s'accroît avec le nombre d'enfants alors que celui des hommes diminue, ce qui traduit un renforcement progressif et cumulatif de la division sexuée du travail.**

Les générations récentes de pères consacrent plus de temps à leurs enfants que les générations plus anciennes. Mais cet effet est à nuancer car cet écart de temps parental entre hommes et femmes s'observe chez les moins de 30 ans à des périodes du cycle de vie où les enfants sont encore jeunes. Or, l'augmentation du temps parental des pères observée depuis le début des années 1980 s'est surtout concentrée sur le temps qu'ils passent avec les enfants lorsqu'ils ont moins de 3 ans<sup>18</sup>. Il est possible que cet effet « nouveaux pères » s'atténue sur le cycle de vie et avec le renforcement des contraintes professionnelles tout au long la carrière. Par

ailleurs, les mères effectuent malgré tout plus des deux tiers des soins aux enfants.

Cet investissement des femmes dans l'organisation familiale les conduit à ajuster leur vie professionnelle sous forme d'une réduction du temps de travail ou d'une interruption temporaire ou définitive de leur carrière<sup>19</sup>, lorsqu'elles ont des enfants et notamment au moment de la naissance d'un enfant, ce que ne font pas les hommes.

### Le temps des femmes : entre travail et famille

Si les femmes réalisent davantage de tâches domestiques dans la famille que ne le font les hommes, elles ne peuvent pas s'investir dans leur carrière dans les mêmes conditions qu'eux. De fait, les inégalités professionnelles entre les sexes persistent. Certes celles-ci ne s'expliquent pas seulement par la division sexuée du travail, mais le moteur principal des inégalités est celui de la maternité effective ou potentielle (toutes les femmes ne sont pas mères, mais toutes sont vues comme des mères potentielles) et aux rôles réels ou supposés des femmes et des hommes dans la famille et dans l'emploi (toutes les femmes ne s'arrêtent pas de travailler à l'arrivée d'un enfant, mais toutes sont perçues comme plus enclines à le faire que les hommes)<sup>20</sup>.

En 2014, pour 100 femmes âgées de 25 à 49 ans, 84 femmes étaient actives contre 95 parmi les hommes. L'écart est le plus important sur cette tranche d'âge intermédiaire, il est sensiblement plus faible pour les plus jeunes (15-24 ans) et pour les personnes plus âgées (50-64 ans). Cette période intermédiaire du cycle de vie correspond à celle durant laquelle les charges familiales, notamment celles liées aux enfants, sont les plus lourdes. Le graphique 2 montre que les profils d'activité des hommes et des femmes vivant seuls sont identiques, alors que les profils d'activité des hommes vivant en couple et ayant des enfants sont supérieurs à ceux des femmes. L'activité des femmes est d'autant plus faible qu'elles ont un nombre d'enfants important. L'âge du plus jeune enfant est également un facteur déterminant du taux d'activité des mères. Parmi les femmes ayant 3 enfants, dont un de moins de 3 ans, seules 4 sur 10 sont actives en 2008<sup>21</sup>.

En France les femmes ont historiquement investi le marché du travail par l'emploi à temps plein. Mais à partir des années >>>

15. Kandil L. et H. Périvier, 2017, « La division sexuée du travail dans les couples selon le statut marital en France. Une étude à partir des enquêtes emploi du temps de 1985-1986, 1998-1999 et 2009-2010 », Document de Travail OFCE, à paraître.

16. Régnier-Loilier A. et C. Hiron, 2010, « Evolution de la répartition des tâches domestiques après l'arrivée d'un enfant », Politiques sociales et familiales, 99 : 5-25.

17. Pailhé A. et A. Solaz, 2008, « Time with children : Do fathers and mothers substitute each other when one is unemployed ? », European Journal of Population, 24 (2) : 211-236.

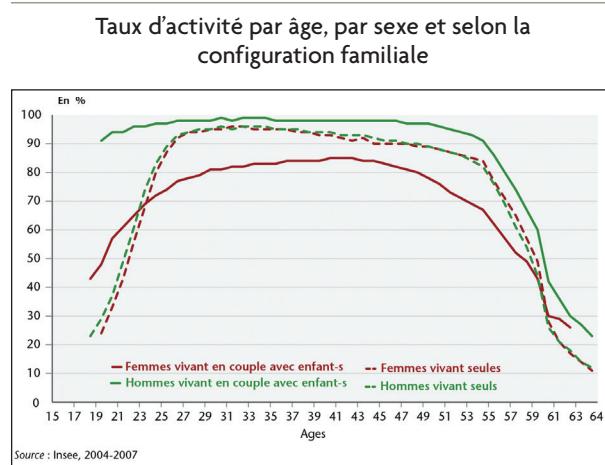
18. Champagne C., A. Pailhé et A. Solaz, 2015, « Le temps domestique et parental des hommes et des femmes : quels facteurs d'évolutions en 25 ans ? », Économie et statistique, n° 478.

19. Les femmes au foyer ont le plus souvent cessé de travailler après la naissance d'un enfant (Djider, 2013, op. cit.).

20. L'idée que les femmes seraient, en dehors de la question de la maternité, moins productives, moins talentueuses ou moins professionnelles que les hommes, n'est plus un ressort majeur des inégalités et des discriminations de sexes.

21. Minni C. et J. Moschion, 2010, « Activité féminine et composition familiale depuis 1975 », Dares Analyses, n° 027.

Graphique 2





1990, le temps partiel est devenu une option mobilisée par les femmes et privilégiée par les pouvoirs publics et les entreprises, pour articuler carrière et charge familiale. Cette adaptation du temps de travail aux contraintes familiales reste une affaire de femmes : elles ont 6 fois plus de chances d'être à temps partiel que les hommes, et 9 fois plus pour les personnes âgées de 30 à 54 ans<sup>22</sup> d'autant plus que le rang de l'enfant est élevé. Le recours au temps partiel après une naissance s'installe souvent dans la durée<sup>23, 24</sup>. Ainsi, les ajustements que réalisent les femmes au moment de l'arrivée d'un enfant marquent durablement les inégalités femmes-hommes.

### Le prix à payer pour les femmes

Les interruptions de carrières et les passages à temps partiel des femmes avec enfant ont un effet direct sur leur situation professionnelle : en termes d'évolution de carrière, de salaire, de possibilité de promotion... Les femmes ont ainsi des parcours professionnels plus chaotiques que les hommes. Les interruptions d'activité ne permettent pas toujours un retour en emploi et s'accompagnent le plus souvent d'une précarisation de la situation professionnelle des femmes. L'ajustement du temps professionnel des femmes à la famille a des conséquences durables sur leur carrière et in fine sur leurs droits à la retraite<sup>25</sup>. Enfin, en cas de désunion, les femmes supportent une perte de niveau de vie plus importante que celle que supportent les hommes et ceci est dû en partie à la spécialisation des rôles qui prévalait dans le couple<sup>26</sup>.

22. Une partie de ce temps partiel correspond à du sous-emploi. Minni C., 2015, « Femmes et hommes sur le marché du travail. Les disparités se réduisent mais les emplois occupés restent très différents », Dares Analyses, n° 017.

23. Boyer D. et B. Céroux, 2012, « Le congé parental dans les trajectoires professionnelles féminines », e-ssential, Cnaf, n° 119.

24. Boyer D. et M. Nicolas, 2012, « Les comportements d'activité des mères à la suite du CLCA à taux partiel », Politiques sociales et familiales, n° 108.

25. Bonnet C. et J.-M. Hourriez, 2012, « Égalité entre hommes et femmes à la retraite : quels rôles pour les droits familiaux et conjugaux ? », Population, 67 (1) : 133-158.

26. Bonnet C., B. Garbinti et A. Solaz, 2015, « Les variations de niveau de vie des hommes et des femmes à la suite d'un divorce ou d'une rupture de Pacs », Insee reference.

27. Meurs D., A. Pailhé et S. Ponthieux, 2010, « Enfants, interruptions d'activité des femmes et écart de salaire entre les sexes », Revue de l'OFCE, n° 114.

28. L'étude porte sur une population de personnes âgées de 39 à 49 ans.

29. Moins de 1 % des pères ayant un enfant de moins de 3 ans recourt au congé parental, Complément libre choix d'activité, contre 1 mère sur 4. Recoules M. et O. Sautory, 2013, « Cesser ou réduire son activité professionnelle en recourant au complément de libre choix d'activité (CLCA) », Document de travail, DARES, n° 17.

### Les interruptions de carrières et les passages à temps partiel des femmes avec enfant ont un effet direct sur leur situation professionnelle : en termes d'évolution de carrière, de salaire, de possibilité de promotion...

Plus globalement, ces modalités d'articulation entre vie familiale et professionnelle pèsent sur la situation de toutes les femmes, y compris celles qui n'ajustent pas leur carrière après la naissance d'un enfant<sup>27</sup>. Meurs, Pailhé et Ponthieux ont montré que l'écart de salaire entre les femmes n'ayant pas interrompu leur carrière et celles qui se sont arrêtées de travailler pour raisons familiales (23 %) s'explique pour l'essentiel par des différences de caractéristiques, surtout par le différentiel d'expérience professionnelle.

En revanche, 70 % de l'écart de salaire entre les femmes au profil de carrière continu et les hommes (17 %) ne s'expliquent pas par des différences de caractéristiques observables, soit presque 12 %<sup>28</sup>. Les auteures expliquent ce résultat par l'effet de « suspicion » d'un moindre attachement à leur carrière qui pèse sur les femmes. Un effet de « réputation » sur la catégorie « femmes » influence les décisions des employeurs, ce qui conduit à un processus de discrimination statistique. Les employeurs n'observent pas directement la productivité des personnes qu'ils embauchent, ni la productivité à venir de celles qu'ils promeuvent. Ils fondent leur décision sur des caractéristiques moyennes observées du groupe auquel appartient le ou la candidate : les pères ne prennent pas de congé parental<sup>29</sup> et n'ajustent pas leur carrière, le congé paternité est court (11 jours) ; en revanche certaines mères le font et toutes doivent prendre au minimum 8 semaines de congé maternité. *De facto*, en moyenne les femmes sont perçues comme une main-d'œuvre moins fiable que les hommes. Les employeurs sont moins enclins à les embaucher et à les promouvoir.

Le « risque » ou le « coût en termes de parcours professionnel » lié à la parentalité est aujourd'hui porté par les femmes. Les congés parentaux constituent un levier pour le répartir entre les deux parents.

Suite le mois prochain :  
Congés parentaux, partage des tâches et égalité



# Violences de genre: aspects légaux et sociaux. Une vision européenne

PAR DR BERNARD MARC, CHEF DE SERVICE UMJ, RÉFÉRENT VFF,  
GRAND HÔPITAL DE L'EST FRANCIEN (G.H.E.F.) SITE DE MARNE-LA-VALLÉE

*Le concept de la violence conjugale, comme celui plus large de la violence faite aux femmes, ont évolué au fil de leur meilleure connaissance et de la sensibilisation des professionnel(e)s des mondes judiciaire, social, médical, associatif et politique, vers la violence de genre qui englobe à la fois la violence contre une personne sur la base de son sexe et la violence qui affecte de manière disproportionnée les personnes d'un sexe en particulier. La violence de genre est polymorphe : physique, sexuelle ou psychologique, elle se traduit souvent par la combinaison de deux ou plus de ces formes, simultanément ou alternativement au fil des jours. Elle comprend la violence domestique, le harcèlement sexuel, la violence sexuelle, les pratiques nuisibles et le cyber-harcèlement. Multiple par ses formes, y compris les plus actuelles, nées de l'Internet, elle l'est aussi par sa géographie car tous les pays et toutes les catégories de la société sont touchés par la violence de genre, en toutes sortes de lieux, mais très principalement au domicile.*

**L**a définition, comme la réalité médico-psycho-légale que nous connaissons, par exemple dans les unités médico-judiciaires, témoigne que si les hommes et les femmes sont tous deux victimes de violence de genre, l'écrasante majorité des victimes sont des femmes. On estime qu'une femme sur trois au sein de l'Union Européenne a été victime de violence physique et/ou sexuelle depuis l'âge de 15 ans et une sur dix a été victime de harcèlement sexuel direct ou par l'intermédiaire des nouvelles technologies<sup>[1]</sup>. Au plan du droit, la violence de genre est une violation des droits fondamentaux de la personne ; au plan social, cette cause d'inégalité entre les hommes et les femmes, répandue à grande échelle, freine la participation active des femmes à la société en général. Ne négligeons pas non plus, ses répercussions économiques importantes (donc celles dans le domaine de l'économie de la santé) : le coût de la violence de genre à l'égard des femmes est estimé à 226 milliards d'euros par an et le coût total de la violence de genre est estimé à 259 milliards d'euros par an<sup>[2]</sup>.

Il a semblé intéressant d'exposer dans cet article la perception actuelle des violences dans le couple (*domestic violence* ou *partner violence* dans les définitions internationales) telle qu'elle existe dans notre aire de vie familiale, celle de

**Mots-clés:** Union Européenne, Droits fondamentaux, action contre la violence domestique, violence de genre, implications légales.

l'Union Européenne en ce XXI<sup>e</sup> siècle largement débuté, et les réflexions et avancées légales, pour juger du chemin déjà parcouru et du chemin encore à parcourir, pour faire reculer cette violence qui représente plus d'un tiers des consultations médico-psycho-légales suite à des dépôts de plaintes pénales.

## PERCEPTION ACTUELLE DES VIOLENCE DANS LE COUPLE

En juin 2016, la Direction générale de la Justice et des Consommateurs (DG-JUST) a piloté un sondage réalisé dans les 28 États membres de l'Union européenne, dont la France, sur 27 818 citoyens de l'UE issus de différentes catégories sociales et démographiques au sujet de la violence de genre<sup>[3]</sup>. L'idée était de mesurer les diverses perceptions et évaluations de cette violence et de comparer celles-ci avec l'état dans lequel elles étaient apparues en 2010, lors d'un précédent sondage. Il apparaît que 74 % des personnes interrogées pensent que la violence domestique à l'égard des femmes est répandue dans leur pays alors que 29 % déclarent que la violence domestique à l'égard des hommes est répandue dans leur pays, les femmes étant plus enclines que les hommes à déclarer que la violence domestique à l'égard des deux sexes est répandue<sup>[3]</sup>.

