

LES **DO**

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE



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

#479 AVRIL 2018

45^e année ISSN 0767-8293



DOSSIER
**LES MÉDECINES
COMPLÉMENTAIRES**

MAÏEUTIQUE Lettre Népalaise - Lumbini, le 23 novembre 2017

PÉDIATRIE Le jeune enfant et les écrans

GYNÉCOLOGIE/OBSTÉTRIQUE Prise en charge de l'endométriose - Démarche diagnostique et traitement médical

SANTÉ PUBLIQUE **DOSSIER.** Acupuncture. Ostéopathie. Homéopathie

SCIENCES HUMAINES "Accoucher" - Livre d'Yvonne Knibiehler

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES Les chiffres et les actions de prévention dans un département d'Île-de-France

HISTOIRE Les femmes et les mères du Bassin minier Lenois durant la Grande Guerre - 2^e PARTIE

15^{es}
Journées

Evénements de l'Année en Médecine 2018 BREST

Réunion transversale

en gynécologie-obstétrique,
cardio-vasculaire et endocrinologie

Mercredi 30 mai & Jeudi 31 mai 2018

Faculté de Médecine de Brest - Amphithéâtre N°1

22, rue Camille Desmoulins - CS 93837, 29238 BREST CEDEX 3



Sous la présidence du Pr Philippe MERVIEL

Intervenants

Frédéric Anouilh (Brest)
Sage-Femme

Dr Pauline Benoist (Brest)
Gynécologue obstétricienne

Dr Sarah Bouée (Brest)
Gynécologue médicale

Pr Francis Couturaud (Brest)
Département de médecine interne et pneumologie, Directeur de l'EA 3878

Anne Courtine (Brest)
Sage-Femme

Pr Emile Daraï (APHP - Tenon)
Chef de service, Service Gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction

Pr Jacques Delarue (Brest)
Chef du Département de Nutrition & Laboratoire Régional de Nutrition Humaine

Dr Aurélie Derrien (Brest)
Gynécologue obstétricienne

Dr Romain Didier (Brest)
Cardiologue

Dr Gisele Gremmo-Feger (Brest)
Pédiatre

Dr Jacob Hannigsberg (Brest)
Gynécologue obstétricien

Pr Véronique Kerlan (Brest)
Chef de service de Diabétologie, Endocrinologie et Maladies métaboliques

Pr Cédric Le Marechal (Brest)
Laboratoire de génétique moléculaire et d'histocompatibilité
Responsable de tests diagnostiques

Dr Marie-Thérèse Le Martelot (Brest)
Gynécologue obstétricienne
Responsable du centre de l'AMP

Dr Emmanuelle Le Moigne
Médecin Interniste

Dr Noémie Le Tallec (Brest)
Endocrinologue

Pr Jacques Mansourati (Brest)
Cardiologue, Chef de service de cardiologie

Pr Philippe Merviel (Brest)
Chef de service de la gynécologie, l'obstétrique et médecine de la reproduction

Dr Mathilde Pacault (Brest)
Biologiste - Laboratoire de génétique moléculaire et d'histocompatibilité

Dr Elisabeth Pasquier (Brest)
Département de médecine interne et pneumologie

Dr Nathalie Roudaut (Brest)
Endocrinologue

Dr Anne-Hélène Saliou (Brest)
Gynécologue obstétricienne
Responsable du CPDPN

Dr Cécile Tromeur (Brest)
Pneumologue

Pr Daniel Vaiman (APHP - Cochin)
Directeur de Recherches Inserm

Mercredi 30 Mai 2018

DPC 1

14h30-15h00 Accueil des participants

15h00-17h00 **Session 1 : Sages-Femmes**

15h00-15h40 Contraception intra-utérine et atelier pose/dépose d'un DIU – Dr A DERRIEN

15h40-16h20 Contraception par implant sous-cutané et atelier pose/dépose d'un implant – Dr P BENOIST

16h20-17h00 L'accouchement physiologique (recommandations CNGOF) – Dr J HANNIGSBURG, A. COURTINE

17h30-19h00 **Session 2 : Endométriose du CETEBO (Centre d'Etude et de Traitement de l'Endométriose de Bretagne Occidentale)**

17h00-17h30 **Pause - Visite des stands**

17h30-18h15 Va-t-on vers un test de dépistage de l'endométriose ? – Pr D VAIMAN

18h15-19h00 Le traitement des endométrioses profondes colorectales : avis d'un expert – Pr E DARAÏ

Jeudi 31 Mai 2018

DPC 2

08h45-09h00 Ouverture de la journée – Pr Ph MERVIEL

09h00-10h30 **Session 3 : Obésité, métabolisme, pathologies cardio-vasculaires et fertilité**

09h00-09h30 Obésité et métabolisme – Pr J DELARUE

09h30-10h00 Obésité et pathologies cardiaques et vasculaires – Dr R DIDIER, Pr J MANSOURATI

10h00-10h30 Obésité, fertilité et grossesse – Pr Ph MERVIEL

10h30-11h00 **Pause - Visite des stands**

11h00-13h00 **Session 4 : Fertilité, Thyroïde, SOPK, Fausses-couches à répétition**

11h00-11h30 Pathologies thyroïdiennes, fertilité et grossesse – Dr N ROUDAUT

11h30-12h00 Syndrome des ovaires polykystiques, fertilité et grossesse – Dr MT Le MARTELOT

12h00-12h30 Bilan des fausses-couches à répétition, existe-t-il une prévention des fausses-couches à répétition : étude BBQ – Dr E PASQUIER

12h30-13h00 L'allaitement en 2018 : Mise au point – Dr G GREMMO-FEGER

13h00-14h00 Déjeuner - Débat sur la fertilité de Gédéon Richter

14h00-15h00 **Session 5 : Le risque vasculaire chez la femme et contraception oestro-progestative**

14h00-14h30 Diagnostic en 2018 de l'embolie pulmonaire chez la femme – Dr C TROMEUR

14h30-15h00 Contraception oestro-progestative et risque vasculaire : Où en est-on en 2018 ? – Dr E Le MOIGNE

15h00-15h30 **Pause - Visite des stands**

15h30-17h00 **Session 6 : Imagerie Echographie/Diagnostic anténatal général**

15h30-16h00 DPNI et trisomie 21 – Pr C Le MARECHAL

16h00-16h30 Recommandations du CNEOF 2016, modalités pratiques, expérience du CHRU de Brest : Saisine du CPDPN – F ANOUILH, Dr AH SALIOU

16h30-17h00 DPNI et maladies monogéniques – Dr M PACAULT

17h00-18h00 **Session 7 : Traitement de la ménopause et pathologies cardio-vasculaires**

17h00-17h30 Traitement hormonal de la ménopause et pathologies cardiaque et vasculaire – Dr N Le TALLEC

17h30-18h00 Traitements hormonal et non hormonal de la ménopause : Où en est-on en 2018 ? – Dr S BOUÉE

18h00 Conclusions de la journée – Pr Ph MERVIEL, Pr V KERLAN, Pr J MANSOURATI, Pr F COUTURAUD

FRAIS D'INSCRIPTION

- Congressistes : 100 €
- Internes : 30 €
- Chefs de clinique : 60 €
- Sages-Femmes : 50 €
- Institutionnels : 300 €

Renseignements et inscriptions :

CFEE - Congrès

12, rue du Quatre-Septembre
75002 Paris

Tél. : 01 42 86 55 73 - Fax : 01 42 60 45 35

Email : congres@eska.fr



02

ÉDITORIAL

L'agissement sexiste comme violence faite aux femmes au travail
BENOÎT LE GOEDEC

LES DOSSIERS

05

MAÏEUTIQUE

Lettre Népalaise
Lumbini, le 23 novembre 2017
PAULINE-VAIMITI DUFOR

08

PÉDIATRIE

Le jeune enfant et les écrans
MARIE-ODILE DOMINGUES
& MONIQUE RIBOULET

12

GYNÉCOLOGIE | OBSTÉTRIQUE

Prise en charge de l'endométriose
Démarche diagnostique et traitement médical
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

18

SANTÉ PUBLIQUE

DOSSIER LES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES

L'ostéopathie chez la femme enceinte
STÉPHANE FRIGOLA

DOSSIER MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES

Algoménorrhées et dysménorrhées
Possibilités de l'homéopathie
ÉLISABETH LATOUR-DE MAREÛIL

Apport de la médecine traditionnelle chinoise dans notre pratique de sage-femme
TEREZA MIKELIC DUTRIAX

Apport de l'acupuncture dans les « malpositions » fœtales
TEREZA MIKELIC DUTRIAX

30

SCIENCES HUMAINES

"Accoucher"
Livre d'Yvonne Knibiehler
INTERVIEW DE FLORENCE DOUGUET
ET ALAIN VILBROD

34

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Les chiffres et les actions de prévention dans un département d'Ile-de-France
PAUL VITANI

38

HISTOIRE

Les femmes et les mères du Bassin minier Lenois durant la Grande Guerre - 2^e PARTIE
JÉRÔME JANICKI



LES DO

ÉDITIONS ESKA

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

LES RUBRIQUES

42 KIOSQUE

43 FICHE TECHNIQUE

44 RECHERCHE

45 COMMUNIQUÉS

45 AGENDA EN BREF

45 CONGRÈS & FORMATIONS

LES ANNONCEURS

C2 15^{es} Journées "Les événements de l'année en Médecine 2018"

C3 Médicformation

C4 Grandir Nature

02 Rencontres A Deux Mains

13 Laboratoire des Granions

17 Matilia

45 Association Nationale Natation & Maternité

46 ANSFL

47 CIRDH

47 NFERAIDO

47 Institut Naissance & Formation

OURS

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF
Benoît LE GOEDEC, Sage-femme
Benoitlegoedec@gmail.com

SAGE-FEMME
Christine TALOT, Sage-femme
c.talot@orange.fr

CONCEPTION GRAPHIQUE

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

ÉDITION

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

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF
serge.kebabtchieff@eska.fr

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

FABRICATION

Marise URBANO
agpaedit@eska.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

adv@eska.fr

PUBLICITÉ - CONGRÈS COMMUNICATION

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

MARKETING - CONGRÈS PUBLICITÉ

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

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Marie-Odile DOMINGUES, Éducatrice de Jeunes Enfants
Florence DOUGUET, Maître de conférences de sociologie à l'université de Bretagne Sud (UBS, Lorient)
Pauline-Vaimiti DUFOR, Sage-femme
Stéphane FRIGOLA, Ostéopathe D.O.
Élisabeth LATOUR-DE MAREÛIL, Sage-femme Homéopathe - Paris
Jérôme JANICKI, Docteur en histoire des sciences de l'EHESS, Historien de la médecine (D.U. Paris Descartes) - Lens
Tereza MIKELIC DUTRIAX, Sage-Femme Acupuncteur et Homéopathe - Herblay (95)
MONIQUE RIBOULET, Psychologue
Alain VILBROD, Professeur des Universités en sociologie à l'Université de Bretagne occidentale (UBO, Brest).
Paul VITANI, Délégué départemental aux droits des femmes et à l'égalité, Direction départementale de la cohésion sociale - Melun (77)

FONDATEUR DE LA REVUE

Jean OSSART

Périodicité mensuelle

11 numéros par an. Tous les mois sauf août.

Vente au numéro 8,50 euros

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

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

Commission paritaire n° 0222 T 81395.

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

Dépôt légal : Avril 2018

Couverture

Crédit photo: ©Björn Wylezich - Fotolia.com

Encart jeté : Association Pour la Recherche et l'Information en Périnatalité (ARIP).

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

L'agissement sexiste comme violence faite aux femmes au travail

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, RÉDACTEUR EN CHEF

« Nul ne doit subir d'agissement sexiste, défini comme tout agissement lié au sexe d'une personne, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant ». L'article L. 1142-2-1 du Code du travail est ainsi libellé.

Les agissements sexistes dans les relations de travail sont loin d'être des phénomènes marginaux.

La définition de l'agissement sexiste est un signal fort visant à rendre compte de la gravité de ce comportement. L'agissement sexiste se distingue d'autres comportements subis par une personne en raison de son sexe, comportements prohibés par le Code du travail ou/et le Code pénal tels que de la provocation à la haine, à la violence ou à l'injure en raison du sexe, l'agression sexuelle, le harcèlement sexuel ou la discrimination.

Il agit comme un « stresser » pour les salarié.e.s et lorsqu'il s'installe dans la durée, peut créer de la souffrance chez les individus qui le subissent, diminuer leur sentiment de compétence, leur confiance en eux, leur estime de soi et leur motivation.

Nous l'entendons dans nos consultations quand les femmes nous racontent les pressions subies dans le cadre de leur travail, les blagues sexistes sur leur maternité ou les

pressions faites de propos et de sous-entendus sur leurs compétences et leur réactivité/productivité.

Situation qui impacte le vécu de la grossesse et ne leur permet pas de concilier harmonieusement leur vie professionnelle et ce temps du souci de soi.

Mais l'agissement sexiste est aussi quelque chose que les sages-femmes, profession de femmes pour les femmes, subissent. Aliénation de compétences, propos machistes et paternalistes, réduction aux normes du féminin... tout cela finit aussi par modifier l'engagement, la responsabilité morale, et la motivation au travail. Avec le risque d'ouvrir à une violence subie beaucoup plus forte (harcèlement moral, harcèlement sexuel...) ou de la rediriger vers la plus vulnérable que soi, la femme enceinte...

Alors, pour s'associer à ces paroles de femmes, pour être à leur côté, chacun dans notre quotidien et nos lieux professionnels, nous devons la dénoncer, à l'instar de ces médecins de Toulouse (internes, praticiens hospitaliers, externes) qui ont fait une lettre commune pour dénoncer à leur direction et tutelle (lettre relayée par des collectifs associatifs contre les violences faites aux femmes) ces violences sexistes dégradantes qu'elles subissent. •

**14 et 15
SEPTEMBRE 2018**

CITY CENTER VIEUX PORT
World Trade Center, 2 Rue Henri Barbusse
13001 Marseille

**8^{es} RENCONTRES
A DEUX MAINS**

organisées par
**Chantal FABRE-CLERGUE
& Pierre MARÈS**

Présidente d'honneur
Mireille BONIERBALE
Présidente de l'A.I.U.S.