L'opinion presque unanime est que la violence domestique à l'égard des femmes est inacceptable (96 %), tout comme celle à l'égard des hommes (94 %) mais respectivement à ces deux questions 12 % et 14 % estiment que ces violences ne devraient pas toujours être punies par la loi<sup>[3]</sup>.

L'importance numérique des violences dans le couple est bien perçue puisqu'au sein des 27 818 personnes interrogées dans l'UE, 24 % connaissent un proche, victime de violence domestique (ami ou membre de la famille), 18 % quelqu'un dans leur quartier ou voisinage et 10 % quelqu'un sur leur lieu de travail ou d'études, soit 52 % au total, les victimes étant très majoritairement des femmes dans l'ensemble des États membres<sup>[3]</sup>.

Ces violences intolérables et si proches, si l'on en croit l'expression des sondés, méritent pour certains un traitement particulier. En effet, un sondé sur six (15 %) à travers l'UE considère la violence domestique comme une question d'ordre privé qui doit être traitée au sein de la famille et la majorité de ceux qui connaissent une victime de violence domestique en ont parlé, mais rarement aux services de santé ou d'assistance, ou à la police. Si 71 % des personnes interrogées qui connaissent une victime en ont parlé à quelqu'un – à un ami ou à un membre de la famille (39 %)



## Pour justifier leur silence, les personnes interrogées qui se sont tuées (29 %) au sujet d'une victime de violence domestique avancent que ça ne les regardait pas (26 %).

ou aux personnes concernées (33 %) – seulement 12 % se sont confiées à la police<sup>[3]</sup>. Pour justifier leur silence, les personnes interrogées qui se sont tuées (29 %) au sujet d'une victime de violence domestique avancent que ça ne les regardait pas (26 %), qu'elles avaient un manque de preuves (18 %), ou qu'elles ne voulaient pas créer de problèmes, ou encore parce que les circonstances n'étaient pas assez claires (16 % dans ces deux cas)<sup>[3]</sup>.

Ce silence s'explique aussi car, si au moins neuf personnes interrogées sur dix dans l'Union Européenne en 2016 considèrent comme répréhensibles certaines formes de violence de genre psychologique et physique, les avis sont partagés sur le fait de savoir si elles devraient être punies par la loi<sup>[3]</sup>. La perception d'une injustice pénale à poursuivre les auteurs des violences se renforce lorsqu'il s'agit de violences psychologiques à type de dévalorisation de l'autre, propos que 44 % des sondés (et sondées !) ne trouvent pas illégal. Et cet avis est largement majoritaire en Allemagne (67 %), en Autriche (66 %) ou aux Pays-Bas (63 %), alors que l'Europe du Sud est plus sensibilisée avec un avis partagé seulement à 16 % au Portugal, 29 % en France et 30 % à Malte<sup>[3]</sup>.

Par contre sept personnes interrogées sur dix pensent que le harcèlement sexuel des femmes est répandu dans leur pays, et que la violence, notamment psychologique, **à l'égard des femmes se produit le plus souvent à la maison**<sup>[3]</sup>. La sensibilisation à ce problème est nette en France (20 %) où au moins un sondé sur cinq indique que critiquer de manière répétée un partenaire pour le rabaisser est mal, et déjà illégal<sup>[3]</sup>. On peut espérer y voir une sensibilisation au harcèlement<sup>[4]</sup> et une reconnaissance de la sanction pénale<sup>[5]</sup> qui, remarquons-le, ne mentionne pas comme circonstances aggravantes, contrairement à toutes les autres violences poursuivies pénallement le fait d'un harcèlement commis « *par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité* ».

Les restrictions de liberté et l'emprise<sup>[6]</sup> comme contrôler un partenaire en l'empêchant de voir et de contacter sa famille et ses amis, sont diversement ressenties car si 11 % des sondés en France estiment que cela ne devrait pas être puni par la loi, environ un tiers en Lituanie (35 %) et en Roumanie (33 %) le pensent<sup>[3]</sup>.

Plus inquiétante est la réponse d'un sondé sur dix (11 %) qui déclare que forcer un partenaire à avoir des rapports sexuels ne devrait pas être puni par la loi, réponse heureusement partagée par seulement 3 % des personnes interrogées en France<sup>[3]</sup>.

Toujours en 2016, il est bon de le souligner, plus d'une personne interrogée sur cinq (22 %) dans l'Union Européenne adopte une attitude qui tend à culpabiliser les victimes, convenant que les femmes inventent ou exagèrent les accusations de violence et que la violence à l'égard des femmes est souvent provoquée par la victime, dans des proportions

allant de 47 % à Malte à 8 % en Suède (13 % en France et en Italie)<sup>[3]</sup>. Ces propos ne sont pas rares chez les auteurs, même lorsqu'une sanction pénale leur impose un stage de sensibilisation aux violences conjugales<sup>[7]</sup>. Plus grave encore, si l'on pense à la composition du jury populaire des Cours d'assises où tant de viols sont jugés (1048 condamnations en 2015 dont 814 en Cour d'assises)<sup>[8]</sup>, les « excuses » reconnues aux auteurs d'agressions sexuelles pour 27 % des sondés (et sondées !) qui évoquent, au contraire du Code pénal, des situations amenuisant la responsabilité telles que l'ivresse ou l'effet d'une drogue (12 %), le fait que la victime se soit volontairement rendue chez quelqu'un (11 %), le porter d'une tenue jugée provocante ou sexy, ou l'absence d'un refus strictement exprimé ou d'une lutte physique contre l'agresseur (10 % pour chacune de ces situations)<sup>[3]</sup>. Pour les praticiens de la médecine légale au sens large, comme pour les professionnels de la Justice, on voit comme ces préjugés dépassés s'effondrent dans les définitions actuelles des violences et de leurs circonstances<sup>[9]</sup>. Mais, ce sondage européen sur une grande échelle tout comme des aperçus de terrain<sup>[7]</sup> nous disent que ces préjugés, s'ils ont sans doute reculé en pourcentage, restent encore très présents, à l'heure actuelle et dans une Union Européenne que l'on voudrait témoin d'une démocratie de progrès.

## ÉVOLUTIONS LÉGALES EUROPÉENNES AUTOUR DES VIOLENCE DANS LE COUPLE

La violence à l'égard des femmes est un concept dont le développement en droit relatif aux droits de l'homme a débuté dans les années 1990. Les Nations unies ont été pionnières en la matière par la Convention spécifique sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) dont l'organe de surveillance a précisé dans sa recommandation générale n° 19 de 1992 que la violence fondée sur le sexe est une forme de discrimination en vertu de la Convention et que les États parties doivent agir avec diligence pour la prévenir<sup>[10]</sup>.

La Cour européenne des droits de l'homme a établi depuis lors dans sa jurisprudence que la violence fondée sur le genre doit être considérée comme couverte par l'interdiction de la torture et des traitements inhumains ou dégradants visée à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) et comme une violation du droit au respect de la vie privée et familiale visé en son article 8. Ceci engage tous les États membres de l'Union Européenne, qui ont tous ratifié la CEDH<sup>[10]</sup>. Malgré cela, la violence de genre est un thème relativement nouveau en droit de l'Union Européenne (UE), car l'UE n'avait encore adhéré qu'à une seule convention portant sur des droits fondamentaux, la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées signée en 2010.

Par sa résolution du 26 novembre 2009 sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, le Parlement européen avait demandé aux États membres de renforcer leurs législations et leurs politiques nationales concernant la lutte contre toutes les formes de violence à l'égard des femmes et d'engager des actions pour s'attaquer aux causes de la violence à l'égard des femmes, en particulier des actions de prévention, et à l'Union Européenne de garantir le droit à



l'aide et au soutien pour toutes les victimes de violences. C'est à partir de 2010 que la législation contraignante de l'UE a commencé de s'intéresser aux exigences requises pour combattre la violence fondée sur le genre avec la directive 2011/99/UE relative à la décision de protection européenne<sup>[11]</sup> imposant des prescriptions minimales à la législation des États membres, qui ont suivi, comme le Droit français. La résolution du Parlement européen du 10 février 2010 sur l'égalité entre les femmes et les hommes au sein de l'Union européenne visait à introduire la décision de protection européenne pour les victimes des violences de genre<sup>[11]</sup>.

Le Conseil de l'Europe a ensuite pris la résolution du 10 juin 2011 visant à renforcer les droits et la protection des victimes, en particulier dans le cadre des procédures pénales au niveau de l'UE afin de renforcer les droits et la protection des victimes de la criminalité des violences de genre<sup>[11]</sup>.

Jusqu'aux années 2000, les mesures adoptées pour combattre la violence envers les femmes avaient consisté en dispositions non contraignantes ou en politiques de financement. Le programme de financement Daphné, qui fonctionne depuis 1997 par décisions du Parlement et du Conseil, constitue sans doute l'engagement de la plus grande envergure dans ce domaine. Il en est tout autrement de la Convention d'Istanbul, officiellement Traité n° 210 Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique<sup>[12, 13]</sup>, ratifiée à Strasbourg par l'Union Européenne le 13 juin 2017<sup>[12]</sup>. À cette date, la convention d'Istanbul avait été signée par tous les États membres de l'UE (et plus largement 44 membres du Conseil de l'Europe) et ratifiée par 13 d'entre eux (Autriche, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovénie et Suède) de 2011 à 2016. [Tableau 1] [14] Cette convention est entrée en vigueur dans différents pays qui ont adapté leur législation en 2014 (Autriche, Danemark, Espagne, France, Italie, Malte, Pologne, Portugal, et Suède), en 2015 (Finlande et Pologne) et en 2016 (Belgique et Pays-Bas)<sup>[14]</sup>.

La Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique a pour but premier de « protéger les femmes contre toutes les formes de violence, et de prévenir, poursuivre et éliminer la violence à l'égard des femmes et la violence domestique<sup>[13]</sup> ».

Le chapitre VI de la Convention, relatif aux enquêtes, aux poursuites, au droit procédural et aux mesures de protection, établit de nombreuses obligations auxquelles répond largement le droit de l'UE. Elle oblige les services répressifs responsables à offrir une protection rapide et appropriée aux victimes, précisant que les États membres doivent fournir des informations et services aux victimes, et veiller à recenser les besoins spécifiques de protection des victimes de violence fondée sur le genre, de violences domestiques et de violences sexuelles<sup>[10]</sup>. La Convention exige aussi des États membres qu'ils garantissent que, dans des situations de danger immédiat, les autorités compétentes aient le pouvoir d'ordonner à l'auteur de violence domestique de quitter la résidence de la victime ou de la personne en danger, et puissent assurer la protection physique des victimes et des membres de leur famille, dans le cadre d'une procédure pénale.

***Un autre but de cette Convention est de « contribuer à éliminer toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et de promouvoir l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, y compris par l'autonomisation des femmes ».***

L'acquis de l'UE comporte déjà l'interdiction de harcèlement sexuel dans divers contextes. L'obligation prévue par la Convention de prendre les mesures nécessaires à l'encontre de ce type de harcèlement a une portée plus large, hormis sur un point, à savoir que la législation de l'UE en matière de protection contre le harcèlement sexuel couvre les personnes transgenres<sup>[4,5]</sup>.

Un autre but de cette Convention est de « contribuer à éliminer toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et de promouvoir l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, y compris par l'autonomisation des femmes ». La Convention utilise des notions développées dans des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme telles que « la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre », dénie comme toute violence « faite à l'égard d'une femme parce qu'elle est une femme ou affectant les femmes de manière disproportionnée ».

La Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique se propose de « concevoir un cadre global, des politiques et des mesures de protection et d'assistance pour toutes les victimes de violence à l'égard des femmes et de violence domestique ». Le chapitre IV de la Convention, qui concerne les services de protection et de soutien, exige une coopération entre les autorités judiciaires, les procureurs, les services répressifs et autres autorités, ainsi que les ONG, via un mécanisme formel ou informel. La coordination plus explicite des politiques de l'UE est un des objectifs assignés suite à l'adhésion à la Convention en juin 2017. Il existe déjà pour ce faire un organe de suivi, à savoir le Groupe d'experts sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (GREVIO).

Les violences de genre ne se limitent pas à l'Union Européenne et la Convention demande de « promouvoir la coopération internationale en vue d'éliminer la violence à l'égard des femmes et la violence domestique ».

Le chapitre VII de la Convention, consacré à la migration et l'asile, contient des dispositions relatives à des situations dans lesquelles le statut de résident de la victime d'une infraction fondée sur le genre dépend de celui de leur conjoint ou partenaire. Les États parties sont invités à prendre les mesures législatives ou autres nécessaires pour garantir qu'un permis de résidence autonome soit accordé en cas de dissolution du mariage ou de la relation, et qu'une suspension des procédures d'expulsion soit assurée pour permettre à la victime de demander ce permis, dans le cadre de la protection d'un demandeur d'asile.

La Convention a également pour but de soutenir et d'assister les organisations et services répressifs pour coopérer de manière effective afin d'adopter une approche



## SCIENCES HUMAINES

intégrée visant à éliminer la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. La directive relative aux victimes prévoit la formation des professionnels en contact avec les victimes et les auteurs de faits de violence, comme l'exige la Convention. L'UE joue un rôle dans la formation des services judiciaires et de police, et ses différentes agences contribuent d'ores et déjà au renforcement de la protection des victimes. Un accent plus marqué devrait être mis sur la violence envers les femmes. Les programmes préventifs et de traitement destinés aux auteurs de violence<sup>[7]</sup>, tels que prévus par les instruments de financement de l'UE, doivent être prioritairement axés sur les droits fondamentaux des victimes<sup>[13]</sup>. Les mesures possibles sont multiples comme l'obligation de fournir des services de soutien spécialisés aux victimes de violence fondée sur le genre et de violence domestique – les Unités Médico-Judiciaires répondant en partie à ce critère – ainsi qu'aux enfants des femmes victimes. Le chemin est long entre les principes théoriques et la réalité de terrain, la prestation et le financement de ces services n'étant pas nécessairement garantis par la loi, la mise

***Les programmes préventifs et de traitement destinés aux auteurs de violence tels que prévus par les instruments de financement de l'UE, doivent être prioritairement axés sur les droits fondamentaux des victimes.***

à disposition de lieux d'accueil insuffisante, les permanences téléphoniques souvent assurées par des associations, comme le soutien aux victimes de violences sexuelles davantage encore assuré par des ONG.