Carole ZAKARIAN
Directrice de l'école
de Maïeutique de Marseille

Dominique BONNEAU
Thérapies manuelles
Avignon

Programme et renseignements
www.lesbaleinesbleues.com
www.ra2m.fr

Logos: Les Baleines Bleues, PERINE Fœtal 10^{ème} anniversaire, aius, Peryonis

46^e ASSISES NATIONALES DES SAGES-FEMMES

29^e 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)

* **L'influence de la prise d'hormones contraceptives ou d'un traitement de la ménopause sur l'organisme féminin** - Erdogan NOHUZ (Clermont-Fd)

* **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 prématurité** - Caroline BROCHET (Paris)

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

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

Bruno CARBONNE (Monaco)

* **Prévention des complications pulmonaires et cérébrales chez le nouveau-né** - Barthélémy TOSELLO (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 périnéale 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 -----

ACTUALITES

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 périnéales
- > 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 Sage-Femmes de 500€** remis par le Comité Scientifique des Assises
- > Le **1^{er} prix jelouemontirelait.com de 2000€** remis par la société AMA Santé
- > Le **2^{ème} 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 prématuré et prématurité
- > Le sexe féminin
- > L'alimentation du nouveau-né



Inscriptions

N° Formation APSF : 11755452675

Référencé Datadock



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

Renseignements et inscriptions : www.assises-sages-femmes.eu

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

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

05

MAÏEUTIQUE

Lettre Népalaise
Lumbini, le 23 novembre 2017

PAULINE-VAIMITI DUFOUR

08

PÉDIATRIE

Le jeune enfant et les écrans

MARIE-ODILE DOMINGUES
& MONIQUE RIBOULET

12

GYNÉCOLOGIE/OBSTÉTRIQUE

Prise en charge de l'endométriose
Démarche diagnostique
et traitement médical

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

18

SANTÉ PUBLIQUE

L'ostéopathie chez la femme
enceinte

STÉPHANE FRIGOLA

Algoménorrhées et
dysménorrhées

Possibilités de l'Homéopathie

ÉLISABETH LATOUR-DE MAREÜIL

DOSSIER LES MÉDECINES
COMPLÉMENTAIRES

Apport de la médecine
traditionnelle chinoise dans notre
pratique de sage-femme

TEREZA MIKELIC DUTRIAUX

Apport de l'acupuncture dans les
« malpositions » foetales

TEREZA MIKELIC DUTRIAUX

30

SCIENCES HUMAINES

“Accoucher”
Livre d'Yvonne Knibiehler

INTERVIEW DE FLORENCE DOUGUET
ET ALAIN VILBROD

34

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Les chiffres et les actions de
prévention dans un département
d'Île-de-France

PAUL VITANI

38

HISTOIRE

Les femmes et les mères du
Bassin minier Lensois durant la
Grande Guerre 2^e PARTIE

JÉRÔME JANICKI

DOSSIER LES MÉDECINES
COMPLÉMENTAIRES

Lettre Népalaise

LUMBINI, LE 23 NOVEMBRE 2017

PAR PAULINE-VAIMITI DUFOUR, SAGE-FEMME

C'est après un long trajet en avion, puis un très long trajet en bus : 25 heures – dont 17 heures sans sortir du bus – coincées par un bout de montagne tombé sur la route que nous sommes arrivées à Lumbini, épuisées.

Qui ça nous ? Nathalie : sage-femme libérale en Savoie et moi-même Pauline-Vaimiti, sage-femme hospitalière dans le Nord, deux (jeunes) trentenaires passionnées de « sage-femmerie » et de voyages.

Pour qui donc ? Nous sommes parties avec l'association Actions Santé Femmes, qui œuvre pour la santé des femmes en assurant la formation et l'accompagnement des soignants en gynécologie-obstétrique dans le monde.

Où cela donc ? Nous nous sommes rendues à Lumbini, village reculé du Népal, à la frontière indienne : Pas de montagnes donc : des champs et de la poussière.

LA PREMIÈRE SEMAINE

C'est la sixième mission d'ASF à Lumbini, aussi notre déception fut immense quand nous avons découvert un dispensaire « à l'abandon ».

Entendons-nous, le personnel était présent, les patientes aussi, mais rien de ce qui avait été fait lors des missions précédentes n'était poursuivi : les soignants avaient changé et la transmission des informations, de l'organisation et des formations depuis quatre ans n'avait pas été assurée. Retour à la case départ.

Nous sommes logées dans « des chambres de repos » au-dessus du dispensaire. Glaciales, extrêmement sales, un fin matelas sur une planche de bois, sans électricité pour la mienne, avec un point d'eau et un WC. Nous sommes à 500 m du village. Très isolées.

Lumbini a beau être la région de naissance de Lord Bouddha, les touristes qui affluent chaque jour arrivent le matin et repartent le soir. Ce qui fait que la population vit dans une extrême pauvreté, l'alimentation des femmes et des enfants est très insuffisante et les conditions d'hygiène désastreuses.

Le décor est planté. La première semaine a demandé une énergie phénoménale d'adaptation personnelle et professionnelle. L'élément positif de ces débuts fut vraiment l'entente



immédiate entre Nathalie et moi (nous ne nous connaissons pas) : même vision des choses, même philosophie, mêmes objectifs de mission.

Les journées sont intenses.

RÉVEIL : 5 H par les prières hindoues du village et, du coup, travail personnel : préparation des « cours » du soir et ateliers cliniques, organisation de la journée, nettoyage de la salle de consultation. Nous ne sommes que 15 jours sur place et avons tant de choses à mettre en place.

LEVER : 7 H. Gelée en général : la plus grosse erreur de ma carrière de voyageuse : remplacer mon sac de couchage chéri par du matériel médical donné au dispensaire. Ça tient nettement moins chaud.

PETIT-DÉJEUNER : 8 H. Le bonheur ! Notre cantine se trouve en face du dispensaire. Sohit et sa famille s'occupent à merveille de nous : omelettes ou galettes de blé avec des légumes en alternance, le tout hyper-épicé évidemment. Le meilleur *massala tea* du Népal avalé et en route !

ARRIVÉES DES SOIGNANTS : 10 H. Consultations au dispensaire.

MIDI. Départ pour les visites dans les villages avec une sage-femme et une instructrice de santé. À vélo, en bus, à



ped ou en ambulance. Elles ploient à tour de rôle sous le poids du « sac de consultation », qui contient le matériel nécessaire à leurs consultations (traitements de base, registre, sha, mètre ruban, dopton, gel, stylos, savon bébé et hygiène intime, BU...). N'oublions pas que les Népalaises n'ont pas notre gabarit, et ne sont pas si bien nourries que nous : elles font 20 cm et 15 kg de moins : ce sac était proprement immense pour elles !



Nous nous retrouvons bien loin du Népal touristique. Nous traversons le village à pied afin de permettre à la population de se rendre compte de

notre présence. Les villageois savent qu'une fois par mois, des soignants du dispensaire viennent, mais ils ne savent pas quel jour nous sommes. Ils abandonnent leur activité en cours pour nous rejoindre. Nous nous rendons directement à la maison de la « group leader », qui nous reçoit chez elle. Elle envoie ces « rabatteurs » chercher femmes enceintes, nouvelles accouchées, et quiconque souhaite une consultation avec une sage-femme ou assister à la séance d'éducation à la santé. Les enfants sont surexcités en nous voyant arriver : nous sommes des fantômes, surtout moi qui suis blonde. Les sages-femmes que nous accompagnons, font les consultations à même le sol, et nous reprenons les détails, les formons à l'examen clinique et aux conduites à tenir face aux différents cas. En effet, nous avons découvert, que si elles savent faire un examen clinique de femme enceinte, elles ne savaient pas « l'interpréter ». La tension est prise correctement mais sans CAT en cas d'hyper ou hypotension. Les chiffres de la HU normale ne sont pas connus en fonction du terme. Si la palpation est très bonne, les bdc ne sont pas recherchés.

Ces consultations sont rudes : les décès néonataux ne sont pas rares et nous déplorons un décès maternel, le premier de notre équipe de sages-femmes.

Les quatre sages-femmes que nous accompagnons sont très jeunes. Elles sont hallucinantes. Elles retiennent du premier



coup tout ce que nous leur apprenons, ont un sens clinique surdéveloppé et n'oublie jamais rien ! La communication n'est pas simple : l'anglais étant très limité. Une éducatrice de santé nous accompagne : les consultations commencent toujours par une séance d'information de la population (sur la grossesse, les signes de pathologie, les motifs de consultations en urgence).

Nous rentrons vers 15 heures pour le lunch chez Sohiti.

Ces consultations sont rudes : les décès néonataux ne sont pas rares et nous déplorons un décès maternel, le premier de notre équipe de sages-femmes.

DE 16 H À 17 H. Cours du soir aux sages-femmes. Nous concentrons la mission sur la consultation de grossesse (physiologique et pathologique), le post-partum (examen de la femme et du nouveau-né), et la contraception. Les femmes ici cumulent un travail paysan éreintant, une ribambelle de grossesses et d'enfants et une alimentation spartiate. Leur santé est fragile. Nous avons fait un point important sur les médicaments de la grossesse. À notre arrivée, l'acide folique remplaçait le fer à partir du 6^e mois de grossesse, et l'ibuprofène était largement distribué quel que soit le terme de la grossesse.

Nous avons donc mis en place cinq cours :

- Interrogatoire et Examen clinique de la femme enceinte. Pharmacopée de la grossesse.
- Tenue des registres des villages et report journalier sur le rapport mensuel
- Cas clinique de la prééclampsie et de l'infection urinaire
- Examen du post-partum + examen clinique du nouveau-né ou du nourrisson
- La contraception œstro-progestative orale

Entre les jours chômés (samedi et jours d'élection, de grève, de fête...), les examens de conduite de scooter du soir, les disparitions de soignants du vendredi après-midi et la durée très courte de notre présence sur place, nous n'avons pu mettre en place que ces cinq cours.

17 H. Il fait noir. Douche glaciale. Et direction le village à pied où nous avons trouvé un petit resto avec un wifi capricieux mais plutôt correct. Pratique pour le compte rendu aux chefs et les recherches.

20 H. Nous sommes couchées, crevées et gelées toujours.



Les femmes accouchent chez elle ou dans un poste de santé proche du dispensaire, malgré la prime gouvernementale de 500 roupies (5 euros) donnée à l'hôpital.

L'hôpital le plus proche est à 30 km soit quelques heures de route. Pas simple pour les femmes de consulter ou d'accoucher là-bas. Les femmes accouchent chez elle ou dans un poste de santé proche du dispensaire, malgré la prime gouvernementale de 500 roupies (5 euros) donnée à l'hôpital. Il n'y a ni médecin ni échographie au dispensaire. En cas de problème les femmes sont transférées à l'hôpital. S'il n'y a pas de place, elles sont transférées sans leur accord dans une clinique où elles doivent payer. Ce qui leur est impossible. Elles évitent donc les structures médicales et ne sont parfois jamais vues au cours des grossesses et accouchements successifs.

LA DEUXIÈME SEMAINE

Le tableau que je vous dresse semble sombre, mais, il y a un « mais » : cette deuxième semaine est fabuleuse. Les sages-femmes progressent à une allure vertigineuse (elles n'ont qu'une année d'étude pour être sage-femme) et leurs compétences s'élargissent. Surtout, elles appliquent tout ce qu'elles apprennent. Les visites aux villages alentour amènent toujours plus de monde : beaucoup de femmes et d'enfants sont vus, ce qui leur permet de pratiquer énormément en notre présence. Nous avons même un échographe portable (donné par l'association Actions Santé Femmes lors de la mission précédente) en cas de présentation fœtale anormale. Il fait fureur. Nous formons Sunita, afin d'ouvrir une consultation d'échographie au dispensaire dont elle sera responsable.



Après 15 jours sur place, le travail prend forme. Le dispensaire reprend vie, les femmes isolées sont vues et « éduquées » à la santé et à l'hygiène. Nous nous sommes fait des amis chers : Sohit et sa merveilleuse famille, nos sages-femmes et éducatrices en santé qui traduisent en népalais nos « cours » sur les urgences obstétricales que nous donnons dans les villages. Indra : la serveuse du restaurant du soir. Tous nous bichonnent et font preuve d'une réelle amitié à notre égard.

Un peu longue cette lettre, et pourtant, je vous raconte si peu de choses en ces quelques lignes. Le travail me plaît ici et la vie aussi. Nous quitterons Lumbini dans quelques jours avec l'espoir d'avoir pu contribuer, à notre échelle, à une meilleure santé des femmes. •



Le jeune enfant et les écrans

PAR **MARIE-ODILE DOMINGUES**, ÉDUCATRICE DE JEUNES ENFANTS ET **MONIQUE RIBOULET**, PSYCHOLOGUE

Télévision, ordinateur, console, tablette, smartphone... les écrans font aujourd'hui partie intégrante de l'univers des enfants, et il est impossible de ne pas y être confronté.

Les enfants commencent à les utiliser alors qu'ils sont tout petits. Ils grandissent avec les écrans, s'y meuvent comme des poissons dans l'eau sous le regard amusé, attendri et parfois émerveillé de leurs parents.

Serge Tisseron écrit. « *En quelques années les technologies numériques ont bouleversé notre vie publique, nos habitudes familiales et même notre intimité. Les parents et les pédagogues en sont désorientés* ». On commence juste à se rendre compte de la nocivité de l'emprise numérique chez le très jeune enfant, et l'utilisation des écrans est envisagée comme une véritable question de santé publique.

Comme le dit le psychiatre Boris Cyrulnik : « *On vit une révolution à l'échelle de l'humanité, plus rien ne sera comme avant. Nous avons devant nous de véritables mutants* ».

On ne peut s'empêcher de se demander ce que deviendront ces petites têtes nourries au virtuel et quel peut être l'impact de ce nouveau monde sur leur développement, leur intelligence et leur façon d'être et de penser.

Il est certain que pour tenter de saisir aujourd'hui les enjeux de demain, une réflexion de tous s'avère indispensable.

Mesure-t-on vraiment ce qui est dangereux ? Les écrans sont-ils dangereux parce qu'ils accaparent l'esprit ? Nuisent-ils à la santé physique, à la bonne santé mentale ? L'enfant perdrait-il le sens de la réalité et, avant tout, sa liberté ?

DÉFINITION

Le terme *écran* est utilisé pour désigner l'interface visuelle de tout un ensemble d'appareils allant de la TV, lecteur DVD, cinéma (non interactifs) aux technologies numériques, comme ordinateur, console de jeux, tablette, téléphone, Smartphone (interactifs).

Nous distinguerons les différents effets des écrans non interactifs puis des écrans interactifs.

ÉTAT DES LIEUX

- 1 Un foyer posséderait en moyenne 10 à 11 écrans de toutes sortes ¹.
- 2 Il a été recensé en 2012 que 98,3 % des foyers français possédaient au moins un poste de TV. 76,7 % des foyers étaient équipés d'au moins un ordinateur, 90,4 % d'un mobile et 49,3 % d'un ordinateur portable ².
- 3 38 % des enfants de moins de 2 ans ont déjà utilisé un smartphone et une tablette ³.
- 4 Le tout-petit passerait 36 minutes par jour devant un écran dont 9 minutes à toucher les boutons au hasard.

- 5 2 enfants sur 3 de moins de 2 ans regardent la TV ⁴.
- 6 En Europe, entre 1/3 et 2/3 des enfants de moins de 3 ans ont la télévision dans leur chambre ⁵.
- 7 Pour les enfants de 1 à 6 ans qui regardent la TV : 94 % dessins animés, 32 % émissions d'animaux, 25 % les jeux télévisés ⁶; 29 % ont leur propre tablette. Ils passent 3 h 40 par semaine sur internet ⁷.
- 8 66 % des enfants de 3 à 5 ans savent manier les jeux vidéo.
- 9 Alors que 14 % savent faire leurs lacets
- 10 Aux États-Unis, 40 % des enfants regardent un DVD dès 3 mois et 90 % dès 2 ans.
- 11 86 % des Français déclarent la TV comme premier loisir.

Le monde de l'application mobile pour bébé est en pleine expansion : *Apple store* compte à lui seul 40 000 applications pour bébé.

Comment ne pas s'y perdre quand des chaînes spécifiques bébé ⁸ vantent la « stimulation des apprentissages précoces et des valeurs éducatives » et se présentent comme une nounou à temps complet susceptible d'aider les bébés à s'endormir seul s'il se réveille la nuit ?

EXEMPLE. *Ainsi Jeanne, 2 ans, s'endort après avoir éteint la lumière des pièces d'une maisonnette animée en appuyant sur des interrupteurs tactiles...*

Ou Hector, 2 ans, qui s'endort avec son casque audio qui a remplacé la traditionnelle berceuse chez 10 % des enfants de moins de deux ans...

Rien que les noms de certains produits vidéo tels que *Baby Einstein* ou *Baby Mozart* sont très évocateurs quant à leurs supposés bienfaits sur le plan intellectuel.

- Le site Web des chaînes pour les tout-petits énumère « les contenus éducatifs spécifiques » des émissions : il est question d'éveil, de nombre, de sens, de mots, d'émotions et d'imagination, de gymnastique, de sens de l'humour mais aussi de motivations à apprendre.
- En France, l'arrivée des chaînes pour les tout-petits (*Baby TV 2005* et *Baby First* en 2007) a suscité un vif débat. *Baby First* serait adapté aux bébés : images lentes de couleurs vives et programmes courts (2 à 7 minutes). Elle est émise de Grande Bretagne. Le CSA se déclare incompetent et ne peut interdire la diffusion.

1. Mag LE FURET n.74 Art : *Écrans et santé du tout-petit, des écrans avant 3 ans : quels effets, quelles recommandations ?*

2. Les plus de la TV 2013 *Le guide du SNPTV*.

3. *L'express l'expansion*, sondage américain.

4. *L'obs.* juin 2015.

5. *L'enfant face aux médias Quelle responsabilité sociale et familiale ?* Dominique Ottavi Dany-Robert Dufour.

6. Les plus de la TV 2013 *Le guide du SNPTV*.

7. *L'obs.* juin 2015.

8. *Baby TV, Baby First...*

- En 2005, pour les abonnés à Noos et TPS, la France émet une chaîne destinée aux moins de 3 ans (*Télévision baby*, créée en Israël). Pas de publicité, programmes courts qui tournent en boucle 24/24.
 - À Noël 2013, un transat-tablette signé Fischer-Price, doté d'une station d'accueil pour IPAD apparaît aux USA pour « stimuler le nouveau-né et l'aider à développer sa capacité à suivre un objet du regard ».
- En simultané apparaissent :
- Power 6 « *Ma première tablette* » dès 6 mois pour découvrir animaux et lettres... ;
 - Chez *Baby Einstein* un DVD pour enfant de 1 an introduit à « la beauté de la poésie, la musique, et la nature » ;
 - Chez *Brainy Bab* la vidéo destinée aux 6 à 36 mois enseigne le langage et la logique ;
 - Dès 18 mois la console *Storio 3 baby* contient : 16 applications, 12 chansons, 2 dessins animés, appareil photo vidéo, lecteur vidéo, MP3... ;
 - *Mon ordi Leaptop* dès 2 ans, avec 4 modèles de jeux autour de l'alphabet.
- Il y a aussi d'autres chaînes : *Disney chanel, Canal j, Gulli...*

Comment faire quand on est parents ?

Bon nombre de parents évoquent l'utilisation de la TV avant 3 ans, même si certains ont conscience que l'usage des écrans si tôt est peu adapté au développement de l'enfant.

Alors, si les parents introduisent les écrans dans la vie des enfants, est-ce pour les occuper ? Pour qu'ils soient comme les autres ? Pour ne pas avoir à s'en occuper parce qu'ils n'ont pas le temps, pas la patience ou bien parce qu'ils n'y arrivent pas ?

Une enquête de l'Union Nationale des Affaires Familiales (UNAF) énumère les principales motivations des parents :

- 1 **La 1^{re} motivation** serait que la TV est un moyen d'occuper les enfants et de les distraire.
- 2 **La 2^e motivation** est d'utiliser la TV comme sédatif. Les enfants de cet âge bougent beaucoup et dorment peu. Ce serait alors le moyen d'apaiser les tensions et de porter leur attention ailleurs, de les hypnotiser. La TV leur permettrait de se reposer, de se poser, sans se coucher comme une sieste éveillée... souvent utilisée en fin de journée.
- 3 **La 3^e motivation** est celle de la gratification. Il s'agirait d'occuper, de calmer et de compenser une situation difficile pour l'enfant afin que l'adulte ne soit pas mis en difficultés. Les écrans serviraient alors à canaliser les pulsions motrices et à aider l'enfant à traverser les espaces publics sans bouger, sans déranger les autres, en rendant les contraintes invisibles pour l'enfant (salle d'attente, voyage en train, voiture...).
- 4 **La 4^e motivation** relève de l'apprentissage : l'idée étant que regarder la TV pourrait constituer une découverte pour l'enfant au même titre que la découverte de l'environnement physique.

Dès 2008, après des réactions de scientifiques, mais aussi de neurologues, psychologues... des chaînes de TV pour enfants sont obligées d'afficher un avertissement sur le caractère nuisible des programmes : « *Ceci est un message du Conseil supérieur de l'audiovisuel et du ministère de la Santé : regarder la télévision peut freiner le développement des enfants de moins de 3 ans* ».

De la même manière, tous les supports de communication hors écran doivent comporter cette mention : « *Regarder la télévision, y compris les chaînes présentées comme spécifiquement conçues pour les enfants de moins de 3 ans, peut entraîner chez ces derniers des troubles du développement tels que passivité, retard de langage, agitation, troubles du sommeil, troubles de la concentration et dépendance aux écrans* ».

Plusieurs symptômes peuvent être liés à l'exposition 3D : fatigue visuelle avec douleurs péri-oculaires, sensation d'œil sec, troubles de la vision, maux de tête, maux de dos, aux épaules et au cou, et vertiges.

Il y a un risque plus marqué chez l'enfant, du fait du développement très actif du système visuel pendant cette période, ce qui le rend plus vulnérable.

Dans le monde réel, les deux yeux convergent, orientés vers le même objet, et ils s'accommodent à la même distance.

Les images en 3D ne permettent pas de respecter ce principe physiologique, elles obligent les yeux à s'orienter vers des objets virtuels, à un endroit différent de celui où l'œil fait naturellement la netteté.

La maturation de la vision se fait pendant les dix premières années et est extrêmement rapide pendant les deux premières années. C'est sur cette base que le rapport de l'ANSES⁹ recommande de proscrire l'usage des technologies 3D au moins avant 6 ans et de le limiter jusqu'à 13 ans, selon le principe de précaution.

Champs magnétiques

Les effets néfastes des expositions aux champs magnétiques ont aussi été largement prouvés : ses risques sont renforcés chez les jeunes enfants dont les tissus sont plus minces et dont l'exposition au cours de leur vie sera plus longue. L'ANSES admet les effets biologiques, troubles du sommeil, mort des cellules, stress oxydatif, atteinte de la fertilité masculine... Le Code de la Santé publique (art. L5231-4) permet au ministre de la Santé d'interdire la distribution d'équipement radioélectrique aux moins de 6 ans.

Accidents domestiques

Un article qui s'intitule, « *Smartphone ou bébé, il faut choisir* » affirme le lien entre l'apparition de la 3G et l'augmentation du nombre d'accidents domestiques chez les enfants de moins de 5 ans¹⁰.

Devant ces constats, il semble nécessaire d'aller au-delà des conseils généraux pour mieux prendre en compte les réalités vécues par les familles. Afin de pouvoir les accompagner plus finement dans la maîtrise des pratiques médiatiques de l'enfant, il est primordial de revenir sur la construction du cerveau de l'enfant et sur les besoins de celui-ci dans les principales étapes de son développement.

Il est important de prendre conscience que si l'écran peut constituer un divertissement, un outil de découverte du monde et un support d'échanges.

Le problème est qu'il n'est rien de tout cela pour le jeune enfant.

9. Agence nationale de sécurité sanitaire.

10. L'assmat n° 135 - fév 2015, Craig Palson, *that smarts! Smartphones and child injuries*, Department of Economics, Yale University 2014.

APPORT DES NEUROSCIENCES

Toutes les recherches récentes en neurosciences démontrent que c'est en grande partie avant 3 ans que se forme le cerveau et que se constitue la construction neurologique.

Le cerveau du bébé humain est prodigieusement plastique, il construit ses voies neuronales et une forme d'intégration commence déjà pendant les derniers mois de sa vie foétale.

Il est fragile et hypersensible à tout ce qu'il voit, touche et ressent.

La petite enfance est la période où la plasticité synaptique est la plus grande, c'est-à-dire que tout est fonctionnel, en état de marche et que tout peut arriver...

La neurogenèse bouillonne, les neurones se connectent entre eux, le maillage commence entre des dizaines de milliards de cellules.

À la naissance, seulement 10 % des neurones sont connectés entre eux, et peu à peu le cerveau se complexifie en fonction des interactions, des expériences et des apprentissages.

L'activité synaptique est influencée par ce que vit l'enfant à travers ce que son environnement lui propose. Ainsi, un nouveau-né à qui l'on banderait les yeux pendant un an, ne verrait jamais.

Cela souligne l'importance de l'impact de l'environnement proposé à l'enfant.

Ainsi l'outil que l'enfant utilise imprime l'organe de sa pensée

À partir de 14 mois, quand l'enfant pointe le doigt vers un objet, il interpelle sa figure d'attachement qui est sa base de sécurité.

Il est content de partager sa découverte, le parent reformule « *ah oui, tu veux la poupée qui est là... tu l'aimes bien cette poupée!* » et lui donne.

Et hop, les voilà en interactivité tous les deux, le cerveau de l'enfant se nourrit de cette relation dans l'écoute, cela déclenche l'activité neuronale qui cherche à se connecter à celle de l'autre et la communication synaptique est tracée et balisée pour la prochaine fois.

Le cerveau du jeune enfant ne fonctionne que dans la motricité et l'interactivité, il a absolument besoin de la présence physique des autres et d'une mise en résonance empathique avec eux.

Les relations virtuelles ne lui suffisent en aucun cas.

Comment le cerveau peut-il intégrer et gérer l'irruption du monde numérique et des écrans? Comment les structures neuronales vont-elles se saisir de ces nouveaux outils?

IMPACT DE L'UTILISATION DES ÉCRANS SUR LE DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

Les connaissances actuelles démontrent les dangers de la consommation d'images chez le jeune enfant. Nous allons évoquer leurs effets sur la relation d'attachement, le développement sensoriel, le développement affectif et émotionnel, le développement cognitif, la construction de l'image de soi et sur le sommeil.

Relation d'attachement

Il est indispensable et vital de développer une relation d'attachement pour tout être humain : l'humain est un être de relations.

La relation d'attachement se construit avec l'entourage, elle fonde le sentiment de sécurité chez l'enfant. Elle se crée par la présence d'une figure réelle et par une alternance d'interactions réelles (échanges verbaux, regards, mimiques, portage physique et psychique, contacts corporels...).

Dans ses travaux sur la théorie de l'attachement, John Bowlby décrit l'émergence des premiers liens précoces et leur importance pour l'individu. Sa description du rôle de la relation mère-bébé a transformé les pratiques et la compréhension du développement affectif et social du jeune enfant.

Les nourrissons sont capables de discriminations visuelles, auditives, olfactives et gustatives.

Ceux-ci disposent d'importantes capacités sensorielles mais ce n'est que dans une relation à l'autre, dans les soins quotidiens que va se développer toute cette sensorialité.

Le bébé a besoin d'être porté physiquement et psychologiquement c'est-à-dire d'être tenu et soutenu dans un enveloppement sécurisé, reconnu dans ses besoins, entendu dans ses demandes et être accompagné dans la découverte du monde. C'est ce que D. Winnicott a appelé le *Holding* et le *Handling* . Il a aussi parlé de la notion d' *Object presenting* , qui décrit la manière dont la mère va présenter son bébé au monde mais aussi la manière dont elle lui présente le monde et les objets qui composent ce monde, à commencer par elle-même.

Sans les bras qui le portent, un bébé n'existe pas.

Le bébé est donc un être social ayant une vie mentale, qui a un rôle actif dans la mise en place de ce lien.

Le bébé est au début de sa vie dans la période dite de « la dépendance absolue » : il est totalement dépendant, lui et l'environnement ne font qu'un.

Il entre ensuite dans la période dite de « la dépendance relative », qui s'étendrait environ jusqu'à l'âge de deux ans. Cette période est donc marquée par la différenciation *Moi/ Non moi* .

Ce processus se poursuit et il entre ainsi dans l'espace transitionnel qui va lui permettre de se séparer psychologiquement de sa mère et d'investir les objets.

Par son jeu et sa créativité, il va « être », s'approprier et maîtriser le monde et ainsi aller vers l'autonomie.

Que penser de la tablette ou de la TV à la maternité?

La mère regarde l'écran, le bébé qui est dans ses bras, regarde sa mère qui regarde la TV. Ils ne peuvent plus se mirer l'un dans l'autre, ils se perdent, il n'y a pas de vigilance conjointe, pas de rencontre...

Alors, comment donner du sens à la phrase de D. Winnicott quand il écrit « *l'enfant se voit dans le regard de sa mère* »?

Développement sensoriel

La relation du jeune enfant est d'emblée multisensorielle, associant la vue, le toucher, l'audition, l'odorat et le goût.

Il lui faut expérimenter encore et encore et encore ses cinq sens, pour être acteur de son monde par ses actions, pour le connaître et pouvoir le transformer.

Le développement du cerveau et l'apprentissage chez les petits se font à travers la répétition d'expériences qui mobilisent les cinq sens et, en parallèle, s'appuient sur l'engagement de la motricité (toucher, prendre, tourner, manipuler, ramper, pousser, tirer...). C'est l'intelligence sensorimotrice.

Quand un enfant de quelques mois manipule, par exemple un objet ou un jouet, il apprend progressivement à coordonner ses gestes pour le prendre, le mettre à sa bouche, pour le goûter, le sentir,

Il prend des informations sur son poids, ses dimensions, le bruit qu'il déclenche quand il le secoue ou le fait tomber...

Il acquiert ainsi des connaissances sur les qualités de l'objet par son expérimentation active « *c'est dur, c'est mou, j'enfonce le doigt, je peux le mettre dans le trou, la petite boîte va dans la grande, ça roule, ça s'éloigne, si je lance fort la balle, elle va très loin...* ». C'est une véritable quête exploratoire qui participe à l'éveil de l'enfant.

L'image des écrans est bidimensionnelle, elle implique une perception différente de celle que l'enfant peut avoir face à un objet réel, elle ne peut pas lui enseigner toutes les particularités sensorielles de l'objet regardé.