Restent encore de nombreux points d'avancée possibles. Les ordonnances d'urgence d'interdiction sont prévues dans la quasi-totalité des États membres, mais avec des disparités en termes de conditions comme les ordonnances d'injonction ou de protection émises dans le but de prévenir des actes de violence ou de protéger la victime qui existe sous des appellations à des degrés divers, dans les États membres.

**TABLEAU 1** → Liste des États membres du Conseil de l'Europe ayant signé, ratifié et mis en vigueur la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (traité n°210)

Albanie	19/12/2011	04/02/2013	01/08/2014
Allemagne	11/05/2011		
Andorre	22/02/2013	22/04/2014	01/08/2014
Autriche	11/05/2011	14/11/2013	01/08/2014
Belgique	11/09/2012	14/03/2016	01/07/2016
Bosnie-Herzégovine	08/03/2013	07/11/2013	01/08/2014
Bulgarie	21/04/2016		
Chypre	16/06/2015		
Croatie	22/01/2013		
Danemark	11/10/2013	23/04/2014	01/08/2014
Espagne	11/05/2011	10/04/2014	01/08/2014
Estonie	02/12/2014		
Finlande	11/05/2011	17/04/2015	01/08/2015
France	11/05/2011	04/07/2014	01/11/2014
Géorgie	19/06/2014	19/05/2017	01/09/2017
Grèce	11/05/2011		
Hongrie	14/03/2014		
Irlande	05/11/2015		
Islande	11/05/2011		
Italie	27/09/2012	10/09/2013	01/08/2014
Lettonie	18/05/2016		
Liechtenstein	10/11/2016		
Lituanie		07/06/2013	
Luxembourg		11/05/2011	
Malte	21/05/2012	29/07/2014	01/11/2014
Monaco	20/09/2012	07/10/2014	01/02/2015
Monténégro	11/05/2011	22/04/2013	01/08/2014
Norvège	07/07/2011	05/07/2017	01/11/2017
Pays-Bas	14/11/2012	18/11/2015	01/03/2016
Pologne	18/12/2012	27/04/2015	01/08/2015
Portugal	11/05/2011	05/02/2013	01/08/2014
République de Moldova		06/02/2017	
République slovaque		11/05/2011	
République tchèque		02/05/2016	
Roumanie	27/06/2014	23/05/2016	01/09/2016
Royaume-Uni	08/06/2012		
Saint-Marin	30/04/2014	28/01/2016	01/05/2016
Serbie	04/04/2012	21/11/2013	01/08/2014
Slovénie	08/09/2011	05/02/2015	01/06/2015
Suède	11/05/2011	01/07/2014	01/11/2014
Suisse	11/09/2013		
Turquie	11/05/2011	14/03/2012	01/08/2014
Ukraine	07/11/2011		



Les obligations de la Convention garantissant que les enquêtes ou les poursuites d'infractions relevant des actes les plus graves visés par la Convention se poursuivront même si la victime se rétracte ou retire sa plainte, ne sont pas respectées de manière cohérente. Il apparaît en effet que dans de nombreux États membres et pour beaucoup de ces infractions, l'engagement de poursuites continue d'incomber à la victime, et cette perception est encore souvent partagée par bon nombre de femmes victimes de violences en France actuellement.

L'instauration de mesures de protection à prendre par les parties à la convention d'Istanbul en vue de mettre les victimes, leurs familles et les témoins à charge à l'abri des risques d'intimidation, de représailles et de nouvelle victimisation varie selon les États membres de l'UE, bien qu'on en connaisse l'importance en pratique dans la vie des victimes après leur dépôt de plainte<sup>[4,15]</sup>.

### ***L'instauration de mesures de protection à prendre par les parties à la convention d'Istanbul en vue de mettre les victimes, leurs familles et les témoins à charge à l'abri des risques d'intimidation, de représailles et de nouvelle victimisation varie selon les États membres de l'UE.***

## **CONCLUSION**

L'égalité entre les hommes et les femmes est une valeur essentielle de l'Union européenne, et l'UE s'attache depuis longtemps à protéger les citoyens contre la violence de genre. Elle a mis en place au fil des années des mesures qui visent à soutenir et protéger les victimes de ces crimes et leur garantit un accès à la justice où qu'elles se trouvent dans l'UE, avec des déclinaisons dans les différents pays, plus ou moins rapidement adoptées et mises en œuvre, y compris en France<sup>[16]</sup>.

Cette lutte contre la violence de genre est pleinement d'actualité puisque c'est seulement en mars 2016, que la Commission européenne a proposé la signature et la conclusion de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul), aux côtés des États membres. Par cette signature, l'Europe s'est dotée de son premier instrument européen juridiquement contraignant qui vise à protéger les victimes et à poursuivre les auteurs de violence à l'égard des femmes et qui met en place des mesures ayant pour but de prévenir ce type de violence.

Les unités médico-judiciaires, comme les associations d'aide aux femmes victimes de violences voient ainsi leurs actions de terrain soutenues par la législation européenne, déclinée dans les États membres. Les professionnels en charge des victimes, tout comme ceux en charge des auteurs de ces crimes et délits ne peuvent voir qu'une reconnaissance de leur action menée depuis des décennies dans un esprit de Santé publique. •

## **RÉFÉRENCES**

- [1] *Violence against women : an EU-wide survey*. Main results report. <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/vaw-survey-main-results>
- [2] *Estimating the costs of gender-based violence in the European Union*. <http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/MH0414745EN2.pdf>
- [3] Commission européenne. *La violence de genre*. Eurobaromètre spécial 449 – Vague EB85.3 – TNS opinion & social. Novembre 2016. <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/.../75840>. Consulté le 23 juillet 2017.
- [4] DIE G, HANAFY I, MARC B. *Victimes de harcèlement vues en unité médico-judiciaire. Réponses médico-psychologiques aux nouvelles dispositions pénales*. J. Med. Leg. 2015, 58 (5-6), 2-11
- [5] Code pénal. Article 222-33-2 (Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 - art. 41). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGARTI000029334247&cidTexte=LEGITEXT000006070719>. Consulté le 23 juillet 2017.
- [6] HANAFY I, MARC B. *Emprises des êtres, meurtrissures des âmes : de l'identification à l'appropriation*. Analyse médico-psychocriminologique de violences contemporaines. Ethics, Medicine and Public Health 2017, 3, 74-82 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemep.2017.02.019>
- [7] DUPONT G. *Violences conjugales : « J'ai franchi les limites »*. Le Monde. 26 avril 2017 ; 13
- [8] Ministère de la Justice. Sous-direction de la statistique et des études. (2016) Les chiffres clés de la Justice 2016. [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/stat\\_CC%202016.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_CC%202016.pdf)
- [9] HANAFY I, MARC B. (2017) *Le dictionnaire médico-psycho-légal*. Éditions In Press, Paris, 2017.
- [10] European Commission. *European network of legal experts in gender equality and non-discrimination*. Legal implications of EU accession to the Istanbul Convention [http://ec.europa.eu/justice/newsroom/gender-equality/news/160524\\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice/newsroom/gender-equality/news/160524_en.htm) Consulté le 6 août 2017.
- [11] UNION EUROPÉENNE. Directive 2011/99/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011 relative à la décision de protection européenne. J.O.E. 21-12-2011 ; [http://eurlex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=uriserv:OJ\\_L\\_2011.338.01.0002.01.FRA&toc=OJ:L:2011:338:TOC](http://eurlex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=uriserv:OJ_L_2011.338.01.0002.01.FRA&toc=OJ:L:2011:338:TOC) Consulté le 6 août 2017.
- [12] CONSEIL DE L'EUROPE. Istanbul Convention. *Action against violence against women and domestic violence*. <http://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/home?desktop=true>. Consulté le 6 août 2017.
- [13] CONSEIL DE L'EUROPE. Traité n° 210. *Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique* ; <http://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210> Consulté le 6 août 2017.
- [14] CONSEIL DE L'EUROPE. État des signatures et ratifications du traité 210. *Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*. Situation au 06/08/2017 [http://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210/signatures?p\\_auth=v50LoJPL](http://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210/signatures?p_auth=v50LoJPL) ; Consulté le 6 août 2017.
- [15] G.DIE, I. HANAFY, B. MARC. *Typologie et conséquences psychologiques des violences*. J. Med. Leg. 2016, 59 : 73-83.
- [16] [http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/gender-violence/protecting-victims-of-gender-violence/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/gender-violence/protecting-victims-of-gender-violence/index_en.htm)



## HISTOIRE

# Le roman, un matériau riche pour l'obstétrique

PAR JÉRÔME JANICKI, DOCTEUR EN HISTOIRE DES SCIENCES DE L'EHESS,  
HISTORIEN DE LA MÉDECINE (D.U. PARIS DESCARTES) - LENS

À peine jetés de plain-pied dans 2018, les lecteurs sont déjà heureux de découvrir les nouveaux romans peuplés de nombreuses allusions à la grossesse et à l'accouchement. La nouvelle publication d'Anne AKRICH intitulée "Traiter de savoir-rire à l'usage des embryons" publiée il y a quelques jours chez Julliard (234 pages) en est une preuve<sup>1</sup>.

En effet, les romans sont une des sources majeures de l'historien de la médecine et de l'obstétrique. La littérature, avec ses décalages, ses parodies, ses témoignages ou ses anachronismes permet de nous interroger sur l'image de la grossesse et de l'accouchement. À l'inverse des représentations savantes données par le corps médical, dans les représentations artistiques, il n'y a aucun acte concret.

Les représentations dans la littérature sont des « ressemblances », elles ne s'adressent pas un individu, ce ne sont pas des consultations, elles visent tantôt à divertir ou tantôt à suivre un schéma de construction pour le plus grand nombre. Les textes sont cependant un mélange de fiction, d'érudition et d'autobiographie. Ils partent d'une expérience de l'auteur ou de l'artiste, d'un fait divers, d'une histoire, d'une idée en vogue ; les idées sont ensuite véhiculées par l'écriture et les représentations se transforment en phénomènes observables par le plus grand nombre. Toutes ces représentations qui s'adressent à une échelle collective ont au final une incidence dans l'intimité de chacun et chacune.

**L**e choix d'aborder le rapport entre l'obstétrique et les œuvres littéraires s'explique donc clairement. André Burguière donne une explication sur l'importance de la représentation que donnent les œuvres littéraires, il écrit : « La clé du succès, pour une œuvre de fiction, consiste souvent à pouvoir répondre à la fois au désir de conformité du public et à son désir de changement. [...] La fiction non seulement exprime les attentes contradictoires de l'époque, mais fraye le chemin à de nouvelles habitudes par des postures sentimentales qu'elle met à la mode »<sup>2</sup>.

Le point de départ de la contribution se situe au XVIII<sup>e</sup> siècle, une époque au cours de laquelle le théâtre a une production littéraire importante, alors que le roman se cherche encore.

## QUAND LA LITTÉRATURE RÉVÈLE LE CORPS DE LA FEMME

Commençons cet article par les mots de Jean Saint-Martin et de Thierry Terret : « *L'histoire fait silence sur le corps des femmes, alors même que son évocation est surabondante dans les discours et les images de toutes sortes. [...] Leur rôle dans la perpétuation de l'espèce rend l'histoire de l'accouchement et de la maternité incontournables : jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle, c'est une affaire de femmes, acte considéré comme naturel, œuvre des matrones, "ces femmes qui aident"* » selon l'expression recueillie par Yvonne Verdier. Yvonne Knibiehler s'interroge sur une chronologie qui se préoccuperaient des événements spécifiques propres au féminin – les naissances, les mariages et les décès – et elle propose au féminin, les naissances, les mariages et les décès – et elle propose de considérer comme fondamentale la date des progrès de l'obstétrique ou celle de la limitation volontaire des naissances, ou encore de la vie »<sup>3</sup>.

## LE REGARD NOSTALGIQUE SUR LE MONDE DES HISTOIRES DE L'OBSTÉTRIQUE OUBLIÉES

Les historiens ont, tôt dans le temps, donné une silhouette à l'histoire de la science obstétricale en même temps que l'engouement pour l'histoire de la médecine naissait à la fin de l'Empire et au début de la Restauration. Les évolutions y sont rendues sans fantaisie et sont un réservoir de mentions, de chronologies, d'indications intéressantes, de souvenirs, d'atmosphères et d'analyses auquel les lecteurs accèdent avec plaisirs. Pour tenter de retrouver le parfum de ces histoires, nous citons ci-après quelques livres historiques caractéristiques.

- AUDEBERT J., *Les accoucheuses de Toulouse vers 1781, documents pour servir à l'histoire de l'obstétricale au XVIII<sup>e</sup> siècle*, 1904.
- BENARD L., *État de l'obstétrique dans les campagnes de la généralité d'Alençon avant 1789*, 1909.

1. Anne AKRICH, *Traité de savoir-rire à l'usage des embryons*. Paris, Julliard, 4 janvier 2018, 234 p.
2. André BURGUIÈRE, *Le mariage et l'amour*, Paris, Seuil, 2011, p. 262. Il donne l'exemple de Manon Lescaut. « C'est ce que Maurice Daumas a montré à propos de Manon Lescaut, l'un des best-sellers de la littérature romanesque du XVIII<sup>e</sup> siècle. Plus encore peut-être que l'ambiguïté de l'aventure sentimentale vécue par Manon et le jeune Des Grieux, formatrice pour la stature sentimentale des deux héros mais destructrice pour leur statut social, c'est l'ambivalence de la stature du père de Des Grieux qui a séduit le public. Il est à la fois un père traditionnel dans son souci d'incarner l'autorité, de défendre l'honneur du lignage et « un nouveau père » qui cherche à comprendre les désirs de son fils et à sauvegarder un lien d'affection avec lui ».
3. Jean SAINT-MARTIN, Thierry TERRET, *Sport et genre : apprentissage du genre et institutions éducatives*. Paris, L'Harmattan, 2005, p. 17.



- BOUCHACOURT L., *Série de documents pour servir à l'histoire de l'obstétrique pendant la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et le commencement du XIX<sup>e</sup> siècle*, 1902.
- BROUSSAIS C., *Atlas historique et bibliographique de la médecine, composé de tableaux sur l'histoire de l'anatomie, de la physiologie, de l'hygiène, de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique, de la matière médicale, etc.* Paris, Delaunoy, 1829.
- CHABAS F., *La médecine des anciens Égyptiens – antiquité des clystères, signe de la grossesse*, 1862.
- CHAUSSIER F., *Notice historique sur la vie et les écrits de Mme de La Chapelle, sage-femme en chef de la maison d'accouchement*, 1823.
- CHEVALIER, *Observations pour servir à l'histoire de l'art des accouchements*, 1811.
- COUFFON O., *Les cours d'accouchement en Anjou à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle*, 1912.
- DELAUNAY P., *L'obstétrique dans le Maine au XVIII<sup>e</sup> siècle et au XIX<sup>e</sup> siècle. Les cours de sages-femmes sous l'Ancien Régime, le cours départemental d'obstétrique. La maternité de l'hôpital du Mans*, 1911.
- DELAUNAY P. – BENARD, *Les cours de sages-femmes dans la généralité d'Alençon au XVIII<sup>e</sup> siècle*, 1909.
- DU MORLEZ S., *L'avortement, étude historique, philosophique, sociale, médico-légale et le droit comparé*, 1912.
- DUMAS A. *Contribution à l'étude de l'avortement criminel ; historique, progression ascendante, causes, conséquences, remèdes*, 1911.
- MATTEI A., *La maternité et l'obstétrique chez les Hébreux*, 1856.
- PILLEMENT P., *L'enseignement de l'obstétrique en Lorraine au XVIII<sup>e</sup> siècle*, 1903.
- PLACET E., *Études historiques sur les traités d'accouchement de Viardel, Portal et Mauquest de la Motte, précédés d'une étude sur l'obstétrique depuis la Renaissance*, 1891.
- REGNARD A., *Histoire de l'obstétrique ; introduction du traité de M. Velpeau. Influence de l'église ; un partisan de la nature et de ses causes finales ; un mot sur les sages-femmes ; Levret ses ouvrages ; les forceps ; progrès rapide de l'obstétrique ; la maternité ; trois professeurs libres : Levret, MM Velpeau et Pajot*, 1865.
- RIBIER L., *La chirurgie et l'obstétrique en Auvergne en 1726, 1903.*
- STIBERT P., *Histoire de la saignée dans la grossesse*, 1857.
- UBALD F., *L'art de l'accouchement en Touraine*, 1903.



Nous aurions pu reconstruire une liste bien plus longue, mais nous nous contenterons d'ajouter *L'histoire de l'obstétrique* d'Hermann Frantz Naegele (1810-1851) pour servir de matériau de base à l'exploration de l'histoire de l'obstétrique. L'historien doit aussi s'imprégner des travaux plus contemporains de Jacques Gélis, de Bérénice Geoffroy-Schneiter, archéologue et historienne de l'art qui s'est beaucoup intéressée aux maternités africaines ou de Gabriel Massa qui s'est consacré aux maternités de l'Afrique noire.

<sup>4</sup>Dossiers de l'Obstétrique - Éditions ESKA

## TOURNONS LA PAGE

L'évocation des textes littéraires complète la somme des représentations notamment d'œuvres visuelles évoquées dans des numéros antérieurs des *Dossiers de l'Obstétrique*.

En effet, l'accumulation des citations jetées pêle-mêle dans les pages des livres, tantôt à la tonalité sérieuse, tantôt à la tonalité burlesque, provoque inévitablement un effet sur les femmes enceintes et sur les couples. Les auteurs se servent de l'écriture pour imposer un remuement dans la vie quotidienne des femmes enceintes ; pour preuve, beaucoup d'éléments de descriptions de la grossesse et de l'accouchement se fraient un chemin parmi les textes des fictions, les documentaires et les articles de la presse.

En guise de lancement d'un projet de lecture, il convient d'opérer avec cette grille, un questionnement en préambule :

- Quelle est la source d'inspiration des auteurs ?
- Les représentations sont-elles le réceptacle des découvertes médicales et des interventions des États ?
- Dissipent-elles les angoisses des femmes enceintes et permettent-elles d'exorciser leurs cauchemars ?
- Font-elles naître des frayeurs ?
- Les auteurs se moquent-ils de leurs frayeurs ?
- Quelle est la pérennité des représentations ?

Il nous faut donc flâner dans la littérature car à la différence des journaux médicaux qui présentent de longues suites de descriptions savantes, ici s'étale une galerie de portraits de femmes enceintes. Il n'y a pas de regard unique dans ces habiles descriptions qui romancent la vie de la femme enceinte.

## MULTIPLIER LES PASSERELLES CULTURELLES

Si le XVIII<sup>e</sup> siècle est celui de la littérature galante avec, comme motif principal, la femme, le lecteur peut s'attacher à dégager les spécificités des textes sous diverses formes sans oublier la lecture de Jean-Jacques Rousseau qui reste majeure bien qu'il ait abandonné les cinq enfants que lui donna sa femme Thérèse Levasseur en disant : « je choisis pour mes enfants le mieux ou ce que je crus l'être »<sup>4</sup>.

On identifie l'humour des temps en observant dans la littérature les évolutions ou les stratégies mutines de refus de grossesse. Il paraît ici utile d'évoquer un premier tournant dans l'histoire des textes littéraires en évoquant la publication en 1922 de *La Garçonne* de Victor Margueritte (1866-1942), histoire qui se situe dans les années vingt, et un second en évoquant les amours lesbiennes entre Colette et Missy, Gertrude Stein et Alice Toklas ou Susy Solidor et Yvonne de Brémont contre toutes idées de procréation. Comme l'écrivait Nathalie Clifford : « *La vie la plus belle est celle que l'on passe à se créer soi-même, non à procréer* ».

Tout en fraîcheur, les autobiographies donnent un champ lexical et d'images différent. Des femmes racontent leurs expériences, bonnes ou mauvaises ; c'est le cas de Sheryfa Luna qui raconta son déni de grossesse sans détours. On

4. André BURGUIÈRE, *Le mariage et l'amour*. Paris, Seuil 2011, p. 179.



## HISTOIRE

peut donner à lire quelques ouvrages en communiquant cinq références :

- BOHJALIAN Chris, *Sage-femme*. Éditions du Rocher ;
- DOHERTY Berlie, *Cher inconnu*. Paris, Gallimard, collection Scripto, 2002, 255 p. ;
- FABRE Jan, *Le serviteur de la beauté/La sage-femme/We need heroes now*. L'Arche, 2001, 96 p. ;
- LUNA Sheryfa, « *T'étais déjà là mon fils, mais... » – Histoire d'un déni de grossesse*. Paris, Michel Lafon, 2009, 183 p. ;
- MALZIEU Mathias, *La mécanique du cœur* (J'ai lu).

S'agissant de la grossesse masculine, il convient d'étudier les conceptions de Lee Silver dans *Remaking Eden. Cloning Engineering and the Future of Humankind* ?

## UNE NOUVELLE OPTIQUE : LA LITTÉRATURE DE JEUNESSE

La littérature enfantine a eu l'obligation d'éduquer et d'instruire jusqu'à la publication le 4 juillet 1862 de l'ouvrage *Les Aventures d'Alice au pays des Merveilles* de Lewis Carroll. Ainsi, des auteurs racontent la venue d'un enfant avec un langage à la portée des enfants. Ces livres permettent de préparer les enfants à la venue d'un frère ou d'une sœur. C'est le cas par exemple dans les livres de Michaël Escouffier ou du docteur Catherine Dolto-Tolitch qui produit de nombreux ouvrages à l'adresse de plus jeunes.

Parmi les auteurs contemporains d'ouvrages de littérature de jeunesse figurent Berlie Doherty, Catherine Dolto, Bénédicte Guettier ou Siobhan Dowd. Ces auteurs s'intéressent et y distillent des conseils. Sophie Faudais a même rédigé un ouvrage pour les petits sur la venue au monde des jumeaux pour l'annoncer aux enfants, intitulé *Tom et Lou en attendant les jumeaux*.

Ces personnages remplis d'âme sont à découvrir dans les ouvrages suivants :

- BOUCHER Joëlle, *Attendre un petit frère ou une petite sœur*. Paris, Gallimard Jeunesse, 1990, 10 p.
- DOHERTY Berlie, *Cher inconnu*. Paris, Gallimard Jeunesse, 2010, 272 p.
- DOLTO Catherine, *Raconte-moi ma naissance*, Paris, Gallimard Jeunesse, 2010, 68 p.
- DOWD Siobhan, *Sans un cri*. Paris, Gallimard Jeunesse, 2007, 368 p.
- ESCOIFFIER Michaël, *Petit frère, petite sœur : mode d'emploi*. Paris, Éditions Frimousse, collection Maxi'Boum, 2009, 30 p.
- FAUDAIS Sophie, *Tom et Lou, en attendant les jumeaux*, Éditions Anabet, 2008, 20 p.
- GUETTIER Bénédicte, *Trotro et Zaza sa petite sœur*. Paris, Gallimard Jeunesse, 2007, 76 p.
- SENGEL France, *Ma sœur m'adore*. Paris, Lito, collection Moi j'aime les histoires, 2002, 45 p.

5. BAUDOU Jacques, *L'encyclopédie du fantastique*. Paris, Ed. Fetjaine, 2012, 192 p.

## CHANGEMENT D'OPTIQUE : LA LITTÉRATURE FANTASTIQUE

La littérature fantastique doit être ici approchée car bien qu'elle soit le lieu de repli des fantômes, des vampires et des forces obscures, elle mêle ses histoires au registre de la science obstétricale<sup>5</sup>. Citons parmi les nombreux ouvrages un phénomène, le roman du XIX<sup>e</sup> siècle de Nathaniel Hawthorne intitulé *La lettre écarlate* (1850) dans lequel une femme de Boston, Esther, refuse de donner le nom de l'homme qui l'a mise enceinte.

On citera parmi les œuvres littéraires importantes : le roman fantastique *La nuit des cafards* de Koontz (1980) dans lequel Katherine Frye est abusée par son père Léo qui refuse qu'elle avorte. À la mort de son père vient au monde des jumeaux.

Joyce Carol Oates et *Bellefleur* dans lequel Leah enflé énormément durant sa grossesse. Dans *Ariel*, un roman fantastique écrit par Block en 1980, Roberta est mariée à David qui est stérile et a des relations avec Jeff qui la met enceinte. Lorsque sa grossesse est visible, elle explique à son époux que son sperme s'est bonifié.

Stephen King dans *La méthode respiratoire* présente une femme enceinte qui, après avoir été décapitée dans un accident de voiture, reste en vie jusqu'à son accouchement.

Shirley Jackson dans *La loterie* évoque dans la nouvelle *Les hommes avec leurs grandes chaussures* une femme qui s'installe chez une autre femme enceinte. Le monde littéraire d'épouvante d'Anne Rivers Siddons, de Thomas M. Disch dans *Le buisnessman* (1983), de Thomas Tryon dans *La fête du maïs* (1973), de Brenda Brown Canary dans *The Voice of the Clown* met en scène d'autres femmes enceintes.

## CONCLUSION

Utiliser les sources littéraires est un moyen de redessiner la frontière entre la vie réelle d'une femme qui est enceinte et la vie rêvée ou pas de la femme dans la fiction. Cette source est sans doute un moyen d'obtenir des informations, mais en utilisant de nos jours des représentations littéraires anciennes, il peut y avoir un grand danger : celui de commettre des anachronismes et de causer par l'emploi d'anciennes valeurs des dommages tragiques à la femme enceinte ou à son foetus.

Nous le savons, la vie des femmes enceintes et de leur entourage est jalonnée de lectures. Alberto Manguel rappelle à quel point l'Homme est un *Homo legens* : « *Je crois que nous sommes dans l'âme, des animaux lecteurs et que l'art de lire, au sens le plus large, définit notre espèce* ». Chaque représentation a valeur de trace car les textes et les représentations engendrent une conduite morale, physique ou symbolique. La question est de savoir si elles aboutissent à un changement de comportement et, le cas échéant, si elles entraînent de bonnes ou de mauvaises conduites. •



# 46<sup>e</sup> ASSISES NATIONALES DES SAGES-FEMMES

29<sup>e</sup> Session Européenne

MARSEILLE Parc Chanot

## AVANT - PROGRAMME\*

### Mercredi 23 mai 2018

8h45 Séance inaugurale

#### NAISSANCE ET PÉRINATALITÉ ACCOMPAGNÉE - LEADERSHIP SAGE-FEMME

Modérateur : Carole ZAKARIAN (Marseille)

9h30 \* Anthropologie historique - Carole ZAKARIAN (Marseille)

#### \* La Casa de Naissance, une expérience de NUAGE

Laurie FERRANTI, Odile TAGAWA (Marseille)

\* Point de vue de l'obstétricien - Nadia SLIM (Marseille)

\* Point de vue du pédiatre - Jean-Pierre VINAY (Marseille)

13h00 ----- Déjeuner -----

#### L'INFLUENCE HORMONALE TOUT AU LONG DE LA VIE DE LA FEMME

Modérateur : Sylvie SAPIN (Pordic)

14h30 \* Sexualité - Sylvie SAPIN (Pordic)

\* Hormones au travers des âges - Nicolas CHEVALIER (Nice)

\* Pharmaco : contraception TSH - Conférencier à venir

\* Conséquences du manque de sommeil sur les performances cognitives et émotionnelles - Claude VALOT (Paris)

### Jeudi 24 mai 2018

#### MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ET PRÉMATURITÉ

9h00 Modérateur : Caroline BROCHET (Paris)

\* Règles de vie dans la prévention de la prématuroté - Caroline BROCHET (Paris)

\* Mesure de la longueur du col par échographie - Florence BRETELLE (Marseille)