De plus, le rapport entre l'image et le son est faussé, il manque les odeurs, la possibilité de toucher et de porter à la bouche.

L'expérience d'un tout-petit avec un écran, est infiniment plus pauvre et moins stimulante que celle qu'il fait en évoluant dans le monde tridimensionnel.

En ce qui concerne les écrans interactifs, l'enfant touche, balaie, pointe et regarde le résultat du mouvement de sa main que rien ne l'avait amené à prévoir.

Cette expérience est semblable à celle qu'il fait quand il découvre, émerveillé, la trace de son doigt dans sa purée ou celle de son geste sur le papier avec un crayon.

Dans les deux cas, il transforme le monde et son jeu est jouissance. La différence est qu'avec la tablette, le résultat qu'il contemple n'est plus seulement l'inscription de son geste, c'est une féerie, un feu d'artifice... bref, tout y est beau, tout y est magique, faisant apparaître d'autres images.

Alors pourquoi limiter une activité si gratifiante ?

Parce que n'utiliser que le doigt, comme c'est le cas avec une tablette, c'est amputer l'expérience corporelle de dimensions qui lui sont indispensables pour construire ses repères corporels.

L'enfant découvre son corps et construit son schéma corporel en se servant de ses bras, de ses jambes et en menant des actions et des manipulations et en se servant de ses cinq sens.

Il se sent entier quand son schéma corporel est unifié, il vit avec son corps avant d'intellectualiser et il est important de ne pas limiter au doigt et à la main ses expériences corporelles.

Aujourd'hui, on peut même trouver sur le marché, des tablettes tactiles reliées à des pots (*iPotty*, le pot compatible iPad)! Ce type de produit ampute complètement le lien espace/temps des actions du quotidien de l'enfant.

Couper son attention de ses propres fonctions corporelles, c'est renier son corps, c'est en faire un « corps machine » prolongé par le numérique. L'attention de l'enfant est détournée d'expériences qui lui montrent que son corps lui appartient.

La motricité est l'outil du bébé pour apprendre ; il faut lui proposer le bon outil au bon moment.

On parle du pot tablette mais c'est la même problématique avec l'enfant laissé sur le pot devant la TV, ou avec un smartphone, ou une tablette...

Développement affectif et émotionnel

Le jeune enfant absorbe l'atmosphère environnante, il éprouve des émotions, des ressentis. Ces émotions non comprises, non verbalisées et non accompagnées par une parole bienveillante, peuvent engendrer d'autres émotions contradictoires comme la peur, la colère, la tristesse, l'angoisse, qui contribuent à une fragilité émotionnelle et affective, touchant la confiance en soi et la sécurité intérieure du jeune enfant.

Les écrans sont une source d'excitation ; la sur-stimulation, le bruit, l'image, se traduisent par une augmentation d'irritabilité, d'agressivité et d'instabilité mais aussi par une grande fatigue.

L'enfant peut ressentir la TV de manière traumatisante, peut subir le flot d'émotions déclenché par les images et les sons et d'autant plus s'il y a absence de partage d'émotions et qu'il est seul pour les gérer.

Même si, en apparence, l'enfant est calme devant l'écran, il va construire un rythme mental identique. La télévision le maintient dans un état d'excitation permanente, qu'il va ensuite chercher à retrouver lorsqu'il ne la regarde plus.

Il faut savoir que plus la source d'excitation est intégrée tôt dans le développement de l'enfant, moins l'enfant pourra s'en passer et aura besoin de passer au cran supérieur.

L'enfant exposé à la TV vit en effet des sensations et des émotions très intenses qu'il n'arrive pas à « digérer » et il ne cesse pas d'attendre que la TV l'apaise enfin, mais cela n'arrive évidemment jamais.

Images violentes et images qui font violence

Ce qui est perçu comme violent par l'enfant, n'est pas toujours vu ainsi par l'adulte.

EXEMPLE. *Cette petite fille qui a des troubles du sommeil après avoir vu à la TV les dents énormes d'un ours en train de bailler, ou ce petit garçon qui a peur de la mort après avoir vu le passage de Babar quand sa mère meurt.*

Pour l'adulte, ce ne sont pas des images violentes. « *Bambi, Babar, le Roi Lion, c'est pour les enfants* » disent-ils mais, pour l'enfant, ce sont des images à potentiel traumatique.

Si un enfant apparaît agité à l'issue d'un programme TV ou DVD, c'est qu'il a ressenti de fortes charges émotionnelles qu'il doit évacuer en parlant, en jouant ou en dessinant.

Au Canada les enfants de moins de 3 ans passent en moyenne 2h 15 par jour devant la TV, et subissent un trop grand flux d'images.

Après avoir subi le flux des images dans la passivité, dans un état hypnoïde, il accumule la frustration. C'est une bombe à retardement quand la TV s'arrête, il y a rupture, vide, tout ressort et l'enfant est surexcité.

Seul devant la TV, l'enfant ne partage pas son émotion alors qu'à cet âge, il a surtout besoin de la relation pour parler de ce qu'il a ressenti, il a besoin de lien et de contenance pour contenir ses émotions, les élaborer, les digérer et les contrôler pour mieux les gérer.

Vers 11 ans, l'enfant « moyen » aura vu environ 100 000 actes de violence à la télévision et aura assisté à quelque 12 000 meurtres ! dans la passivité. Il s'agit bien là de « maltraitance audiovisuelle » !

Suite le mois prochain.

Prise en charge de l'endométriose

Démarche diagnostique et traitement médical

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, DÉCEMBRE 2017

DÉFINITIONS ET GÉNÉRALITÉS

Définitions

La définition de l'endométriose est histologique : présence de glandes ou de stroma endométrial en dehors de l'utérus. C'est une maladie multifactorielle, résultant de l'action combinée de facteurs génétiques et environnementaux, et de facteurs liés aux menstruations.

L'endométriose nécessite une prise en charge lorsqu'elle a un retentissement fonctionnel (douleur, infertilité) ou lorsqu'elle entraîne une altération du fonctionnement d'un organe.

Évolution de l'endométriose

Les données ne sont pas en faveur d'une progression de l'endométriose au fil du temps, que ce soit en termes de volume ou de nombre des lésions.

En l'absence de symptômes, il n'y a pas lieu de faire une surveillance systématique par imagerie des patientes traitées pour endométriose.

Endométriose et dépistage

L'endométriose n'a pas systématiquement de conséquences pathologiques et peut être observée chez des femmes indolores et fertiles.

En conséquence :

- Il n'y a pas lieu de faire un dépistage de l'endométriose dans la population générale ;
- Il n'y a pas lieu de faire un dépistage dans des populations à risque augmenté, que ce soit sur des facteurs génétiques (endométriose chez une apparentée) ou sur des facteurs de risques menstruels (volume menstruel augmenté, cycles courts, premières règles précoces).

Endométriose et cancer

Le lien causal entre endométriose et cancer de l'ovaire n'est pas démontré.

Il n'y a donc pas lieu de faire un

dépistage du cancer de l'ovaire chez les patientes souffrant d'une endométriose.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Les principaux symptômes évocateurs et localisateurs de l'endométriose sont :

- Les dysménorrhées intenses : évaluées par une intensité de 8 ou plus, un absentéisme fréquent, ou une résistance aux antalgiques de niveau 1 ;
- Les dyspareunies profondes ;
- Les douleurs à la défécation à recrudescence cataméniale ;
- Les signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale ;
- L'infertilité.

Il n'y a pas lieu de rechercher une endométriose en cas de dysménorrhée isolée et contrôlée par une contraception hormonale, sans autre symptôme douloureux ni souhait de grossesse immédiat.

Douleur associée à l'endométriose

En cas de consultation pour douleurs pelviennes chroniques ou suspicion d'endométriose, il est recommandé de :

- Évaluer la douleur (intensité, retentissement) ;
- Évaluer la qualité de vie ;
- Rechercher les symptômes évocateurs et localisateurs de l'endométriose.

Évaluation de la douleur

- Utiliser une échelle pour mesurer l'intensité de la douleur ;
- Rechercher une symptomatologie évocatrice de sensibilisation : la manifestation des symptômes douloureux est variable d'une femme à l'autre et l'endométriose peut être associée à une modification des seuils douloureux.

Évaluation de la qualité de vie

- Utiliser un questionnaire de qualité de vie tel que : l'*Endometriosis Health Profile-30* (EHP-30) et sa version courte l'EHP-5, ou le questionnaire SF-36.

Examen gynécologique

Faire un examen gynécologique orienté (si possible) incluant l'examen du cul-de-sac vaginal postérieur, à la recherche de signes évocateurs :

- Visualisation de lésions bleutées à l'examen au spéculum du vagin ;
- Palpation de nodules au niveau des ligaments utérosacrés ou du cul-de-sac de Douglas ;
- Douleur à la mise en tension des ligaments utérosacrés ;
- Utérus rétroversé ;
- Annexes fixées au toucher vaginal.

EXAMENS DE 1^{re} INTENTION

Les examens de première intention (*figure 1*) sont :

- L'examen clinique (gynécologique si possible) ;
- L'échographie pelvienne.

L'échographie pelvienne et l'IRM pelvienne ont des performances similaires pour le diagnostic d'endométriose.

Le diagnostic d'endométriose (endométriose ovarienne) doit être posé avec prudence après la ménopause pour ne pas méconnaître une tumeur maligne.

En cas de masse ovarienne indéterminée (non typique d'endométriose) visualisée en échographie : faire une IRM pelvienne et/ou une nouvelle échographie par un expert.

En cas de diagnostic d'endométriose : rechercher une endométriose profonde associée.

EXAMENS DE 2^e INTENTION

Les examens de deuxième intention (*figure 2*) sont :

- L'examen pelvien orienté (clinicien référent), avec recherche d'une endométriose profonde en cas de douleur à la défécation pendant les règles, de signes urinaires cycliques, de dyspareunie profonde intense, ou d'infertilité associée ;



Conceptio® Endolib

UNE FORMULE UNIQUE ET DES ACTIFS
QUI ONT PROUVÉ LEUR EFFICACITÉ



Complément alimentaire

Conceptio® Endolib

- 1 **Protection des cellules de l'endomètre**
Resvératrol • *Lactobacillus Gasseri* • N-acétyl-cystéine
- 2 **Action sur les mécanismes inflammatoires**
Écorce de pin • Curcumine • Zinc
- 3 **Action relaxante** : L-Tryptophane • Magnésium
- 4 **Action antioxydante** : Vitamines A • C • E

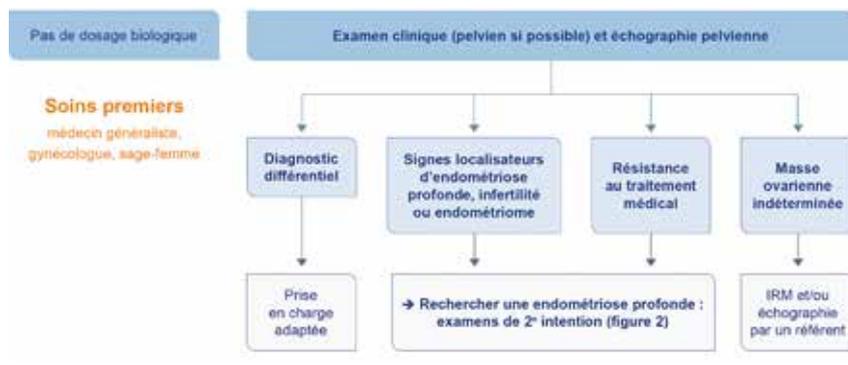
CONCEPTIO® UNE GAMME COMPLÈTE POUR L'HOMME ET LA FEMME
DU DÉSIR DE CONCEVOIR JUSQU'À L'ALLAITEMENT

Pour en savoir plus, rendez-vous sur : www.conceptio.fr

Ne se substitue pas à un traitement médicamenteux, demander conseil à un professionnel de santé.

LABORATOIRE DES
GRANIONS®

Figure 1. Examens de première intention à la recherche d'une endométriose



- L'IRM pelvienne (interprétée par un radiologue référent) ;
- L'échographie endovaginale (échographe référent).

L'échographie pelvienne et l'IRM apportent des informations différentes et complémentaires. La réalisation de ces deux examens est à discuter en fonction du type d'endométriose suspecté, de la stratégie thérapeutique envisagée et de l'information à donner à la patiente.

Le compte rendu des examens (IRM ou échographie) doit décrire la taille des lésions ainsi que les localisations anatomiques de l'endométriose visibles sur l'examen.

Bilan de la maladie endométriosique

Ces examens sont destinés à :

- Évaluer l'extension de l'endométriose ;
- Prévoir la prise en charge spécialisée.

Avant chirurgie d'exérèse de l'endométriose pelvienne profonde et en cas de discordance entre des symptômes évocateurs ou localisateurs d'endométriose et des examens de première intention négatifs :

- il est recommandé de réaliser une IRM pelvienne et/ou une échographie pelvienne de deuxième intention afin de prédire la nécessité d'éventuels gestes urinaires ou digestifs.

Modalités de l'IRM

En cas d'IRM pelvienne discordante avec la clinique ou l'échographie, il est recommandé de proposer une seconde lecture de l'IRM par un radiologue référent.

Concernant les critères de qualité de l'IRM pelvienne, il est recommandé de faire le diagnostic d'endométriose pelvienne en utilisant des séquences multiplanaires en T2 et T1 avec et sans saturation de graisse.

L'injection de gadolinium est une option notamment pour caractériser une masse annexielle complexe. L'opacification du vagin ou du rectum est utile en l'absence de préparation digestive préalable. Elle n'est pas indispensable en cas de préparation digestive préalable, ce qui devrait être la pratique privilégiée.

Il est recommandé de faire une acquisition à vessie semi-pleine pour ne pas gêner l'interprétation.

EXAMENS DE 3° INTENTION

Ces examens complémentaires de troisième intention sont demandés par le spécialiste dans des situations spécifiques.

Explorer une endométriose recto-sigmoïdienne

Avant de réaliser une chirurgie d'exérèse pour une endométriose profonde avec suspicion d'atteinte digestive, il est recommandé de confirmer ou non la présence de cette atteinte en préopératoire afin :

- d'informer la patiente ;
- d'organiser, si besoin, une prise en charge multidisciplinaire.

Afin de confirmer l'atteinte digestive et de préciser ses caractéristiques (multi ou unifocalité, diamètre lésionnel, profondeur d'infiltration, hauteur, circonférence, caractère sténosant) : réaliser un examen dédié : une échographie endovaginale, une IRM pelvienne, une échoendoscopie rectale (EER) ou un colo-scanner (colo-CT) (en fonction des expertises disponibles et des localisations lésionnelles).

Lorsque les examens d'imagerie de deuxième intention (échographie endovaginale, IRM pelvienne) ne permettent pas de conclure sur l'envahissement du colon par l'endométriose profonde :

Figure 2. Examens de soins de deuxième intention à la recherche d'une endométriose



- Les examens en troisième intention sont l'échoendoscopie rectale pour les localisations recto-sigmoïdiennes ou le colo-scanner pour les localisations coliques plus en amont;
- Il n'y a pas lieu de faire une coloscopie en cas de suspicion d'endométriose rectosigmoïdienne. La coloscopie peut cependant être utile pour éliminer un diagnostic différentiel.