\* Prise en charge des MAP : tocolysé et voie d'accouchement

Bruno CARBONNE (Monaco)

\* Prévention des complications pulmonaires et cérébrales chez le nouveau-né - Barthélémy TOSELLLO (Marseille)

12h30 ----- Déjeuner -----

ou SYMPOSIUM Laboratoire BOIRON

"Recours à l'homéopathie dans les états anxieux : de la grossesse au post-partum"

#### 14h00 PRÉSENTATION DES MÉMOIRES LAURÉATS DU GRAND PRIX ÉVIAN DES ÉCOLES

##### DE SAGES-FEMMES

##### LE SEXE FÉMININ

14h30 Modérateur : Chantal FABRE-CLERGUE (Marseille)

\* Le périnée après l'accouchement - Chantal FABRE-CLERGUE (Marseille)

\* Prise en charge de la douleur périnatale et nouvelles techniques Chantal FABRE-CLERGUE (Marseille)

\* Le sexe féminin et l'esthétique - Stéphane SMARRITO (Suisse)

\* La méduse - Alain ABELHAUSER (Rennes)

### Vendredi 25 mai 2018

#### L'ALIMENTATION DU NOUVEAU-NÉ

9h00 Modérateur : Nicolas FALaise (Marseille)

\* Accompagner l'oralité du nouveau-né - Place de la sage-femme Michelle-Pascale HASSLER (Marseille)

\* L'allaitement des premiers jours. Regard anthropologique Céline VERGUET (Nice)

\* Impact de l'administration oropharyngée du colostrum chez le nouveau-né de terme ≤ 32 semaines d'aménorrhée Charlotte ISNARD (Nice)

\* Préventions des allergies alimentaires - Hind EL MJATI (Paris)

12h30 ----- Déjeuner -----

##### ACTUALITÉS

14h00 \* RPC relatives aux prélèvements bactériologiques

\* Herpès grossesse

\*Sous réserve de modifications

## Responsables Scientifiques

Mme N. BERLO-DUPONT, Mme N. BLASCO, Mme C. BROCHET, Mme C. BUZENET (Paris), Mme C. LALLEMENT (Metz), Mme V. LECOINTE (Montpellier), Mme M-C. LEYMARIE (Clermont-Ferrand), Mme C. MORIN (Bordeaux), Mme S. MACCAGNAN (Nice), Mme C. ZAKARIAN (Marseille)



## Ateliers pratiques en sessions parallèles

(Places limitées)

- > 2 ateliers Sutures périnatales
- > 2 ateliers Échographie
- > 4 ateliers Réanimation néonatale
- > 2 ateliers Analyse du rythme cardiaque foetal
- > 2 ateliers Manoeuvres obstétricales
- > 2 ateliers Pratiques contraceptives - Pose du DIU - Implants
- > 1 atelier Suivi gynécologique de prévention - Frottis - Examen des seins
- > 1 atelier Dépistage des violences faites aux femmes
- > 1 atelier Installation en libéral
- > 1 atelier IVG médicamenteuse
- > 1 atelier Allaitement
- > 1 atelier Homéopathie
- > 1 atelier Etayer sa pratique clinique sur des preuves scientifiques et savoir interpréter les résultats de la recherche maïeutique : quelle surveillance du rythme cardiaque foetal proposer pendant le travail spontané chez une femme à bas risque obstétrical ?

## PRIX POSTERS Recherche en maïeutique

Le comité d'organisation aura le plaisir de remettre un prix aux 3 meilleurs posters :

- > Le prix Assises Nationales des Sages-Femmes de 500€ remis par le Comité Scientifique des Assises
- > Le 1<sup>er</sup> prix jelouemontirelait.com de 2000€ remis par la société AMA Santé
- > Le 2<sup>ème</sup> prix jelouemontirelait.com de 1000€ remis par la société AMA Santé

## DPC et inscriptions

### Sessions DPC

- > L'influence hormonale tout au long de la vie de la femme
- > Menace d'accouchement prématué et prématuroté
- > Le sexe féminin
- > L'alimentation du nouveau-né



### Inscriptions

N° Formation APSF : 11755452675

en cours de référencement Datadock



Droit d'inscription 3 jours : 320€ - Ateliers 30€

Renseignements et inscriptions : [www.assises-sages-femmes.eu](http://www.assises-sages-femmes.eu)

Assises Nationales des Sages-Femmes - CERC-Congrès - 17 rue Souham - 19000 TULLE

Tél. : 05 55 26 18 87 - Mail : inscription@cerc-congres.com



## LES RUBRIQUES

- agenda en bref **36**
- kiosque **37**
- fiche technique **38**
- recherche **40**
- actualités **41**
- communiqués **43**
- congrès et formations **45**

## AGENDA EN BREF

- 
- **5-6 FÉVRIER 2018**  
ISSY-LES-MOULINEAUX (92)  
16<sup>e</sup> Journées du Collège National des Sages-Femmes de France  
[cerc-congres.com](http://cerc-congres.com)
  - **17 MARS 2018**  
NANTES - 44 (Westotel La Chapelle-Sur-Erdre)  
Assemblée générale et Colloque de l'ANSFL  
<http://ansfl.org/>
  - **15-18 MARS 2018**  
MARSEILLE (13)  
11<sup>es</sup> Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle  
<http://www.assises-sexologie.com/>
  - **23-24 MARS 2018**  
STRASBOURG (67)  
Séminaire annuel Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs  
**Thème 2018 :** 10 ans de l'AFSFA : de la naissance à la reconnaissance  
[cerc-congres.com](http://cerc-congres.com)
  - **22-23-24-25 MAI 2018**  
MARSEILLE  
46<sup>es</sup> Assises Nationales des Sages-Femmes  
[www.assises-sages-femmes.eu](http://www.assises-sages-femmes.eu)
  - **31 MAI AU 2 JUIN 2018**  
Hôtel Fairmont  
MONTE CARLO  
Gyn Monaco 2018  
<http://www.gyn-monaco.com/>
  - **4 JUIN 2018**  
PARIS 7<sup>e</sup>  
Journée à thème du Collège National des Sages-Femmes de France  
[cerc-congres.com](http://cerc-congres.com)
  - **27-28 SEPTEMBRE 2018**  
PARIS 3<sup>e</sup>  
Forum Sein 2018  
[www.eska.fr](http://www.eska.fr)



## KIOSQUE

### SPECTACLE

#### C'EST (UN PEU) COMPLIQUÉ D'ÊTRE L'ORIGINE DU MONDE

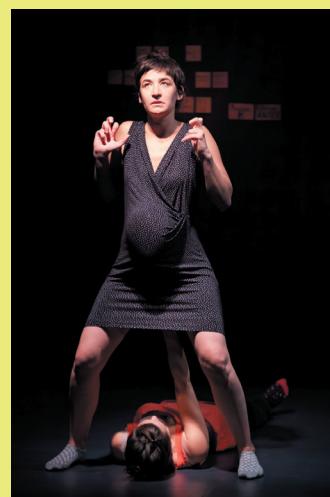
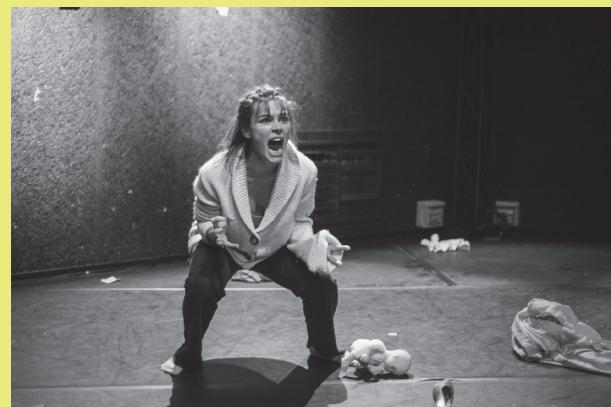
Il s'agit d'une jeune femme. Enfin de plusieurs. Mais peut-être sont-elles toutes contenues en une. Une femme à facettes comme il en est des boules. Et boule, elle va le devenir car plusieurs elle vient de se découvrir. La voilà confrontée à la maternité. Elle est donc à ce moment de sa vie où être un homme comme les autres ne lui est plus permis. Et c'est là et pour ça que commence notre quête – de sens, d'identité – qu'on aimerait féministe mais qui sera surtout un peu pathétique et très souvent contradictoire. Car elle se demande - elle ne sait pas - comment on échappe à son sort de sexe faible mais qui enfante. Alors puisqu'elle n'est pas née femme ni mère, elle va le devenir, elle va tracer sa route et en voiture Simone. (Simone dont nous reparlerons, vous imaginez bien...) Pour l'heure, pour elle, malgré la joie - et c'est l'expression qui veut ça – c'est la chute: elle est tombée enceinte. Elle tombe de haut en elle-même, dans la maternité qui se doit d'être heureuse parce qu'elle est désirée, dans cette bouche béante sans un poil auquel se rattraper.

**Création collective:** Les Filles de Simone, Claire Fretel, Tiphaine Gentilleau, Chloé Olivères

**Avec:** Tiphaine Gentilleau, Chloé Olivères

#### CALENDRIER 2018

[http://www.cie-lesfillesdesimone.com/spectacle/l\\_c-est-un-peu-complique-d-etre-l-origine-du-monde.html](http://www.cie-lesfillesdesimone.com/spectacle/l_c-est-un-peu-complique-d-etre-l-origine-du-monde.html)



### BD

#### PAROLES D'HONNEUR

##### RABAT - ÉTÉ 2015

Leïla Slimani fait la connaissance de Nour, une Marocaine qui lui raconte sans tabou sa sexualité et les tragédies intimes que subissent la plupart des femmes qu'elle connaît.

Ce témoignage poignant, suivi d'autres rencontres à travers le pays, bouleverse la romancière franco-marocaine qui décide de mettre la parole de ces femmes à l'honneur. À travers leurs histoires personnelles, on découvre le drame de la condition sexuelle féminine au Maroc au sein d'une société hypocrite qui condamne le désir et la liberté d'aimer.

Cette BD reportage dépeint sans concession la réalité complexe d'un pays où l'islam est religion d'État et rappelle à chacun de nous l'importance du combat pour les droits fondamentaux de la femme.

##### LES AUTEURS

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

Laetitia Coryn est auteure de BD. Elle fait ses premières armes dans l'édition avec *Le Monde merveilleux des vieux*, deux tomes parus chez Drugstore en 2008 et 2009 (Glénat). Elle est également auteure, avec Philippe Brenot, de *Sex Story*, la première histoire de la sexualité en BD, best-seller international.



**Éditeur:** Les Arènes

110 Pages - Prix: 20 €

Format: 193 x 210 mm

Parution: 6 sept. 2017

ISBN: 9782352046547

<http://www.arenes.fr>

KIOSQUE



# Quels sont les PRINCIPAUX EFFETS DU PLOMB sur la santé chez l'enfant et la femme enceinte ?

## TOXICOCINÉTIQUE DU PLOMB

### ABSORPTION

Dans la plupart des situations d'exposition extraprofessionnelles, l'absorption après ingestion du plomb est digestive. Elle est faible chez l'adulte (5 à 10 %) et beaucoup plus importante chez le jeune enfant (40 à 55 %). Elle est augmentée par la vitamine D, et par les régimes carencés en fer et en calcium.

L'absorption du plomb est respiratoire quand il est présent sous forme de vapeurs ou de poussières très fines de diamètre aérodynamique inférieur à 5 µm.

### DISTRIBUTION

À l'état d'équilibre, le plomb sanguin ne représente que 1 % à 2 % de la quantité présente dans l'organisme. Les tissus mous en contiennent 5 à 10 % : c'est la plus grande partie du plomb biologiquement actif. Plus de 90 % (plus de 75 % chez l'enfant) de la dose interne de plomb sont osseux. Le plomb lié à l'os compact ne produit pas d'effet toxique et ses mouvements sont très lents. Cependant, il peut être libéré massivement en cas de déminéralisation étendue (corticothérapie prolongée, ostéoporose, tumeur osseuse, immobilisation prolongée). De même, la réserve de plomb biologiquement actif augmente pendant la grossesse et l'allaitement. Il franchit aisément la barrière placentaire : à la naissance, les plombémies de la mère et de l'enfant sont peu différentes.

### LIMINATION

L'excrétion du plomb est principalement urinaire (> 75 %) et fécale (15-20 %). Il existe aussi une faible excréption lactée, la concentration en du plomb dans le lait est généralement inférieure à 10 % de la concentration sanguine de la femme qui allaita. À l'arrêt de l'exposition, la décroissance de la plombémie est

lente ; la cinétique de l'élimination est polyphasique : la demi-vie est d'abord de 30-40 jours ; après quelques mois, elle est supérieure à 10 ans. Elle est très augmentée en cas d'insuffisance rénale.

## LES PRINCIPAUX EFFETS DU PLOMB SUR LA SANTÉ

Le tableau A1, indique les principaux effets toxiques du plomb chez l'enfant et chez l'adulte avec, en regard, les niveaux de plombémie à partir desquels ils ont été observés.

### LES EFFETS CHEZ LE JEUNE ENFANT

Chez les jeunes enfants, les effets critiques (c'est-à-dire qui surviennent aux plus faibles doses) sont neurologiques :

- Il existe une corrélation inverse et sans seuil entre la plombémie et certaines performances cognitives.

Dès 12 µg/L un point de quotient intellectuel (QI) est perdu (EFSA, 2010) et entre 0 et 100 µg/L, une baisse totale de 6 à 7 points est attendue. Au-delà, chaque élévation de 100 µg/L de la plombémie entraîne une baisse de 1 à 3 points. Les altérations cognitives induites sont durables : elles persistent lorsque les enfants grandissent et à l'âge adulte.

- Le plomb est également responsable de troubles de l'attention avec un effet dose-dépendant.

Ces effets sont documentés même lorsque la plombémie est inférieure à 50 µg/L.

- Chez les enfants plus âgés (6-15 ans dans plusieurs études nord-américaines), l'élévation de la plombémie est associée à une augmentation des risques de comportements délictueux ou antisociaux décelables même lorsque la plombémie est inférieure à 100 µg/L.

- L'augmentation de la plombémie est aussi associée à une diminution de

l'acuité auditive. Cet effet est sans seuil mais de faible amplitude avec perte de 2 décibels, lorsque la plombémie augmente de 100 µg/L.

### LES EFFETS DU PLOMB PENDANT LA GROSSESSE

Le plomb est fœtotoxique. À forte dose, il induit des malformations chez l'animal, mais il n'existe pas de preuve de sa tératogénicité dans l'espèce humaine. Il existe des preuves épidémiologiques d'augmentation avec la plombémie de la femme enceinte des risques de :

- Avortement ou accouchement prématué avec des preuves suffisantes lorsque la plombémie est supérieure à 250 µg/L et limitées en deçà.
- Retard de croissance intra-utérin et petit poids de naissance même lorsque la plombémie est inférieure à 50 µg/L.
- Troubles cognitifs chez l'enfant même lorsque la plombémie est inférieure à 50 µg/L.
- Augmentation du risque d'hypertension artérielle gravidique.

Les effets sans seuil du plomb justifient que la plombémie de la population générale soit aussi faible que possible, en particulier celle des femmes enceintes ou en envisageant une grossesse et celle des jeunes enfants.



## FICHE TECHNIQUE

**TABLEAU A1**  
**Effets sur la santé du plomb: synthèse des données de la littérature**

Plombémie ( $\mu\text{g}/\text{L}$ )	Effets
► 2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risque de décès, chez l'adulte</li> <li>Risque d'encéphalopathie sévère chez l'adulte</li> </ul>
2000 - 1500	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hépatite cytolytique</li> <li>Syndrome de Toni-Debré-Fanconi</li> </ul>
1500 - 1000	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risque d'intoxication mortelle, chez l'enfant</li> <li>Risque élevé d'encéphalopathie sévère, chez l'enfant</li> <li>Risque de neuropathie périphérique cliniquement évidente, chez l'adulte</li> <li>Colique saturnine</li> </ul>
1000 - 700	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anémie</li> <li>Risque d'encéphalopathie sévère chez l'enfant</li> <li>Signes électriques de neuropathie périphérique décelables au niveau individuel</li> </ul>
700 - 500	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élévation de l'ALA* urinaire au-dessus de la valeur limite</li> <li>Douleurs abdominales et ralentissement du transit digestif</li> <li>Risque de néphropathie glomérulaire et tubulo-interstitielle (après exposition prolongée)</li> </ul>
500 - 400	<ul style="list-style-type: none"> <li>Troubles mentaux organiques avérés, chez l'adulte</li> <li>Risque d'encéphalopathie subaiguë, chez l'enfant</li> <li>Premiers signes d'atteinte tubulaire rénale</li> <li>Diminution du taux d'hémoglobine (anémie seulement au-delà de 700-800 <math>\mu\text{g}/\text{L}</math>)</li> </ul>
400 - 200	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminution des vitesses de conduction nerveuse</li> <li>Élévation de la ZPP*</li> <li>Inhibition de la synthèse de la vitamine D</li> <li>Augmentation du délai nécessaire pour concevoir chez les hommes exposés</li> <li>Augmentation du risque d'avortement, en cas d'exposition pendant la grossesse</li> </ul>
200 - 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>Altérations du spermogramme</li> </ul>
100 - 50	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retard de la maturation sexuelle chez l'enfant</li> <li>Augmentation du risque de retard pubertaire</li> <li>Augmentation du risque d'hypertension artérielle gravidique</li> <li>Inhibition de l'ALAD*</li> </ul>
< 50	<ul style="list-style-type: none"> <li>Troubles cognitifs, chez l'enfant</li> <li>Diminution de l'acuité auditive, chez l'enfant (preuves limitées chez l'adulte)</li> <li>Élévation de la pression artérielle et du risque d'HTA* chez l'adulte</li> <li>Diminution du débit de filtration glomérulaire chez l'adulte et l'adolescent</li> <li>Augmentation du risque de maladie rénale chronique chez l'adulte</li> <li>Augmentation du risque de petit poids de naissance, en cas d'exposition <i>in utero</i></li> <li>Inhibition du développement staturo-pondéral chez l'enfant</li> </ul>

\*ALA : Acide  $\delta$ -aminolévulinique - ALAD : Déhydratase de l'acide  $\delta$ -aminolévulinique - HTA : Hypertension artérielle - ZPP : Protoporphyrine-zinc.

### POUR EN SAVOIR PLUS

- Agency for toxic substances and disease registry (ATSDR) US department of health and human services, « Toxicological profile for lead », 2007  
[https://www.google.fr/search?q=Toxicological+profile+for+lead&ie=utf-8&oe=utf-8&gws\\_rd=cr&dcr=0&ei=Oq7LWZyDJcm-aLiAjYgG](https://www.google.fr/search?q=Toxicological+profile+for+lead&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&dcr=0&ei=Oq7LWZyDJcm-aLiAjYgG)
- EFSA Panel on Contaminants in the Food Chain (CONTAM). 2010. « Scientific Opinion on Lead in Food ». EFSA Journal 8 (4): 1570. doi:10.2903/j.efsa.2010.1570.
- Haut Conseil de la santé publique, Détermination de nouveaux objectifs de gestion des expositions au plomb. Paris, 2014.  
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=444>
- National Toxicology program US DHHS, « Health Effects of Low-level Lead Evaluation », 2012.  
<https://ntp.niehs.nih.gov/pubhealth/hat/noms/lead/index.html>



## L'administration systématique d'antibiotiques après un accouchement normal afin de réduire la morbidité infectieuse maternelle

### *Routine Antibiotic Prophylaxis After Normal Vaginal Birth for Reducing Maternal Infectious Morbidity*

**L'**objectif de cette revue systématique de la littérature est d'évaluer si l'administration de l'antibioprophylaxie systématique lors d'un accouchement normal (sans complications) permet de réduire la morbidité infectieuse maternelle et les résultats néonataux, comparé à l'utilisation de placebo ou d'absence d'antibioprophylaxie.

L'administration pourrait réduire le risque d'endométrite après un accouchement non compliqué par les voies vaginales. Le petit nombre d'études et leur méthodologie limitent l'interprétation des données pour une application dans la pratique et particulièrement lorsque les femmes possèdent des facteurs de risques d'endométrite. L'utilisation des antibiotiques n'a pas réduit l'incidence

des infections urinaires, l'infection des plaies ou la longueur du séjour maternel d'hôpital. Les antibiotiques ne constituent pas un substitut pour des mesures de prévention et de contrôle du risque infectieux autour de la période de l'accouchement et de la période post-partum. La décision pour administrer une antibioprophylaxie en systématique doit être mise en balance avec le risque de créer des résistances antimicrobiennes. Des études randomisées contrôlées de forte puissance sont nécessaires pour évaluer la valeur ajoutée d'une telle antibioprophylaxie.

**COCHRANE DATABASE SYST REV.** 2017 Nov 13; 11: CD012137. doi: 10.1002/14651858.CD012137.pub2.

Bonet M, Ota E, Chibueze CE, Oladapo OT.

## La combinaison régime/activité physique afin de prévenir le diabète gestационnel

### *Combined diet and exercise interventions for preventing diabetes mellitus*

**L'**objectif de cette revue systématique de la littérature est d'évaluer les effets de l'association d'un régime alimentaire et de l'activité physique afin de prévenir le diabète gestational chez les femmes enceintes et les conséquences délétères associées pour la mère et l'enfant.

Des études suggèrent que la combinaison d'exercices et d'un régime alimentaire pendant la grossesse permet de réduire le risque de diabète gestational, de césarienne ainsi que la prise de poids maternel comparé au groupe avec des soins standards. Il n'y a pas de différences claires concernant les désordres hypertensifs, la mortalité périnatale, la macrosomie, les traumatismes péri-néaux, l'hypoglycémie néonatale et

l'obésité infantile. Néanmoins, selon méthodologie GRADE utilisée (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), les niveaux de preuves ont été jugés comme modérés voire faibles.

La variabilité des modalités de régime et d'exercice examinés dans les études incluses limite leur capacité à influencer les pratiques. Les futures études devraient décrire les interventions utilisées plus en détail, comment ceux-ci ont influencé le changement de comportement.

**COCHRANE DATABASE SYST REV.** 2017 Nov 13; 11: CD010443. doi: 10.1002/14651858.CD010443.pub3.

Shepherd E, Gomersall JC, Tieu J, Han S, Crowther CA, Middleton P.

## META-ANALYSIS OF THE EFFECT OF THE MATERNAL VITAMIN D LEVEL ON THE RISK OF SPONTANEOUS PREGNANCY LOSS

### **ABSTRACT**

#### **BACKGROUND**

The association between vitamin D deficiency and early spontaneous pregnancy loss (SPL) is unclear.

#### **OBJECTIVES**

To assess the association of serum 25-hydroxyvitamin D (25(OH)D) and SPL.

#### **SEARCH STRATEGY**

Embase, PubMed, and Web of Science were searched for relevant papers published before February 20, 2016, using search terms including « vitamin D » and « pregnancy loss. »

#### **SELECTION CRITERIA**

Case-control and cohort studies investigating the relationship of maternal serum 25(OH)D and SPL were included.

#### **DATA COLLECTION AND ANALYSIS:**

Two authors independently extracted original data from the selected papers. The DerSimonian-Laird random-effects model was used to perform the meta-analysis. Heterogeneity was assessed by calculating I<sup>2</sup>.

#### **MAIN RESULTS**

Five studies, including 10 630 pregnant women, met the inclusion criteria. There was no significant association between a low 25(OH)D level and an increased risk of SPL. In a subgroup analysis, an extremely low 25(OH)D level (<20 ng/mL) was significantly associated with an increased risk of SPL in the first trimester (relative risk 2.24, 95% confidence interval 1.15–4.37); the heterogeneity across studies was not significant ( $I^2 = 0.0\%, P = 0.355$ ).

#### **CONCLUSIONS**

Severe Vitamin D deficiency could be detrimental to early embryonic development and increase the risk of early SPL.

#### **INT J GYNAECOL OBSTET.**

2017 Sep; 138 (3): 242–249. doi: 10.1002/ijgo.12209. Epub 2017 Jun 19.

Zhang H1, Huang Z2, Xiao L3, Jiang X1, Chen D1, Wei Y1.

#### **LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS**

*to increase*: augmenter

*to assess*: évaluer

*case-control*: étude cas-témoin

*confidence interval*: intervalle de confiance

*data*: données

*early spontaneous pregnancy loss*: fausse couche précoce spontanée



## POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND ANTEPARTUM COMPLICATIONS: A NOVEL RISK FACTOR FOR GESTATIONAL DIABETES AND PREECLAMPSIA

### ABSTRACT

### BACKGROUND

Prior work shows that Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) predicts an increased risk of preterm birth, but the causal pathway(s) are uncertain. We evaluate the associations between PTSD and antepartum complications to explore how PTSD's pathophysiology impacts pregnancy.

### METHODS

This retrospective cohort analysis of all Veterans Health Administration (VA)-covered deliveries from 2000-12 used the data of VA clinical and administration. Mothers with current PTSD were identified using the ICD-9 diagnostic codes (i.e. code present during the antepartum year), as were those with historical PTSD. Medical and administrative data were used to identify the relevant obstetric diagnoses, demographics and health, and military deployment history. We used Poisson regression with robust error variance to derive the adjusted relative risk estimates (RR) for the association of PTSD with five clinically relevant antepartum complications [gestational diabetes (GDM), preeclampsia, gestational hypertension, growth restriction, and abruption]. Secondary outcomes included proxies for obstetric complexity (repeat hospitalisation, prolonged delivery hospitalisation, and caesarean delivery).

### RESULTS

Of the 15 986 singleton deliveries, 2977 (19 %) were in mothers with PTSD diagnoses (1880 (12 %) current PTSD). Mothers with the complication GDM were 4.9 % and those with preeclampsia were 4.6 % of all births. After adjustment, a current PTSD diagnosis (reference = no PTSD) was associated with an increased risk of GDM (RR 1.4, 95 % confidence interval (CI) 1.2, 1.7) and preeclampsia (RR 1.3, 95 % CI 1.1, 1.6). PTSD also predicted prolonged (>4 day) delivery hospitalisation (RR 1.2, 95 % CI 1.01, 1.4), and repeat hospitalisations (RR 1.4, 95 % CI 1.2, 1.6), but not caesarean delivery.

### CONCLUSIONS

The observed association of PTSD with GDM and preeclampsia is consistent with our nascent understanding of PTSD as a disruptor of neuroendocrine and cardiovascular health.

### PAEDIATR PERINAT EPIDEMIOL.

2017 May; 31 (3): 185-194. doi: 10.1111/ppe.12349.  
Epub 2017 Mar 22.  
Shaw JG Asch SM, Katon JG Shaw KA Kimerling R,  
Frayne SM Phibbs CS

### LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

prior work: études précédentes

outcomes: résultats/issues

preterm birth: accouchement

nascent: récent

prématuré

consistent: cohérent

pathway: voie

proxies: indicateurs

current: actuel

relevant: pertinent

i.e.: par exemple

ACTUALITÉS

### RAPPORT WBTI 2017

Le Rapport World Breastfeeding Trends Initiative (WBTI) France complet est sorti fin décembre 2017. Il présente un audit des politiques d'allaitement en France, repère les failles et propose des actions pour aller de l'avant.