Explorer une endométriose urinaire

Une dilatation pyélocalicielle est présente dans 50 à 60 % des endométrioses urinaires.

En cas d'endométriose pelvienne profonde, il est recommandé de rechercher une dilatation urétéropyélocalicielle. En cas de dilatation urétéropyélocalicielle, il est recommandé de prendre un avis spécialisé pour l'étude du retentissement rénal.

En cas de douleur pelvienne chronique associée à des symptômes urinaires du bas appareil et une suspicion d'endométriose, il est recommandé de réaliser en première intention une IRM ou une échographie de référence pour explorer une atteinte vésicale ou urétérale de l'endométriose.

Fertiloscopie

Il n'y a pas lieu de réaliser une fertiloscopie dans le but de faire le diagnostic de l'endométriose.

CŒLIOSCOPIE

Lorsque l'imagerie objective une endométriose sur des éléments caractéristiques et spécifiques (kyste et/ou lésions profondes), il n'y a pas lieu de réaliser une coéloscopie dans le seul but de confirmer le diagnostic.

Indication de la coéloscopie diagnostique

- En cas de suspicion clinique d'endométriose alors que les examens préopératoires n'en ont pas fait la preuve.
- Dans le cadre d'une stratégie de prise en charge des douleurs ou de l'infertilité.
- Afin d'éliminer une endométriose si elle ne met pas en évidence de lésions macroscopiques visibles et si celle-ci a comporté une exploration satisfaisante de la région abdomino-pelvienne.

Modalités de l'examen

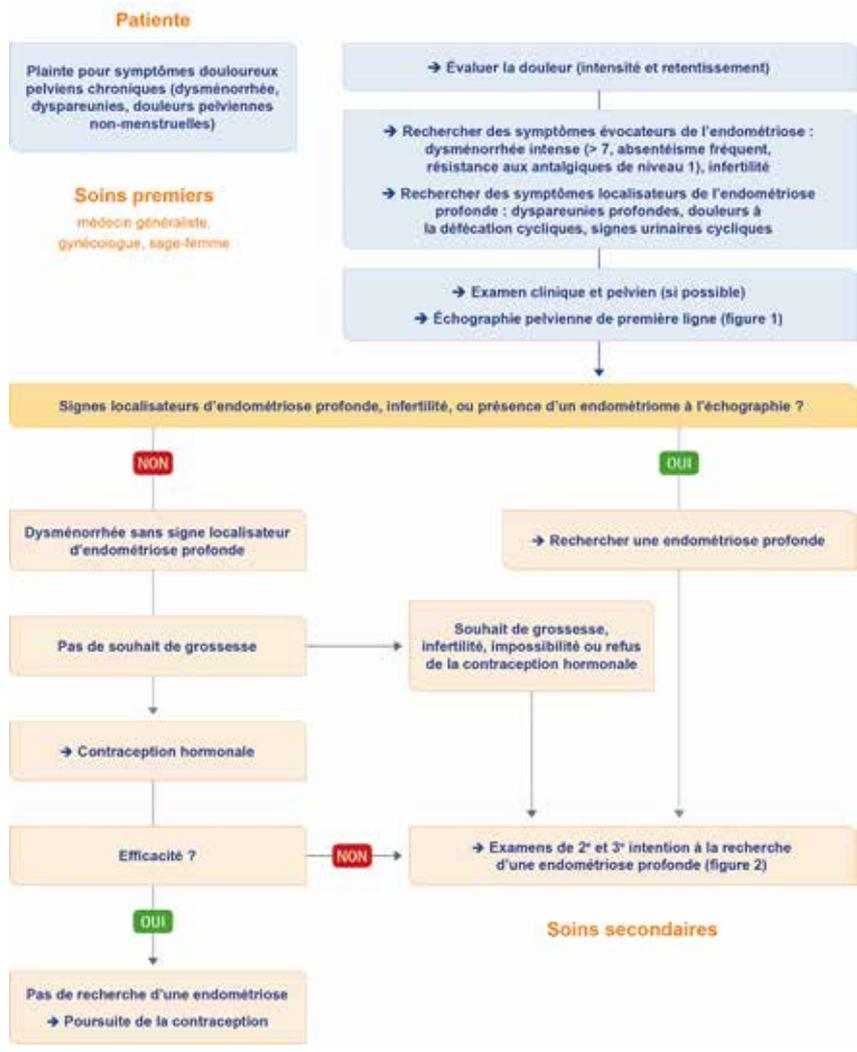
- Réaliser des biopsies dirigées (avec examen anatomopathologique) en cas de lésions typiques ou atypiques lors d'une coéloscopie diagnostique pour confirmer le diagnostic d'endométriose. Il n'y a pas lieu de faire des biopsies sur péritoine sain.
- Faire une description exhaustive et précise de la cavité abdomino-pelvienne incluant les adhérences et les différents types de lésions avec leur description macroscopique, leur taille, ainsi que leur localisation, dans le but de corréler les symptômes avec la pathologie et de guider la prise en charge thérapeutique.
- Utiliser des classifications lésionnelles pour décrire l'étendue de l'endométriose et faciliter les échanges interprofessionnels.

INFORMATION DE LA PATIENTE

En cas d'endométriose, les praticiens sont invités à dispenser une information éclairée :

- Informer les patientes sur les alternatives thérapeutiques, les bénéfices et les risques attendus de chacun des traitements, le risque de récurrence, la fertilité, et prendre en compte les attentes et les préférences de la patiente;
- Avant la chirurgie, apporter des informations supplémentaires sur son déroulement, son objectif, les inconvénients et les bénéfices escomptés, ses possibles complications, ses cicatrices, ses suites, ainsi que le déroulement de la convalescence;
- Lors de la consultation, fournir et expliciter dans des termes adaptés à

Figure 3. Stratégie diagnostique devant des symptômes douloureux pelviens chroniques (dysménorrhée, dyspareunies, douleurs pelviennes non-menstruelles)



la patiente, une notice d'information (validée par les professionnels de santé) contenant les informations essentielles pour les patientes et leurs conjoints

TRAITEMENTS HORMONAUX DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMÉTRIOSE DOULOUREUSE

Les traitements hormonaux en **première intention** dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse sont :

- La contraception par œstroprogestatifs ;
- Le SIU au LNG à 52 mg.

Le choix de ce traitement doit être guidé par les contre-indications, les effets indésirables potentiels, les traitements antérieurs et l'avis de la patiente. Les traitements hormonaux de **deuxième intention** sont :

- La contraception microprogestative orale au désogestrel ;
- L'implant à l'étonogestrel ;
- Les GnRHa en association à une add-back thérapie ;
- Le diénogest.

En cas de prescription d'un GnRHa dans un contexte d'endométriose :

- Prescrire une *add-back* thérapie comportant un œstrogène afin de prévenir la baisse de densité minérale osseuse et améliorer la qualité de vie des patientes. L'AMM recommande d'y adjoindre un progestatif ;
- Prescrire l'*add-back* thérapie avant le 3^e mois pour limiter les effets secondaires.

Traitements hormonaux en association avec une chirurgie de l'endométriose

- **Avant chirurgie** : un traitement hormonal préopératoire dans le seul but de prévenir le risque de complication chirurgicale, de faciliter la chirurgie, ou de diminuer le risque de récurrence de l'endométriose, n'est pas systématique.
- **Après chirurgie** : en l'absence de souhait de grossesse, un traitement hormonal (COP ou SIU au lévo-norgestrel 52 mg en première intention) permet de réduire le risque de récurrence douloureuse de l'endométriose et d'améliorer la qualité de vie des patientes.

Lors de la prescription d'une COP en postopératoire, privilégier une administration continue en cas de dysménorrhée.

- **Après chirurgie d'endométriose** : la prescription d'une COP en postopératoire permet de prévenir le risque de récurrence, en l'absence de contre-indication et de désir de grossesse. Il n'y a pas lieu de prescrire des GnRHa en postopératoire dans le seul but de prévenir la récurrence d'endométriose.

Traitement hormonal de l'endométriose douloureuse chez l'adolescente

Chez l'adolescente ayant une endométriose douloureuse :

- Prescrire une contraception œstroprogestative ou microprogestative en première intention, en l'absence de contre-indication ;
- En cas d'échec : demander un avis spécialisé pour préciser la meilleure stratégie diagnostique et thérapeutique à adopter ;
- En raison des risques de déminéralisation osseuse, il n'y a pas lieu de prescrire les GnRHa en première intention ;
- En cas de prescription GnRHa : il n'y a pas lieu de prescrire avant 16 ans (avant 18 ans selon l'AMM) et la durée de prescription ne doit pas dépasser 12 mois dans le cadre de l'AMM ;
- Associer à la prescription de GnRHa une *add-back* thérapie comportant au moins un œstrogène afin de prévenir la baisse de densité minérale osseuse et d'améliorer la qualité de vie.

ANTALGIQUES, AUTRES TRAITEMENTS ET ALTERNATIVES THÉRAPEUTIQUES NON MÉDICAMENTEUSES

Ces thérapeutiques s'appliquent à l'ensemble des patientes ayant une endométriose douloureuse, après évaluation globale de la douleur et de son retentissement.

Antalgiques

- La prescription d'AINS au long cours est à éviter en raison d'effets secondaires importants gastriques et rénaux.

daires importants gastriques et rénaux.

- En cas de suspicion d'une origine neuropathique de la douleur : proposer un traitement spécifique.

Options thérapeutiques non médicamenteuses

- Les prises en charge non médicamenteuses qui ont montré une amélioration de la qualité de vie et qui peuvent être proposées en complément de la prise en charge médicale de l'endométriose sont :
 - l'acupuncture ;
 - l'ostéopathie ;
 - le yoga.
- En cas de douleurs chroniques : proposer une évaluation interdisciplinaire (gynécologues, algologues, sexologues, psychologues et assistantes sociales).
- En cas d'endométriose douloureuse, les données sont insuffisantes pour recommander des régimes alimentaires ou des suppléments vitaminiques.

Place des « nouveaux traitements » de l'endométriose

- Il n'y a pas lieu de prescrire les anti-aromatases, les SERM, les SPRM et les anti-TNF- α pour la prise en charge de l'endométriose douloureuse.
- Il n'y a pas lieu de prescrire de SERM en postopératoire d'une chirurgie d'endométriose. •

Haute Autorité de Santé. – Décembre 2017

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique « Prise en charge de l'endométriose ».

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

matilia®

Naturellement bon

Recommandé par
les Sages-Femmes

matilia® Biscuits Anti-Nausée

Pour lutter contre les nausées
de la grossesse
ou le mal des transports



Biscuits citron - gingembre

matilia® Grossesse

Pour vivre la grossesse
en pleine forme



Smoothies



Boissons lactées

matilia® Allaitement

Pour booster la lactation



Boissons lactées



Matilia & Nébilias



matiliaetnebilias



Notre boutique en ligne :
<http://francebebe.fr/shop/>

L'ostéopathie chez la femme enceinte

PAR STÉPHANE FRIGOLA, OSTÉOPATHE D.O. - CHARGÉ DE COURS À L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE, PARIS

PRÉREQUIS

L'OMS définit en 2010 l'ostéopathie comme suit :

« L'ostéopathie repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle prend en compte les relations entre le corps, l'esprit, la raison, la santé et la maladie. Elle place l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et la tendance intrinsèque de l'organisme à s'auto-guérir ».

Les ostéopathes utilisent une grande variété de techniques thérapeutiques manuelles pour améliorer les fonctions physiologiques et/ou soutenir l'homéostasie altérées par des dysfonctions somatiques (les structures du corps), c'est-à-dire une altération ou une dégradation de la fonction des composantes concernées du système somatique : les structures squelettiques, articulaires, et myofasciales, ainsi que les éléments vasculaires, lymphatiques et neurologiques corrélés.

Les ostéopathes utilisent leur connaissance des relations entre la structure et la fonction pour optimiser les capacités du corps à s'autoréguler et à s'auto-guérir. Cette approche holistique de la prise en charge du patient est fondée sur le concept que l'être humain constitue une unité fonctionnelle dynamique, dans laquelle toutes les parties sont reliées entre elles. »

Cette définition prend tout son sens dans le domaine périnatal et plus spécifiquement lorsque l'on aborde la question de la grossesse.

D'importantes adaptations physiques, biologiques, physiologiques et psychologiques s'opèrent durant la grossesse : l'amplification de la masse et la pression abdominale, les perturbations hormonales, la modification du centre de gravité, l'accentuation de la lordose lombaire, les altérations du système digestif... Ces différents bouleversements entraînent fréquemment l'apparition de différents symptômes voire des troubles fonctionnels qui peuvent influencer sur le bon déroulement de la grossesse.

De plus, lors de l'accouchement, la mécanique ainsi que la cinétique du corps sont sursollicitées et des pertes de mobilité au niveau de la charnière lombosacrée ainsi que de la ceinture pelvienne peuvent perturber le passage du fœtal à travers le canal génito-pelvien chez la parturiente.

La prise en charge ostéopathique se révèle être judicieuse lors de l'accompagnement de la grossesse afin d'atténuer ses inconforts, ainsi que pour optimiser la mobilité du bassin avant l'accouchement.

Les ostéopathes utilisent leur connaissance des relations entre la structure et la fonction pour optimiser les capacités du corps à s'autoréguler et à s'auto-guérir.

Consulter un ostéopathe pendant une grossesse aide à appréhender celle-ci de façon plus sereine au moyen de techniques douces, adaptées et ciblées. **L'ostéopathie ne dispense en aucun cas d'un suivi obstétrical conventionnel.**

L'ostéopathe, spécialement formé à la prise en charge de la femme enceinte, effectuera des manipulations appropriées : des mouvements doux sur les zones concernées.

L'ostéopathe agit sur l'ensemble du corps de la femme enceinte. **C'est une prise en charge holistique.** L'ostéopathe devra aussi, par ailleurs, réajuster tous les dysfonctionnements fonctionnels de la patiente enceinte venant le consulter préventivement ainsi que de prodiguer d'éventuels conseils afin d'améliorer la posture de sa patiente. Certaines manipulations sont évidemment contre-indiquées, notamment les manipulations structurelles sur le rachis lombaire lors du dernier mois de grossesse.

CHAMP D'APPLICATION DE L'OSTÉOPATHIE

Voici une liste, non exhaustive, des différents motifs de consultations les plus fréquemment rencontrés en cabinet d'ostéopathie :

- **LES DOULEURS LIGAMENTAIRES.** À partir du 6^e mois particulièrement, la laxité musculo-ligamentaire vient perturber la mobilité ostéo-articulaire pouvant entraîner des contraintes des douleurs symphysaires, syndrome de Lacomme...
- **LA LOMBALGIE.** Rachialgie d'origine mécanique et fonctionnelle présente chez près de 45 % de femmes enceintes. Les douleurs lombaires chez la femme enceinte trouvent leurs origines dans les difficultés d'adaptations biomécaniques et hormonales de la ceinture lombo-pelvienne. **N.B. → Les dorsalgies et les cervicalgies ont aussi le même mécanisme d'apparition.**
- **LA SCIATALGIE.** Souvent associée à une lombalgie. Le passage du nerf sciatique se voit être perturbé par ces contraintes évoquées précédemment. Ce qui provoque une radiculalgie entraînant une douleur aiguë, parfois paralysante qui irradie du haut de la fesse et dans la jambe. L'ostéopathe va alors rendre de la mobilité au niveau des différentes structures (vertébrales et pelviennes) qui mécaniquement perturbent le bon influx du nerf.