### POUR LE CONSULTER OU LE TÉLÉCHARGER

<https://info-allaitement.org/ressources-en-ligne/rapport-wbti-france/>

### ARRÊTÉ DU 27 DÉCEMBRE 2017

JORF N° 0303 DU 29 DÉCEMBRE 2017

TEXTE N° 78

*Arrêté du 27 décembre 2017 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études de sage-femme à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2017-2018 et le nombre d'étudiants pouvant être admis directement en deuxième année de ces études à la rentrée universitaire 2018-2019 en application de l'article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques*

NOR: SSAH1736411A

Par arrêté de la ministre des solidarités et de la santé et de la ministre de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation en date du 27 décembre 2017, le nombre maximal des étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études de sage-femme à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2017-2018 est fixé à 991, répartis entre les établissements suivants:

**Université d'Aix-Marseille:** pour l'école universitaire de maïeutique Marseille-Méditerranée : **36**.

**Université d'Amiens:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire d'Amiens : **35**.

**Université d'Angers:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire d'Angers : **25**.

**Université des Antilles:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Fort-de-France : **23**.

**Université de Besançon:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Besançon : **26**.

**Université de Bordeaux:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Bordeaux : **27**.

**Université de Brest:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Brest : **23**.

**Université de Caen:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Caen : **24**. >>>

ACTUALITÉS



## ACTUALITÉS

# ACTUALITÉS

**Université Auvergne-Clermont-Ferrand-I:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand: **30.**

**Université de Corse:** **5**, dont:

- pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Nice: 2;
- pour l'école de sages-femmes de la maternité Baudelocque: 2.
- pour la formation sages-femmes de l'institut de formation aux métiers de la santé du centre hospitalier régional universitaire de Montpellier: 1.

**Université de Bourgogne-Dijon:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Dijon: **27**.

**Université Grenoble-Alpes:** pour le département de maïeutique de l'unité de formation et de recherche de médecine: **37**.

**Université de la Guyane:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Fort-de-France: **2**.

**Université Lille-II:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier régional universitaire de Lille: **40**.

**Institut catholique de Lille:** faculté de médecine et maïeutique: **29**.

**Université de Limoges:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Limoges: **18**.

**Université de Lorraine:** **49**, dont:

- pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier régional de Metz: 24;
- pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Nancy: 25.

**Université Lyon-I:** pour l'unité de formation et de recherche de médecine et de maïeutique Lyon-Sud: **47**, dont:

- pour le site de formation maïeutique de Lyon: 31;
- pour le site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse: 16.

**Université Montpellier-I:** **66**, dont:

- pour la formation sages-femmes de l'institut de formation aux métiers de la santé du centre hospitalier régional universitaire de Montpellier: 36;
- pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Nîmes: 30.

**Université de Nantes:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Nantes: **27**.

**Université de Nice:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Nice: **28**.

**Université de Nouvelle-Calédonie:** pour l'école de sages-femmes de l'Hôpital St Antoine: **4**.

**Université Paris-V:** **31**, dont:

- pour l'école de sages-femmes Baude-locque: 14;
- pour l'école de sages-femmes de l'hôpital Foch: 17.

**Université Paris-VI:** pour l'école de sages-femmes Saint Antoine: **30**.

**Université Paris-VII:** **27**:

- pour l'école de sages-femmes Baude-locque: 10;
- pour le département de maïeutique de l'unité de formation et de recherche des sciences de la santé Simone Veil
- Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines: 17.

**Université Paris-XI:** pour l'école de sages-femmes de l'hôpital Foch: **11**.

**Université Paris-XII:** pour l'école de sages-femmes Saint Antoine: **10**.

**Université Paris-XIII:** pour l'école de sages-femmes Baude-locque: **10**.

**Université de Versailles Saint Quentin-en-Yvelines:** pour le département de maïeutique de l'unité de formation et de recherche des sciences de la santé Simone Veil- Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines: **18**.

**Université de Poitiers:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Poitiers: **21**.

**Université de Polynésie française:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier territorial de Papeete: **2**.

**Université de Reims:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Reims: **27**.

**Université Rennes-I:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Rennes: **27**.

**Université de La Réunion:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de La Réunion: **27**.

**Université de Rouen:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Rouen: **24**.

**Université de Saint-Etienne:** **12**, dont:

- pour le site de formation maïeutique de Lyon: 7;
- pour le site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse: 5.

**Université de Strasbourg:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Strasbourg: **30**.

**Université Toulouse-III:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Toulouse: **26**.

**Université Tours:** pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier régional et universitaire de Tours: **30**.

**Total: 991.**

En application de l'article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, **le nombre maximal d'étudiants pouvant être admis directement en deuxième année des études de sage-femme** à la rentrée universitaire 2018-2019 dans chacun des établissements visés aux deuxième, troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article 6 de l'arrêté du 20 février 2014 modifié relatif à l'expérimentation de nouvelles modalités d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques est fixé comme suit:

**Université d'Angers:** 5.

**Université Auvergne-Clermont-Ferrand-I:** 5.

**Université Grenoble Alpes:** 3.

**Université Paris-V:** 5.

**Université Paris-VII:** 3.

**Université Paris-XIII:** 3.

**Université de Poitiers:** 2.

**Université de Reims:** 2.

**Université de Rennes-I:** 3

**Université de Rouen:** 4.

**Université de Strasbourg:** 2.

**Université Tours:** 6.

Ce nombre est à déduire de celui fixé à l'article 1<sup>er</sup>.

Les places prévues au titre de l'admission directe en deuxième année par le présent article non pourvues par le jury sont reportées au bénéfice de la voie ouverte à l'issue de la première année commune aux études de santé.

Lorsque dans la limite du contingent attribué à chaque unité de formation et de recherche se trouvent classés en rang utile des étudiants étrangers autres que les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Principauté d'Andorre ou de la Confédération suisse, une majoration égale au nombre d'étudiants étrangers classés en rang utile peut être effectuée, sans que cette majoration puisse excéder 8 % du contingent initialement fixé.

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/12/27/SSAH1736411A/jo/texte>



## COMMUNIQUÉS

### COMMUNIQUÉ DE PRESSE → 29.12.17

#### CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

Suivi gynécologique et de prévention des femmes

## L'Ordre réaffirme le rôle fondamental des Sages-Femmes

À la suite de l'enquête publiée par *Le Monde*, qui évoque « la grande galère » des femmes pour trouver un gynécologue, et face à la préoccupation grandissante des femmes face à la pénurie de médecins spécialistes, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes ne peut rester silencieux. Il entend ainsi réaffirmer le rôle primordial des sages-femmes auprès des femmes en bonne santé.

I est nécessaire de rappeler que les gynécologues ne sont pas les seuls à pouvoir assurer le suivi des femmes : **les médecins généralistes et les sages-femmes sont aussi compétents.**

Ainsi, depuis la loi HPST de 2009, les sages-femmes ont le droit de pratiquer les consultations gynécologiques de prévention. Elles réalisent les frottis et peuvent dépister un cancer, prescrire des examens. Elles ont aussi la possibilité de prescrire tous les moyens de contraception, et même de poser et retirer un stérilet ou un implant contraceptif. Depuis 2016, elles sont habilitées à prescrire et pratiquer les IVG médicamenteuses, et à vacciner l'entourage de la femme et du nouveau-né.

L'objectif n'est pas d'offrir des soins dégradés aux femmes puisque **les étudiants sages-femmes bénéficient d'un enseignement théorique de 170 heures en moyenne en gynéco-**

**logie et au moins du même nombre d'heures en stages cliniques**, qui pour un certain nombre sont réalisés auprès de gynécologues. Formés à l'éthique clinique au cours de leurs cinq années d'études, les étudiants sages-femmes bénéficient d'enseignements orientés sur la bienveillance et l'autonomie des patients. À ce titre, les sages-femmes exercent un rôle fondamental dans le dépistage et la prévention des violences faites aux femmes.

**Exerçant en libéral mais aussi en établissement de santé et en PMI**, les sages-femmes voient malheureusement leurs compétences sous-utilisées et leur **rôle parfois méconnu du grand public**, malgré les témoignages de satisfaction croissants des femmes. Ainsi, leur rôle n'est que rarement mentionné dans les campagnes de lutte contre les cancers féminins alors que les **actions de prévention en santé constituent la priorité des pouvoirs publics**.

Pour Anne-Marie CURAT, Présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes : « *Il ne s'agit nullement de se substituer aux médecins généralistes ou spécialistes : le rôle des sages-femmes est centré sur la physiologie et l'orientation est naturelle dès qu'une maladie apparaît. Il est donc urgent que la répartition des rôles de chacun soit clarifiée car le nombre de professionnels autour de la santé des femmes en France est suffisant dès lors que chacun est en mesure d'exercer pleinement les missions pour lesquelles il a été formé. Ces rôles doivent être communiqués clairement au grand public afin de ne plus laisser les femmes désenparées face à des difficultés d'accès aux soins* ».



### COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 06.11.17

#### POLITIQUE NATIONALE NUTRITION SANTÉ

**Le HCSP préconise de prendre des mesures réglementaires pour améliorer l'offre alimentaire, afin de permettre à l'ensemble de la population l'accès à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle, et recommande des actions prioritaires pour les enfants**

**S**uite à une saisine du ministère chargé de la santé, le HCSP publie un rapport présentant ses propositions pour une Politique Nationale Nutrition Santé (PNNS 2017-2021) à la hauteur des enjeux de santé publique en France. Partant de l'analyse des politiques nutritionnelles dans le monde et des trois PNNS qui se sont succédé depuis seize ans en France, le HCSP a pris en compte les limites des stratégies de santé publique fondées exclusivement sur des actions ou des mesures >>>

## COMMUNIQUÉS



## COMMUNIQUÉS

# COMMUNIQUÉS

visant à agir sur les déterminants individuels des comportements alimentaires et d'activité physique. La communication et l'éducation nutritionnelle des populations, aussi primordiales soient-elles, n'agissent pas de manière isolée sur les inégalités sociales de santé en nutrition, voire sont susceptibles de les agraver. En effet, si les consommations alimentaires ou de pratique d'activité physique relèvent d'un choix personnel, ce choix est influencé par divers facteurs extérieurs à l'individu selon un schéma causal complexe. En pratique, les choix individuels ne peuvent se porter que difficilement vers des aliments de bonne qualité nutritionnelle si l'environnement n'y est pas favorable.

Le HCSP considère que pour être réellement efficace, une politique nutritionnelle de santé publique doit intégrer des actions puissantes visant à modifier l'offre alimentaire et d'activité physique. La finalité de ces actions est d'agir sur l'environnement afin que le choix « santé » des individus puisse devenir plus aisés pour tous : modification de l'environnement physique pour la pratique d'activité physique, incitation à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments de consommation courante. Le HCSP a également pris en considération le fait que dans le cadre des PNNS 2001-2017, les mesures d'autorégulation, si elles ont permis certaines avancées, ont montré leurs limites en ne parvenant à toucher qu'une part restreinte de l'offre alimentaire et en ne régulant pas le marketing environnant la consommation alimentaire.

Deux priorités sont proposées par le HCSP :

- Adopter une stratégie d'universalisme proportionné, avec des mesures générales visant l'ensemble de la population, complétées par des interventions plus spécifiques sur les populations les plus défavorisées.
- Développer des interventions et politiques publiques pour les enfants, car c'est dans cette période de la vie que se forment le goût, le rapport à l'alimentation et l'exercice physique et que se construit la santé des adultes.

Le HCSP propose, pour 2017-2021, une politique nutritionnelle de santé publique s'appuyant sur des mesures visant la population générale avec un ciblage proportionné ayant une intensité graduée selon le degré de désavantage. Il s'agit de favoriser des comportements favorables à la santé (alimentation et activité physique), en modifiant l'environnement des personnes quelle que soit leur position socio-économique. Il souhaite que soient développées, en complément de cette action sur l'environnement, des actions spécifiquement orientées vers les populations défavorisées.

Le HCSP préconise de nouvelles voies, y compris fiscales et réglementaires, pour accélérer l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire, favoriser l'accessibilité physique et économique à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle et réduire la pression marketing incitant à consommer des aliments de moins bonne qualité nutritionnelle, notamment pour les populations les plus fragiles

(enfants, jeunes prioritairement). La même approche est proposée pour la promotion de l'activité physique.

Le HCSP recommande d'améliorer la prise en charge financière des pathologies nutritionnelles, pour éviter que le système de soins contribue lui aussi à creuser les inégalités, et préconise une régulation du recours à la chirurgie bariatrique.

Cette politique nutritionnelle, qui doit tenir compte des préoccupations environnementales et de développement durable, nécessite une réorganisation de sa gouvernance. Le HCSP recommande de mettre en place un pilotage interministériel avec une finalité claire de santé publique et d'assurer une cohérence entre les mesures nationales et régionales.

Ces préconisations dans le champ de la nutrition s'inscrivent dans la ligne de celles que le HCSP a émises pour la Stratégie nationale de santé.

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



Le Haut Conseil de la santé publique est une instance d'expertise pour l'aide à la décision, qui a notamment pour mission de fournir aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire.



## CONGRÈS & FORMATION

<http://ansfl.org/>

**COLLOQUE DE L'ANSFL**  
SAMEDI 17 MARS 2018 DE 9 H À 17 H, À NANTES

**TOUT SEUL ON VA PLUS VITE,  
ENSEMBLE ON VA PLUS LOIN**  
PRÉ-PROGRAMME À CONFIRMER

**CE QUI NOUS RELIE**  
Exercer en maison de santé pluridisciplinaire  
Laurence Casse

Réseaux de périnatalité :  
apports dans les relations interprofessionnelles  
Rozenn Collin

Du côté des réseaux sociaux  
Mylène Beaudron-Tortajada

**TABLE RONDE INTERPROFESSIONNELLE**

Partenaires particulières cherchent partenaires particuliers...  
Micheline Boivineau (sage-femme territoriale), Catherine Le Biavan (sage-femme hospitalière), Dr Teddy Linet (gynécologue-obstétricien), Hélène Morin (sage-femme libérale), Dr Philippe Marissal (médecin généraliste)...

Ce colloque sera précédé de l'AG de l'ANSFL,  
le vendredi 16 mars à 14 h.