N.B. → Les *cruralgies*, moins fréquentes, peuvent, elles aussi, être un motif de consultation.

- **L'INSOMNIE.** Liée souvent à plusieurs facteurs tels que des douleurs mécaniques, mauvaises positions, difficultés à respirer, anxiété... La prise en charge globale de l'ostéopathe peut répondre à ces différents inconforts et permettre une meilleure qualité de sommeil chez la femme enceinte.
- **TROUBLE DE LA CIRCULATION.** Le mauvais retour veineux entraîne, entre autres, des douleurs au niveau des jambes, de la rétention d'eau et donc la formation probable d'œdème(s) désagréable(s) voire douloureux. L'ostéopathe va soulager les symptômes associés à ces troubles de la vasomotricité.
- **LES REFLUX GASTRIQUES (RGO).** Les nausées et les vomissements sont fréquents entre 4 et 12 SA. Leur fréquence a été estimée entre 40 et 90 % des grossesses. Le travail de l'ostéopathe dans ce cas va consister, entre autres, à rendre de la mobilité au niveau de la cage thoracique, du diaphragme ainsi qu'au niveau des vertèbres cervicales et thoraciques au regard des liens anatomiques avec l'œsophage et l'estomac.
- **L'OPPRESSION THORACIQUE.** Liée généralement aux adaptations mécaniques du diaphragme thoracique lorsqu'il est refoulé par l'utérus gravide. Les côtes inférieures s'évasent, concomitamment à une hypotonie des muscles abdominaux, le niveau du diaphragme peut alors s'élever de 4 centimètres et donc conduire à ressentir une sensation d'oppression thoracique. Dans ce cas l'ostéopathe devra, par des manipulations douces, redonner de la mobilité au niveau des éléments constituant la cage thoracique : les côtes, le sternum, la ceinture scapulaire et l'axe vertébral cervico-thoracique.
- **LA VME (VERSION PAR MANŒUVRE EXTERNE).** En aucun cas la version ne doit être réalisée par l'ostéopathe, c'est un acte obstétrical devant être réalisé sous monitoring, cependant des études ont permis de mettre en évidence une probabilité plus grande de réussite de cette version lorsqu'elle est associée à une prise en charge ostéopathe. Le but étant donc de potentialiser l'action de l'obstétricien. L'ostéopathe va intervenir en amont sur le « contenant » osseux et ainsi permettre au mobile fœtal de pouvoir se retourner plus aisément lors de la VME pratiquée par l'obstétricien.
- **LA COCCYGODYNIE.** Due en partie à l'imprégnation hormonale, l'articulation sacro-coccygienne peut subir des adaptations mécaniques entraînant de vives douleurs ligamentaires au niveau de la zone coccygienne. Douleurs pouvant être soulagées par des manipulations/mobilisations ostéopathiques. Ces mobilisations par voie externe visent à rendre de la mobilité au niveau du sacrum, du coccyx et de la ceinture pelvienne.

N.B. → À la suite d'un travail prolongé, la parturiente peut présenter une *subluxation du coccyx* causant d'importantes douleurs pouvant être prises en charge par l'ostéopathe.

- **EN POST-PARTUM.** La consultation ostéopathe est grandement indiquée dans les semaines qui suivent l'accouchement car elle contribue à de nombreux soulagements : faciliter le confort dans l'allaitement, traiter des douleurs persistantes (lombalgies, sciatiques, canal carpien...), celles plus spécifiquement liées à l'accouchement (position, effort d'expulsion, expression abdominale, épisiotomie, suites de péridurale, césarienne...), restaurer une posture de confort. La prise en charge ostéopathe en post-partum optimisera la rééducation périnéale de la sage-femme, en équilibrant tous les éléments ostéo-articulaires sur lesquels s'attachent les muscles du plancher pelvien.

QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES

Comment se déroule une séance ?

La séance d'ostéopathie pendant la grossesse se déroule de la même manière qu'une séance classique : une anamnèse (questions sur les antécédents cliniques, l'environnement, etc.), un bilan complet, des tests de mobilités statiques et dynamiques puis le traitement selon le diagnostic ostéopathe évoqué. Le traitement est adapté en fonction du schéma lésionnel retrouvé, il est accompagné de nombreux conseils pour que la patiente puisse conserver un schéma postural équilibré et limiter la récurrence.

Existe-t-il des dangers à manipuler une femme enceinte ?

La prise en charge ostéopathe de la femme enceinte, par un ostéopathe formé dans ce domaine, ne présente pas plus de risques qu'une prise en charge classique. En effet, l'ostéopathe ajuste ses techniques à l'état de la patiente et peut, sans danger, traiter une femme enceinte tout au long de sa grossesse.

Existe-t-il des risques pour mon bébé ?

Non, l'ostéopathe lors de la consultation agit toujours sans contrainte ni pression sur le bébé, au contraire, l'objectif étant de restituer le plus de mobilité possible au niveau des structures avoisinantes (bassin osseux, diaphragme, système digestif...) dans l'optique d'optimiser l'espace autour du mobile fœtal.

CONCLUSION

L'approche ostéopathe chez la femme enceinte a pour but de « préparer » un accouchement des plus physiologique par suite de diminution des douleurs, d'amélioration de la qualité du sommeil, d'une mobilité pelvienne accrue facilitant ainsi le travail et la récupération post-partum. Cette prise en charge holistique de la femme enceinte doit être mise en perspective par une collaboration pluridisciplinaire avec les autres acteurs de santé (obstétricien, sage-femme, aide-soignante, kinésithérapeute, acupuncteur, sophrologue...). *In fine*, l'ostéopathe, par sa vision d'ensemble et sans être ésotérique, va se révéler être un véritable « partenaire » durant la grossesse et le suivi post-partum. •

Algoménorrhées et dysménorrhées

POSSIBILITÉS DE L'HOMÉOPATHIE

PAR **ÉLISABETH LATOUR-DE MAREÛIL**, SAGE-FEMME HOMÉOPATHE (PARIS)

Les douleurs menstruelles ont deux origines imbriquées :

- la lutte musculaire, spasmodique ;
- le relargage de prostaglandines qui est un processus plus inflammatoire.

La dilution proposée est 7 CH granules en première approche, à ajuster selon vos compétences en Homéopathie. La posologie est en général de 5 granules à la fois toutes les heures, sous la langue.

Ils peuvent être pris en alternance ou en « cocktail » : 5 granules de chaque tube dans 1/4 l d'eau, laisser dissoudre en secouant de temps en temps. Au rythme des douleurs (tous les quarts d'heure), secouer vigoureusement le flacon et en prélever une gorgée que l'on laisse sous la langue. Les prises s'espacent selon l'action du complexe. En cas d'inefficacité totale au bout du 1^{er} jour, le traitement doit être réévalué.

LA LUTTE MUSCULAIRE ET LE SPASME

- Le siège de la lutte est la coordination entre l'utérus et le col. La douleur précède les règles, en accompagne le début.
 - **ACTAEA RACEMOSA 9CH** > Plus d'irradiations vers le dos.
 - **CAULOPHYLLUM 9CH** > Plus intermittente, reprenant de plus belle, irradiant vers les cuisses, parfois les seins.
- La fonction spasme prédomine; la patiente est soulagée en se penchant en avant ou en se pliant en deux.
 - **CUPRUM METALLICUM 9CH** > Particulièrement indiqué en 30 CH chez les porteuses de DIU-Cu.
 - **COLOCYNTHIS 9CH** > Pour les patientes plus charpentées et surtout plus colériques.
 - **MAGNESIA PHOSPHORICA 9CH** > Patientes plus longilignes, bien aidées par une grosse bouillotte bien chaude.
- La régulation du développement endométrial est facilitée par :
 - **FOLLICULINUM 9CH** > 1 dose à J8 et J20 du cycle, régulation des œstrogènes naturels (pas sous OP).
 - **LUTEINUM 4CH** > 5 granules 1 fois/jour de J14 à J28. Très indiqué en cas d'insuffisance lutéale.

LE RELARGAGE DE PROSTAGLANDINES PRÉDOMINE

La douleur n'est pas nécessairement proportionnelle au flux. Très souvent les règles sont abondantes, accompagnées de manifestations générales : frilosité, asthénie, malaises, lipothymies.

La régulation de l'endomètre obéit aux mêmes traitements que dans les spasmes.

Deux médicaments sont très importants, donnés en granules 15 CH, qui est une dilution inhibitrice, ou, si besoin et encore plus puissante, en 30 CH. S'ils sont bien indiqués, le soulagement survient dans l'heure.

- **PROSTAGLANDINE F2α** > Plus spasmodique.
- **PROSTAGLANDINE E2** > Plus inflammatoire.

L'avantage par rapport à la forme allopathique est bien sûr l'innocuité à court, moyen et long terme.

LES MÉDICAMENTS CIBLÉS

< : aggravation, aggravé par

> : amélioration, amélioré par, soulagé par

LA CONTRACTION PRÉDOMINE

■ Les plus crampoïdes

- **BORAX** > Pinçantes, qui commencent plusieurs jours avant les règles, gastralgies.
- **CHAMOMILLA** > Intolérance à la douleur, colère.
- **COCCULUS** > Coliques et vertiges.
- **COLOCYNTHIS** > > Pliée en deux et pression forte, femme charpentée et colérique.
- **CUPRUM METALLICUM** > Avec ballonnement abdominal, en 15 CH ou 30 CH si DIU-Cu.
- **MAGNESIA PHOSPHORICA** > > Pliée en deux, > grosse bouillotte chaude, femme longiligne.
- **THLASPI BURSA PASTORIS** > > Penchée en avant, règles d'installation longue, gros caillots noirs.
- **VERATRUM ALBUM** > Malaise évoquant un collapsus, diarrhée cholérique associée.

■ Les plus paroxystiques

- **BRYONIA ALBA** > Très > à l'immobilité et très aggravée au moindre mouvement.

- **KALIUM CARBONICUM** > Irradiations lombes, patiente cambrée n'aimant pas se plaindre.
- **MAGNESIA CARBONICA** > Douleurs aiguës et fulgurantes, > pliée en deux.
- **PLUMBUM METALLICUM** > Spasmes violents irradiant dans tout le corps, vaginisme fréquent.

■ Les plus brutaux

- **ACONITUM NAPELLUS** > Douleurs intolérables avec angoisse et agitation, < la nuit vers 0 h.
- **MAGNESIA PHOSPHORICA** > Début et fin brusques, < en début de règles, grosse bouillotte chaude.

LES IRRADIATIONS PRÉDOMINENT

■ Irradiations vers le dos

- **ACTAEA RACEMOSA** > Pelviennes transversales, pubis → sacrum, et avant les règles vers les cuisses. Après les règles CU hyperesthésiques.
- **AESCULUS** > → sacro-iliaques, « sent son utérus », hémorroïdes.
- **AMMONIUM MURIATICUM** > Lombo-sacrée = diarrhée = saignement hémorroïdaire.
- **CYCLAMEN** > Spasmodiques, intermittentes, du dos au pubis.
- **ELAPS** > En barre avec pesanteur lombaire.
- **GELSEMIUM** > Constriction utérine irradiant vers le dos.
- **HAMAMELIS** > Meurtrissure pelvienne + brûlures lombosacrées, insuffisance veineuse.
- **KALIUM CARBONICUM** > Irradiation lombo-sacrée, fesses, grandes lèvres → abdo → sein.
- **MAGNESIA MURIATICA** > Utérines et abdo irradiant vers le dos et les cuisses, constipation, > plan dur.
- **SABINA** > Transfixiantes, sacrum → pubis, lombo-sacralgies.
- **SANICULA** > Lombalgies < en levant les bras < les mains derrière le dos > couchée sur plan dur.
- **SEPIA** > Lombo-sacrées et rectales, sensation de prolapsus, faiblesse ligamentaire.

■ Irradiations vers le pelvis et le sacrum

- **ACTAEA RACEMOSA** > Transversales du pelvis # flux, irradiations dos et cuisses, asthénie.
- **CAULOPHYLLUM** > Irradiant vers le pelvis et les seins; prolapsus et faiblesse ligamentaire.
- **NUX VOMICA** > Spasmes irradiant au rectum et à l'anus, ↗ des troubles digestifs.
- **SABINA** > Transfixiantes du sacrum vers le pubis, lombo-sacralgies.
- **SEPIA** > Lombo-sacrées et rectales, liées à la congestion.

■ Irradiations vers les cuisses

- **ACTAEA RACEMOSA = CIMICIFUGA**

- **LAC CANINUM** > Ovaralgies alternées droite/gauche < secousses, < penchée en avant. Douleurs utéro-ovariennes irradiant vers les cuisses.
- **MAGNESIA MURIATICA** > Utérines et abdo irradiant vers le dos et les cuisses.
- **VIBURNUM OPULUS** > Lombes vers utérus et face antérieure des cuisses < mouvements.

■ Autres irradiations

- **CAULOPHYLLUM** > Spasmes intermittents, irradiant vers les seins et le pelvis, ovaralgies gauches.
- **KALIUM CARBONICUM** > Aiguës, lancinantes, irradiation lombosacrée, fesses. Grandes lèvres → abdo → sein.
- **PLUMBUM METALLICUM** > Spasmes violents, irradiant dans tout le corps.
- **SARSAPARILLA** > Irradiant du creux épigastrique vers le sacrum, urgenterie avant les règles.

L'ÉPUISEMENT S'AJOUTE À LA DOULEUR

■ Lipothymies

- **ACTAEA RACEMOSA** > La plus douloureuse, se plaint beaucoup.
- **CASTOREUM** > La plus pâle, ténésme rectal.
- **GRAPHITES** > Flux clair, hypoendocrinie globale.
- **MOSCHUS** > Anxieuse à manifestations théâtrales, lipothymies avant les règles.
- **VERATRUM ALBUM** > Refroidissement, diarrhée cholériforme évoquant un syndrome de manque.

■ Faiblesse

- **CAULOPHYLLUM** > Soif marquée, douleurs intermittentes violentes.
- **COCCULUS** > Vertiges évoquant le mal des transports.
- **ELAPS** > Douleur en barre et pesanteur lombaire (1 dose 1 fois).
- **GELSEMIUM** > Tremblements.

■ Asthénie

- **ACTAEA RACEMOSA** > Spasmée et asthénique, réclame des traitements.
- **KALIUM CARBONICUM** > Charpentée et cambrée, se plaint peu.
- **SILICEA** > Fatiguée, fatigable mais obstinée, petit gabarit, vulvite.

■ Frilosité

- **CAULOPHYLLUM** > Douleurs intermittentes, soif.
- **KALIUM CARBONICUM** > Cambrée, besoin de couvrir et tenir les lombes.
- **SENECIO** > Signes urinaires : cystalgies, dysurie, qui remplacent parfois les règles.
- **SILICEA** > Métrorragies intermittentes irritantes.
- **TUBERCULINUM** > Bouffées de chaleur nocturnes.

QUELQUES DRAINAGES PHYTOTHÉRAPEUTIQUES

■ **Romarin** > **ROSMARINUS OFFICINALE JPMG1D** > Dysendocrinie, anti-radicaux libres.

> 50 gouttes x 2 ou 100 gouttes/jour dans un grand verre d'eau, avant le repas, 15 jours.

■ **Framboisier** > **RUBUS IDAEUS JPMG** > Stimule œstrogènes et progestérone, régulateur neuro-végétatif, remède du vieillissement féminin et du vieillissement du tissu conjonctif.

■ **Airelle** > **VACCINIUM VITIS IDAEA JP** > Œstrogène-like.

> 4 gouttes dans un verre d'eau 1 fois/jour en 1^{re} partie de cycle.

■ **Gattilier** > **AGNUS CASTUS** > Fruit.

Œstrogène-like, actif sur les troubles de l'humeur œstrogène-dépendants. Agit sur l'hypophyse, syndrome prémenstruel ++. Interaction avec les traitements hormonaux : ne pas utiliser dans ce cas.

> **Posologie**: équivalent à 30-40 mg/jour de plante séchée.

■ **Alchemille** > **ALCHEMILLA VULGARIS** > Infusion, comprimés.

Cicatrisation, astringent, vergetures, cellulite: infusion ou comprimés.

Hémorragies gynécologiques et désordres du cycle: infusion.

> **Infusion**: 1 à 2 g de plante séchée pour un litre d'eau bouillante. Laisser infuser 10 mn. Boire 2 à 3 tasses/jour.

■ **Achillée millefeuille** > **ACHILLEA MILLEFOLIUM** > Pour les dysménorrhées.

> **En infusion**: 1 à 2 c à café dans 150 ml d'eau, trois fois par jour entre les repas.

> **Extrait liquide**: 1 à 2 ml trois fois par jour.

> **Teinture mère 5 ml**: dans un peu d'eau ou de jus de fruit trois fois par jour.

> **Bain de siège**: 100 g de plantes séchées infusées dans un litre d'eau que l'on dilue ensuite dans une vingtaine de litres d'eau chaude.

> **Contre-indiqué pour les femmes désirant être enceintes ou allaitantes.**

CONCLUSION

Certains médicaments reviennent souvent, cela aide les débutants.

La pharmacopée est riche. En réalité tous les sujets peuvent se trouver confrontés à une dysménorrhée, mais celle-ci sera précédée d'autres symptômes qui permettront d'identifier le médicament nécessaire.

Vous pouvez tenter de démarrer une prescription avec quelques questions simples. En cas de résultats insuffisants, adressez-vous à un homéopathe chevronné avant de dire que « l'homéopathie, ça ne marche pas », car ce trésor est d'autant plus décrié qu'il est méconnu. •

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRIANNE, Philippe, *La Gemmothérapie*, Coll. Douces Alternatives, Amyris, Bruxelles, 2007.
- Dr BOERICKE, William, *Matière médicale* 9e édition, Similia, Paris, 2003.
- CHARVET Christelle, DEMONCEAUX Antoine, DONNER Fabienne, *Schémas et protocoles en gynécologie-obstétrique*, CEDH, 2010.
- LATOUR-de MAREUIL Élisabeth, *Guide Homéopathique de gynécologie*, (à paraître, FFSH, 2018).
- Dr MOREAU Françoise, *Manuel pratique d'Homéopathie en Gynécologie-Obstétrique*, Iprédis, Paris, 1996.

ANNEXE

Dysménorrhées et Algoménorrhées	Douleur	Autres signes des règles	Signes avant et après les règles	Autres signes	Flux	Règles	Cycles
ACONIT NAPELLUS • Répéter/heure	<ul style="list-style-type: none"> • brutales • intolérables • avec angoisse et agitation < la nuit 						
ACTAEA RACEMOSA = CIMICIFUGA	<ul style="list-style-type: none"> • # flux transversales du pelvis • dorsales • cuisses 	<ul style="list-style-type: none"> • asthénie • troubles neuro-végétatifs avec lipothymies 	<ul style="list-style-type: none"> • migraines C7 cycliques • irradie vers haut et bas des cuisses avant les règles • CU post-règles hyperesthésiques 	<ul style="list-style-type: none"> • pesanteur pelvienne • ovaralgie gauche • douleurs sous le sein • taches sur le visage 	<ul style="list-style-type: none"> • foncé à noir • caillots fétides 	<ul style="list-style-type: none"> • irrégulières • hyperménorrhée 	<ul style="list-style-type: none"> • courts • irréguliers
AMMONIUM MURIATICUM • Répéter/heure	<ul style="list-style-type: none"> • lombo-sacrée 	<ul style="list-style-type: none"> • diarrhée • hémorroïdes qui saignent 			<ul style="list-style-type: none"> • liquide • ↗ la nuit 		
BORAX • Répéter/heure	<ul style="list-style-type: none"> • crampoides pinçantes 	<ul style="list-style-type: none"> • gastralgies, nausées, douleurs inguinales (light) 	<ul style="list-style-type: none"> • douleurs commencent plusieurs jours avant les règles 		<ul style="list-style-type: none"> • foncé 	<ul style="list-style-type: none"> • abondantes 	<ul style="list-style-type: none"> • courts

Dysménorrhées et Algoménorrhées	Douleur	Autres signes des règles	Signes avant et après les règles	Autres signes	Flux	Règles	Cycles
BRYONIA ALBA ▪ Répéter/heure	▪ aiguës ▪ piquantes ▪ déchirantes ▪ fulgurantes ▪ < mouvement ▪ > immobilité ▪ > pression forte	▪ mastodynies ▪ ovaralgie < droite		▪ mastodynies		▪ abondance indifférente	
CASTOREUM ▪ Répéter/heure	▪ tranchante des cuisses, utérus, abdomen ▪ > penchée en avant	▪ sueurs froides ▪ lipothymies, pâleur ▪ ténésme rectal			▪ couleur indifférente	▪ hypo-ménorrhée	▪ spanio-ménorrhée
CAULOPHYLLUM ▪ Répéter/heure	▪ spasmodiques intermittentes ▪ irradiant vers les seins et le pelvis	▪ sensation de pesanteur pelvienne ▪ > évacuation du sang ▪ faiblesse ▪ frilosité		▪ ovaralgies gauches	▪ couleur indifférente	▪ hypo-ménorrhée	▪ courts
CHAMOMILLA ▪ Répéter/heure	▪ Crampoides	▪ agitation ▪ intolérance à la douleur (colère)			▪ noir ▪ caillots		
COCCULUS ▪ Répéter/heure	▪ crampoides	▪ faiblesse, vertiges, nausées, ▪ jambes se dérobent ▪ douleurs coliques					▪ plutôt courts
COCCUS CACTI ▪ Répéter/heure	▪ spasmodique ▪ < le soir et la nuit				▪ noir ▪ gros caillots		
COLOCYNTHIS ▪ Répéter/heure	▪ crampoides ▪ > pliée en 2 ▪ > pression forte ▪ > chaleur	▪ ovaralgie gauche				▪ abondance indifférente	▪ courts
CUPRUM METALLICUM ▪ Répéter/heure	▪ crampoides violentes	▪ ballonnement abdo ▪ < DIU-Cu				▪ abondance indifférente	
CYCLAMEN	▪ spasmodiques intermittentes ▪ du dos au pubis	▪ sensation de mouvement (vivant) dans l'abdomen	▪ migraines ophtalmiques et digestives		▪ cesse pendant les douleurs ▪ ↗ position assise ▪ ↘ en marchant	▪ variables	▪ variables
ELAPS ▪ Répéter/heure	▪ en barre et pesanteur lombaire	▪ faiblesse intense ▪ sensation de froid intérieur			▪ noir, longs filaments	▪ abondantes	▪ courts
GELSEMIUM ▪ Répéter/heure	▪ irradiant vers le dos ▪ constriction utérine ▪ > écoulement	▪ faiblesse et tremblements			▪ rouge		
GRAPHITES	▪ déchirantes dans épigastre	▪ signes ORL ▪ transpiration ▪ malaises matinaux	▪ prurit avant		▪ clair		▪ longs anovulatoires
HAMAMELIS ▪ Répéter/heure	▪ Meurtrissure pelvienne ▪ brûlures lombosacrées		▪ varices vulvaires		▪ noir		
KALIUM CARBONICUM grx1-2	▪ aiguës ▪ lancinantes ▪ irradiation lombosacrée, fesses ▪ grandes lèvres → abdo → sein	▪ asthénie ▪ frilosité ▪ œdème visage ▪ constipation ▪ hémorroïdes		▪ clair		▪ variables ▪ toujours sang irritant	▪ variables
MAGNESIA CARBONICA R2P2TER: H	▪ aiguës, fulgurantes, paroxystiques ▪ > pliée en 2		▪ rhino-pharyngite avant les règles		▪ noir ▪ ↗ la nuit	▪ peu abondantes	▪ longs spanio-ménorrhée
MAGNESIA PHOSPHORICA ▪ Répéter/heure	▪ crampoides à début et fin brusque	▪ < à droite ▪ > en début de règles ▪ > penchée en avant ▪ > grosse bouillotte chaude			▪ noir		▪ courts
MOSCHUS gr x2-3	▪ tiraillement vers le bas des organes génitaux	▪ malaises lipothymiques avant et pendant les règles ▪ angoisses, anxiété ▪ manifestations théâtrales	▪ malaises lipothymiques avant et pendant les règles				

Dysménorrhées et Algoménorrhées	Douleur	Autres signes des règles	Signes avant et après les règles	Autres signes	Flux	Règles	Cycles
NUX VOMICA	<ul style="list-style-type: none"> spasmodiques irradiant vers le rectum 	<ul style="list-style-type: none"> des troubles digestifs colères hémorroïdes 		<ul style="list-style-type: none"> antipéristaltisme digestif hémorroïdes somnolence postprandiale 	<ul style="list-style-type: none"> pouvant cesser la nuit 	<ul style="list-style-type: none"> abondantes et longues hyperménorrhée 	<ul style="list-style-type: none"> courts polyménorrhée
PLUMBUM METALLICUM ▪ Répéter/heure	<ul style="list-style-type: none"> spasmodiques violentes irradiant dans tout le corps 	<ul style="list-style-type: none"> sensation de rétraction abdomen et vagin < toucher léger < mouvement > pliée en 2 > pression forte 		<ul style="list-style-type: none"> vaginisme 	<ul style="list-style-type: none"> couleur indifférente 	<ul style="list-style-type: none"> hypoménorrhée 	<ul style="list-style-type: none"> spanioménorrhée
SABINA ▪ Répéter/heure	<ul style="list-style-type: none"> transfixiantes sacrum vers pubis lombosacralgies 				<ul style="list-style-type: none"> rouge caillots écoulement paroxystique mouvement 	<ul style="list-style-type: none"> abondantes et longues 	<ul style="list-style-type: none"> courts
SANICULA ▪ Répéter/heure	<ul style="list-style-type: none"> pesanteur pelvienne < Secousses lombalgies < en levant les bras < les mains derrière le dos > couchée sur plan dur 	<ul style="list-style-type: none"> besoin de soutenir la vulve avec la main constipation 			<ul style="list-style-type: none"> couleur indifférente 	<ul style="list-style-type: none"> hypoménorrhée 	<ul style="list-style-type: none"> spanioménorrhée
SENECIO ▪ Répéter/heure	<ul style="list-style-type: none"> cystalgie dysurie 	<ul style="list-style-type: none"> frilosité pâleur de la face parfois pollakiurie vicariante des règles 			<ul style="list-style-type: none"> couleur indifférente 	<ul style="list-style-type: none"> hypoménorrhée 	<ul style="list-style-type: none"> spanioménorrhée
SEPIA	<ul style="list-style-type: none"> lombo-sacrées et rectales 	<ul style="list-style-type: none"> congestion pelvienne intense pollakiurie migraine agitation ménagère + dépression avant les règles 	<ul style="list-style-type: none"> leuco pré et post-menstruelles 	<ul style="list-style-type: none"> sécheresse vaginale sensation de prolapsus faiblesse ligamentaire 	<ul style="list-style-type: none"> noir installation lente 	<ul style="list-style-type: none"> peu 	<ul style="list-style-type: none"> longs
SILICEA	<ul style="list-style-type: none"> vulvite vaginite 	<ul style="list-style-type: none"> asthénie frilosité 		<ul style="list-style-type: none"> métrorragies intermittentes 	<ul style="list-style-type: none"> hypo ou hyper 	<ul style="list-style-type: none"> variables sang irritant 	<ul style="list-style-type: none"> longs ou courts
THLASPI BURSA PASTORIS ▪ Répéter/heure	<ul style="list-style-type: none"> crampoides 	<ul style="list-style-type: none"> > penchée en avant 			<ul style="list-style-type: none"> + abondantes 1 fois sur 2 foncé gros caillots noirs 	<ul style="list-style-type: none"> installation longue 	<ul style="list-style-type: none"> courts
TRILLIUM PENDULUM ▪ Répéter/heure	<ul style="list-style-type: none"> brisure des articulations sacro-iliaques > bandage serré > immobile 				<ul style="list-style-type: none"> rouge vif au moindre mouvement immobile 	<ul style="list-style-type: none"> longues abondantes 	
TUBERCULINUM	<ul style="list-style-type: none"> # flux 	<ul style="list-style-type: none"> < debout, marche, exercice physique 		<ul style="list-style-type: none"> frilosité avec bouffées de chaleur maigre adénopathies tumeurs mammaires bénignes 		<ul style="list-style-type: none"> abondantes et longues 	<ul style="list-style-type: none"> courts
VERATRUM ALBUM ▪ Répéter/heure	<ul style="list-style-type: none"> crampoides violentes avec malaise intense 	<ul style="list-style-type: none"> refroidissement sueurs froides lipothymies diarrhée + syndrome cholérique < mouvement > chaleur 					<ul style="list-style-type: none"> courts
VIBURNUM OPULUS ▪ Répéter/heure	<ul style="list-style-type: none"> Lombes vers utérus et face antérieure des cuisses < mouvements < secousses 	<ul style="list-style-type: none"> nausées érithisme cardiovasculaire pendant les règles pollakiurie 			<ul style="list-style-type: none"> malodeur 	<ul style="list-style-type: none"> abondantes courtes parfois débris endométriaux 	<ul style="list-style-type: none"> longs

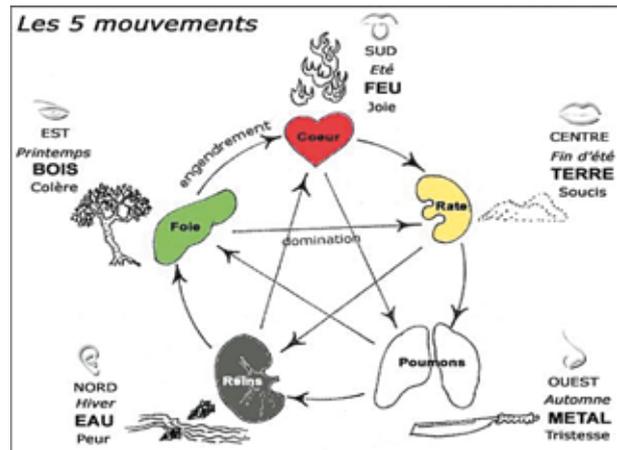
Apport de la médecine traditionnelle chinoise dans notre pratique de sage-femme

PAR TEREZA MIKELIC DUTRIAUX, SAGE-FEMME ACUPUNCTEUR ET HOMÉOPATHE HERBLAY, VAL D'OISE

La médecine traditionnelle chinoise, du haut de ses quelque trois mille ans d'existence, se base sur le Qi c'est-à-dire « l'énergie », « l'essence vitale ». Elle s'intéresse tout particulièrement à sa qualité, sa quantité, ses échanges et son rapport à la circulation du sang. Le but de cette médecine est de toujours entretenir l'équilibre, maintenir le corps dans son état de physiologie. Selon les livres classiques, trois facteurs viennent perturber cet équilibre : les saisons, avec les variations climatiques associées, l'alimentation (la diététique tient une place importante dans la médecine traditionnelle chinoise, ainsi une bonne hygiène alimentaire en lien avec les éléments et les saisons, est un garant d'apports suffisants et adaptés) et les émotions dont la mauvaise gestion impacte directement les organes.