**FORMATIONS ANSFL 2018**  
Organisme de formation enregistré  
sous le n° 53 35 08377 35

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

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

**ÉCHOGRAPHIE ET EXAMENS  
COMPLÉMENTAIRES DANS LE SUIVI  
DE LA GROSSESSE NORMALE**  
Intervenantes : Évelyne Rigaut (SF-Écho)  
Lorraine Guénédal (Biologiste)  
Date : 7-8 juin 2018  
Lieu : Lyon (groupe constitué)

**LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION  
ET DE GYNÉCOLOGIE DE PRÉVENTION**  
Intervenante : Annie Sirven (SF)  
Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)  
• Session I : Date : [site www.ansfl.org](http://www.ansfl.org)  
• Session II : Date : 20-21-22 mars 2018  
(Pré-requis : session I)

**L'INSTALLATION EN LIBÉRAL**  
Intervenante : Laurence Platel (SF).  
Date : 16 fév 2018 - Lieu : Paris 15<sup>e</sup>

**LA PRATIQUE LIBÉRALE :  
CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS**  
Intervenante : Laurence Platel (SF).  
Date : 5 avril 2018 - Lieu : Paris 15<sup>e</sup>

**INITIATION À LA PENSÉE CRITIQUE  
LES SAGES-FEMMES**  
Intervenante : Amélie Battaglia (SF)  
Date : 5-6 juin 2018 - Lieu : Paris 17<sup>e</sup>

**LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES  
À BAS RISQUES**  
Intervenante : Amélie Battaglia (SF)  
Date : 2<sup>e</sup> sem 2018 - Lieu : Paris

**LA SEXOLOGIE DANS L'ACCOMPAGNEMENT  
DE NOS PATIENTES ET DE LEURS CONJOINTS**  
Intervenante : Nicole Andrieu (SF)

- Session I  
Date : 27-28 mars 2018  
Lieu : Crest (26) (groupe constitué)
- EUTONIE : RÉÉDUCATION EN POSTNATAL**  
Intervenante : Martine Gies (SF)  
Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
  - Session I : Découverte  
Date : 5-6 avril 2018
  - Session II : Les pathologies urinaires  
Date : 21-22 juin 2018 (Pré requis : session I)
  - Session III : Retrouver la mobilité et le dynamisme  
Date : 27-28 sept 2018 (Pré requis : session II)
  - Session IV : Analyse du mouvement.  
Respect de soi, de l'autre  
Date : 28-29 nov 2018 (Pré requis : session III)
- ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE  
ET LA PARENTALITÉ**  
Intervenante : Odile Tagawa (SF)
  - Session I : Prénatal  
Date : 2<sup>e</sup> sem 2018 - Lieu : Marseille
  - Session II : Postnatal

**Toutes nos formations : FIF-PL**

Contact Formation ANSFL : Martine Chayrouse  
[formation@ansfl.org](mailto:formation@ansfl.org) - Tél. : 07 82 19 11 59

**XXI<sup>es</sup> JOURNÉES DE  
Sénologie Interactive 2018**

Les Événements et Avancées  
de l'Année en Sénologie

**SAVE THE DATE**

**FORUM SEIN 2018**  
Journées du Sénopôle  
Saint-Louis - Territoire Nord  
Jeudi 27 & Vendredi 28 septembre 2018

Actualités interactives sur le cancer du sein **DPC 1**

Prise en charge actuelle et suivi du cancer du sein **DPC 2**

**ESPACE SAINT MARTIN**  
199 BIS, RUE SAINT-MARTIN 75003 PARIS  
Journées fondées par le Pr André Gorin et le Dr Marc Espié

PRÉSIDENT ORGANISATEUR DU CONGRÈS ET SECRÉTAIRE SCIENTIFIQUE : MARC ESPIÉ  
(SÉNOPOLE SAINT LOUIS) - HÔPITAL SAINT-LOUIS  
1 AVENUE CLAUDE VELLEFAUX 75010 PARIS - TÉL 01 42 49 92 93

Des journées organisées par le Centre de Formation des Editions ESKA - CFFEE : N°11753436775  
Inscription à adresser à la CFFEE aux Editions ESKA CONGRÈS  
Directeur Général : Serge KEBABITCHIEFF / Adeline MARECHAL  
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35  
E-mail : inscriptions et renseignements : [congres.eska.fr](http://congres.eska.fr) - Site : <http://www.congres.eska.fr/>

**Formations en haptonomie**

CIRDH FRANS VELDMAN

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

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

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

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

**RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTIONS**  
Tél. : 01 42 01 68 20  
Mail : [cirdhv@haptonomie.org](mailto:cirdhv@haptonomie.org)  
[www.haptonomie.org](http://www.haptonomie.org)

OGDPC habilité à dispenser des programmes de DPC



## FORMATION

Pour une bonne prise en compte de vos annonces ou de leurs mises à jour, nous vous recommandons de nous les adresser  
**AU PLUS TARD LE 10 DU MOIS PRÉCÉDENT.** ☎ [congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr)

**Association Nationale Natation & Maternité**  
PIONNIÈRE DEPUIS 1977

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

**Prochaines formations**

- Clamart (92)
  - Stage prénatal : les 23, 24, 25 avril 2018
  - Stage postnatal : le 26 avril 2018

► Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes

**Programme et inscription**

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

N° D'AGR. FORMATION CONTINUE : 11 92 119 4292

## Pratiquer dès le lendemain du séminaire



Institut  
Naissance  
& Formations



N° 1612  
Organisé en partenariat avec l'Agence régionale du DPC  
Retrouvez toute l'offre du DPC sur [www.institutnaissanceetformations.fr](http://www.institutnaissanceetformations.fr)

**Calendrier  
2018**

### Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh

Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

#### PROGRAMME EN 3 ÉTAPES

- 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> étapes présentielle (dates indiquées ci-après)
- 3<sup>e</sup> étape non présentielle

- Niveau 1**
- St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse  
 Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
    - du 5 au 8/03/18 et du 3 au 6/04/18
    - du 10 au 13/09/2018 et du 8 au 11/10/2018
  - Nanterre (92) - Espace Chevrel  
 Formatrice: Anne-Françoise Sachet
    - du 28 au 31/05/18 et du 25 au 28/06/18
    - du 22 au 25/10/2018 et du 19 au 22/11/2018
  - Vergèze (30) - La Clé des Chants  
 Formatrice: Corinne Roques
    - du 13 au 16/03/18 et du 10 au 13/04/18
- Niveau 2**
- Nanterre (92) - Espace Chevrel  
 Formatrice: Anne-Françoise Sachet
    - du 12 au 15/03/18 et du 9 au 12/04/18
  - Vergèze (30) - La Clé des Chants  
 Formatrice: Corinne Roques
    - du 15 au 18/05/18 et du 12 au 15/06/18
  - St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse  
 Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
    - du 1<sup>er</sup> au 4/10/2018 et du 12 au 15/11/2018

## Travail Corporel en Rééducation Périnéale

- Durée: 4 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- Hôtel Kyriad à Rouen (76)  
 Formatrice: Corinne Roques
  - du 22 au 25 mars 2018

Programmation en région possible. Nous contacter.

## Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

- Durée: 3 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- Nanterre (92) - Espace Chevrel  
 Formatrice: Anne-Françoise Sachet
  - du 16 au 18 avril 2018
  - du 17 au 19 septembre 2018

Renseignements auprès de Jocelyne Dallem

03 89 62 94 21 - [cmp.info@free.fr](mailto:cmp.info@free.fr)

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

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

Prises en charge possibles: DPC - FIF-PL

# FORMATION

**N'féraïdo®**  
modelages  
accompagnant  
Physiologie

**Volet obstétrique\***

Réponses manuelles aux maux de

**Cycle I :** La grossesse, l'accouchement et le post-partum

**Cycle II :** La mère et le bébé

**Dates Paris**  
 Cycle I : 19 au 21 fev 2018  
 Cycle II : 22 au 24 fev 2018

**Dates Agen**  
 Cycle I : 11 au 13 avril 2018  
 Cycle II : 21 au 23 nov 2018

\*Jacquin D.O.

**Volet uro-gynécologique\*\***

Rééducation manuelle par voie externe

Modelages : Bassin, organes pelviens & périnée

**Dates Paris**  
 19 au 21 mars 2018

**Dates Agen**  
 Prochaines dates à venir

\*\* Francine Augère S.F.

Contact et intervenant  
 Dominique Jacquin, OSTÉOPATHE D.O.  
 Tél. : 05 62 28 39 94  
[www.nferaido.com](http://www.nferaido.com)



## FORMATION



Medic Formation

Formation professionnelle continue médicale



N° 1251  
odpc  
Organisme enregistré par l'Agence nationale du DPC  
Retrouvez toute l'offre du DPC sur [www.mondopc.fr](http://www.mondopc.fr)

Charte  
éthique de bonne  
pratique

### Unité d'enseignement Hypnose médicale et périnatalité

#### Aucun pré-requis

- Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 1
- Hypnose conversationnelle à l'usage de la sage-femme
- Autohypnose pour la prévention des douleurs, de l'anxiété et du stress

5 jours / 35 H

3 jours / 21 H

4 jours / 28 H

#### Pré-requis : Module Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 1

- Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 2
- Analgésie, anxiolyse, confort et situations d'urgence
- Hypnose de groupe et préparation à la naissance
- Hypnose Outils d'accompagnement du couple et de la parentalité
- Hypnose Développer l'utilisation du sensoriel
- Quickstart en hypnose  
Clés et leviers pour un usage facile de l'hypnose

5 jours / 35 H

3 jours / 21 H

4 jours / 28 H

3 jours / 21 H

2 jours / 14 H

3 jours / 21 H

#### Pré-requis : Module Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 2

- Hypnose médicale et périnatalité - Praticien

5 jours / 35 H



CERTIFICATION TECHNICIEN  
EN HYPNOSE MÉDICALE ET PÉRINATALITÉ

98 HEURES DE FORMATION



CERTIFICATION PRATICIEN  
EN HYPNOSE MÉDICALE ET PÉRINATALITÉ

Au total 203 HEURES DE FORMATION  
comportant la certification Technicien

Retrouvez toutes nos formations, lieux & dates sur [www.medicformation.fr](http://www.medicformation.fr)



[contact@medicformation.fr](mailto:contact@medicformation.fr)



01 40 92 72 33

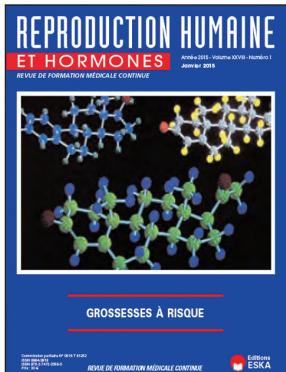
Medic Formation , 79 rue de Sèvres, 92100 BOULOGNE BILLANCOURT  
N° de déclaration d'activité 11 95 04903 95 - Agréé ANDPC 1251 - Agréé DOKELIO/ Intercarif-oref Réf : OF-11646

FORMATION



# LA MÉDECINE AUX ÉDITIONS ESKA

## LES REVUES MÉDICALES



**REPRODUCTION HUMAINE  
ET HORMONES**  
REVUE DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE  
Année 2015 - Volume XXVIII - Numéro 1  
Janvier 2015

GROSSESSES À RISQUE

Communication médicale continue

ESKA Publishing

ESKA Publishing

**REPRODUCTION HUMAINE ET HORMONES (RHH)**  
4 numéros par an  
Abonnement annuel  
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur [www.eska.fr](http://www.eska.fr)



**LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE**  
11 numéros par an  
Abonnement annuel  
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur [www.eska.fr](http://www.eska.fr)



**CANCERS  
AU FÉMININ**  
Revue de Formation Médicale Continue  
Volume III - Numéro 2  
Janvier 2015

CANCERS DU SEIN

• Biopsie de ganglion axillaire, l'importance de l'hystologie

• Le risque métastatique et le taux de diagnostic du cancer du sein : les responsabilités du radiologue

• Cancer du sein avec choc hémorragique : l'importance d'un dialogue

FERTILITÉ

• Recommandations pour la prise en charge de la fertilité féminine

• Recommandations pour la prise en charge des différents protocoles de stimulation ovarienne

IMAGERIE

• Radiographie en échographie utérine : une technique efficace

PSYCHOLOGIE

• Le sein pathologique et le sexualité

• Psychologie et intervention thérapeutique : l'importance de la communication et de la compréhension

ANALYSE D'ARTICLE

• L'aspiration comme élément d'un thérapie néoadjuvante dans le cancer du sein : une étude de phase I ouverte et randomisée

ISSN 2131-0417  
ISBN 978-2-35171-17

ESKA Publishing

ESKA Publishing



**INTERNATIONAL JOURNAL  
OF  
BREAST DISEASE CENTERS**  
ISSN : VOL. 20 - FÉVRIER 2015

FINAL PROGRAMME FOR 2015

ORIGINAL ARTICLES

BOOK OF ABSTRACTS

5th International Congress 2015

MULTIDISCIPLINARY  
MEETING ON BREAST CANCER

Paris, 11-13 February 2015

PROGRAMME : 1. QUALITY MANAGEMENT IN THE  
MANAGEMENT OF BREAST CANCER

2. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

3. THERAPY AND SUPPORT FOR BREAST CANCER

4. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

5. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

6. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

7. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

8. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

9. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

10. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

11. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

12. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

13. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

14. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

15. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

16. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

17. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

18. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

19. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

20. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

21. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

22. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

23. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

24. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

25. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

26. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

27. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

28. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

29. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

30. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

31. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

32. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

33. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

34. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

35. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

36. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

37. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

38. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

39. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

40. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

41. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

42. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

43. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

44. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

45. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

46. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

47. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

48. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

49. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

50. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

51. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

52. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

53. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

54. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

55. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

56. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

57. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

58. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

59. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

60. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

61. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

62. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

63. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

64. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

65. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

66. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

67. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

68. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

69. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

70. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

71. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

72. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

73. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

74. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

75. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

76. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

77. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

78. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

79. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

80. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

81. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

82. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

83. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

84. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

85. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

86. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

87. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

88. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

89. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

90. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

91. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

92. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

93. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

94. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

95. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

96. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

97. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

98. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

99. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

100. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

101. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

102. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

103. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

104. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

105. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

106. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

107. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

108. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

109. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

110. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

111. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

112. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

113. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

114. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

115. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

116. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

117. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

118. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

119. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

120. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

121. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

122. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

123. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

124. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

125. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

126. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

127. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

128. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

129. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

130. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

131. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

132. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

133. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

134. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

135. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

136. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

137. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

138. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

139. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

140. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

141. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

142. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

143. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

144. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

145. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

146. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

147. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

148. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

149. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

150. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

151. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

152. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

153. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

154. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

155. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

156. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

157. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

158. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

159. SURVEILLANCE AND SCREENING FOR BREAST CANCER

</div