Ainsi, consulter son praticien de médecine chinoise une fois par saison apparaît comme primordial pour rester en bonne santé, bien qu'en Asie les séances sont bien plus fréquentes encore car l'acupuncture y constitue le premier réflexe thérapeutique. D'ailleurs, traditionnellement, on ne rémunère le thérapeute que si le patient reste en bonne santé, si ce dernier est malade, c'est que le praticien n'a pas été suffisamment compétent.

Lorsque le Qi est à l'équilibre, la personne est en bonne santé tant dans son corps que dans sa tête. Lorsqu'un déséquilibre survient, les symptômes apparaissent, bénins au départ comme pour alerter, prévenir l'individu. Or, dans ce monde occidental où l'Homme vit à cent à l'heure, quelle place donne-t-on à l'écoute de son corps, de soi ? Alors, lorsque l'humain fait l'autruche, les alertes s'intensifient et le symptôme s'accroît, s'étend jusqu'à attirer suffisamment l'attention, pour qu'enfin la personne s'y attarde vraiment et se prenne en charge. Outre l'état du Qi, le praticien s'intéresse à l'état d'équilibre Yin/Yang des organes et du sang. La médecine traditionnelle chinoise ne dissocie pas le corps de l'esprit. Depuis Descartes, nous, Occidentaux, parlons de ces deux entités comme deux éléments distincts. Le lien fait entre les deux n'est que relativement récent. La médecine énergétique elle, lie les deux en permanence. Elle parle des organes (cinq principaux : foie, cœur, rate-pancréas, poumon et reins) en y associant entre autres des « âmes végétaives » c'est-à-dire des éléments psychiques. Par exemple au rein, associé à l'élément Eau, à la peur, à la mort, à l'hiver, à minuit, aux os... est associée la volonté, le vouloir vivre.



Source : <http://www.kordiane.org/qi-gong/les-5-elements-ou-5-mouvements.html>

Cela explique que la perturbation énergétique d'un organe affecte également le psychisme et inversement.

Ainsi, la médecine traditionnelle chinoise apparaît comme une médecine très globale puisque d'un motif de consultation, d'un symptôme découle en réalité un déséquilibre beaucoup plus général et l'ensemble de la personne sera soigné.

Dans cette approche, et pour aider le praticien, la médecine chinoise classe même les personnes en morphotypes et typologies, mettant ainsi en avant leur « point faible constitutionnel ». Par exemple, une personne dite type Bois, sera quelqu'un d'exigeant avec soi et avec les autres, perfectionniste, avec un besoin de maîtrise constant. Soucieux de son apparence, la tenue est soignée. Lorsque la personne est à l'équilibre, tout se passe bien socialement. Mais lorsque ce dernier est rompu, l'individu bascule, soit dans l'excès (côté Yang) en devenant intransigeant, autoritaire, maniaque, très colérique voire violent. Si c'est vers l'insuffisance que le virage se produit (côté Yin), la personne manque cruellement de confiance, se dévalorise dans cesse, une sorte de dépression s'installe.

Bien entendu il s'agit là de caricature, les éléments ne sont pas toujours aussi francs.

Et ainsi pour chacun des éléments. Le fait de repérer cela en rencontrant le patient, donne des indications précieuses au praticien.

Alors comment poser le diagnostic ?

La médecine traditionnelle chinoise a souvent cette réputation d'être ésotérique. Et pourtant, elle n'est qu'analyse, réflexion, relation et logique.

**RÉSUMÉ DES » BEN SHEN » (CINQ SENTIMENTS)
FONCTIONS ET PATHOLOGIES**

LE SHEN (Cœur, Intestin grêle, Maître du Cœur, Triple Réchauffeur)
Intelligence globale qui domine les autres; raison, conscience, élément référentiel du psychisme, capacité de jugement.

- Sentiments associés : joie, excitation, rire, plaisir.
- Déséquilibre par insuffisance : angoisse, abattu et se plaint tout le temps, émotivité, trac, timidité, faiblesse, découragement.
- Déséquilibre par excès : surexcitation, rires continus.

LE YI (Rate, Estomac)

Mémoire consciente, qui enregistre tout depuis la conception, faculté de comprendre, intelligence déductive (mathématique), imagination répétitive.

- Sentiments associés : réflexions, soucis, habitudes, obsessions.
- Déséquilibre par insuffisance : faculté d'oubli déconcertante, trous de mémoire, absence de désirs, dégoût de tout même de la nourriture.
- Déséquilibre par excès : répétitions, obsessions tournées essentiellement vers le passé, idées fixes, angoisse.

LE PO (Poumon, Gros intestin)

En relation avec l'inconscient, détermine l'action réaction instinctive sans réflexion préalable, instinct de conservation (évitte les accidents), correspond à l'amour captatif ou répulsion.

- Sentiments associés : chagrin, tristesse, regrets, pleurs.
- Déséquilibre par insuffisance : perte de l'instinct de conservation, désintérêt, vulnérabilité, pleurs.
- Déséquilibre par excès : obsessions tournées essentiellement vers le futur, craintes irraisonnées, tristesse sans fondement, gémissements.

LE ZHI (Rein, Vessie)

Volonté d'agir, décision, réalisation des intentions.

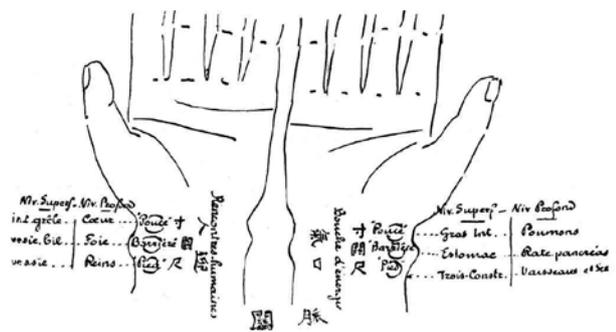
- Sentiments associés : peur viscérale, volonté, décision.
- Déséquilibre par insuffisance : manque de volonté, indécision, angoisse, peur viscérale, incapacité de passer à la réalisation.
- Déséquilibre par excès : témérité, autoritarisme.

LE HUN (Foie, Vésicule Biliaire)

Intelligence instinctive, l'imagination créatrice, la vie sexuelle, les rêves.

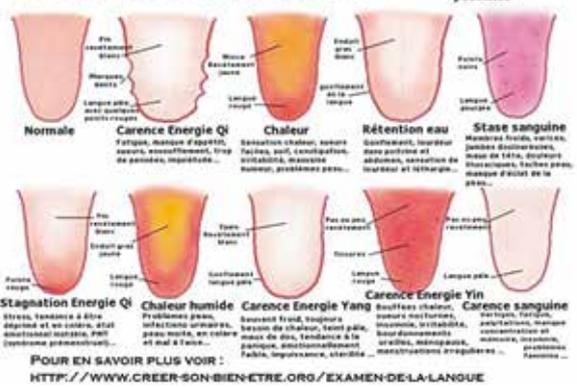
- Sentiments associés : colère, irritabilité, mécontentement, émotivité, jalousie.
- Déséquilibre par insuffisance : manque d'imagination, incoordination des idées (absence d'esprit de synthèse et d'analyse), manque de punch.
- Déséquilibre par excès : colère, agressivité, irritabilité, somnambulisme, imagination débordante.

Lors d'une consultation, tous les sens du praticien sont en alerte. La vue : l'aspect physique global du patient, sa gestuelle, son teint, l'étincelle de son regard ; l'ouïe bien sûr avec l'écoute de ce qui est dit et non dit ; l'odorat : odeur corporelle particulière ; le toucher. Après l'interrogatoire, le second élément du diagnostic est la prise des pouls chinois. Cette palpation très fine, pourtant dans la même zone qu'une prise des pouls en médecine occidentale, est comme un scanner corporel avec des zones où l'état de chacun des organes se reflète. On dénombre 28 qualifications du pouls ressenti.

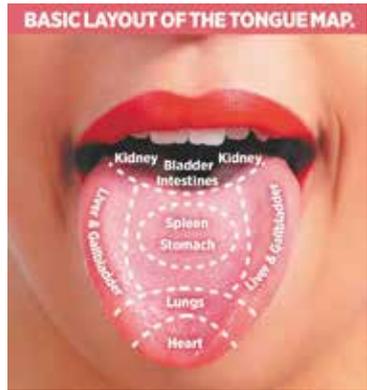


Source : <http://www.reflexologie-sante.fr/?p=10290>

EXAMEN DE LA LANGUE Syndromes et symptômes possibles



Cette palpation amène un diagnostic plus précis avec des informations ciblées sur les organes et leur état énergétique, sur l'état du Qi et du Sang et leurs rapports l'un à l'autre. C'est l'examen le plus complexe tant à analyser qu'à apprendre lorsque l'on étudie cette discipline.



Source : Antonio Guillem/shutterstock ; jensalmroth/epoch times/photo illustration

S'en suit l'étude de l'aspect de la langue du patient. La couleur, la taille, la forme, la vascularisation, l'enduit de cette langue donnent des informations complémentaires à l'examen précédent.

À présent le diagnostic est complet et aboutit sur la réflexion du traitement

La médecine traditionnelle chinoise regroupe cinq éléments qui sont cinq approches thérapeutiques : l'acupuncture (traitement par aiguilles) et la moxibustion (utilisation de bâtons d'armoise ou d'encens au Japon pour venir chauffer les points d'acupuncture), l'acupression (massage de points) et le tuina (massage chinois du corps), la diététique, la pharmacopée et les exercices énergétiques (Qi Gong et Tai-Chi).

Ainsi le praticien, selon sa formation et ses compétences, utilise l'une ou l'autre des thérapeutiques, et souvent associe plusieurs d'entre elles. Leur point commun est de travailler sur les points d'acupuncture et les méridiens (véritables autoroutes énergétiques où vont se situer la majorité des points). La thérapeutique la plus connue est l'acupuncture.

Lors d'une séance d'acupuncture, une fois le diagnostic posé, le praticien palpe des points et fait un choix selon le déséquilibre à traiter, la typologie de la personne, son histoire, ses symptômes. Puis les aiguilles respectent un temps de pause variable selon ce que l'on cherche à faire (de 15 à 30 minutes).

Durant la séance, le patient peut présenter des sensations particulières : picotements, petits influx électriques, sensation de circulation, de chaleur... Une séance va travailler sur environ 48 heures.

Ainsi cette approche, de prime abord préventive, visant à remettre le corps dans sa physiologie, semble correspondre à notre art de sage-femme puisqu'il va dans le même sens.

En effet, durant la grossesse, cet équilibre devient très fragile et la médecine allopathique n'a que peu de solutions à proposer à tous ces « petits maux de la grossesse ».

Physiologie de la grossesse

Plusieurs éléments énergétiques interviennent dans la physiologie de la grossesse et de l'appareil génital féminin de manière plus générale.

La grossesse n'est autre que le prolongement de la phase lutéale du cycle menstruel, au-delà du quatorzième jour.

En médecine traditionnelle chinoise, la vie de la femme s'inscrit dans un cycle numérogique: celui du sept. Le cycle menstruel de 28 jours soit 7 x 4, n'est autre qu'une préparation à la création. La grossesse, elle, dure 280 jours soit 7 x 4 x 10, le chiffre 10 étant celui qui symbolise la perfection, l'aboutissement d'un tout. La grossesse dure d'ailleurs dans la vision chinoise dix mois lunaires.

« À 7 ans, le Qi des Reins abonde, la denture change, la chevelure s'allonge;
 À 2 fois 7 ans (14 ans), la substance nécessaire pour promouvoir la croissance, le développement et la reproduction apparaît (tian gui), le Ren Mai se perméabilise, Chong Mai est florissant, les menstruations arrivent, état de fécondité;
 À 3 fois 7 ans (21 ans), le Qi des Reins est « étale », avec le développement des dernières dents;
 À 4 fois 7 ans (28 ans), les muscles et les os sont consolidés, la chevelure atteint sa plus grande longueur et le corps sa pleine vigueur;
 À 5 fois 7 ans (35 ans), le vaisseau Yang Ming dépérit, le visage commence à se faner et les cheveux à tomber;
 À 6 fois 7 ans (42 ans), les trois vaisseaux Yang dépérissent dans le haut du corps, toute la face se dessèche et les cheveux blanchissent;
 À 7 fois 7 ans (49 ans), le vaisseau de la conception est flasque, le Chong Mai est atrophié, la vie sexuelle est épuisée, les « voies souterraines » (des règles) coupées et l'infécondité résulte de cet épuisement du corps. » *Nei Jing Ch. 1*

D'un point de vue énergétique, la première partie du cycle menstruel (14 premiers jours), correspond à une phase yang, l'ovulation n'étant que l'acmé du Yang qui engendre le Yin.

Lorsqu'il y a fécondation, puis nidation, la période Yin (lutéale) du cycle se prolonge jusqu'à la fin de la grossesse. Et l'accouchement se produit lorsque le Yin, arrivé son maximum, se transforme en Yang qui descend et entraîne la naissance.

La grossesse est maintenue par un équilibre entre le Yin qui a tendance à monter et le Yang qui, lui, descend. Un Yang trop fort et/ou un Yin insuffisant peut aboutir durant la grossesse à une fausse couche ou accouchement prématuré mais aussi à une non mise en travail à terme.

L'équilibre entre le Qi et le Sang est primordial tout au long de la grossesse. Un déséquilibre entre les deux peut avoir les mêmes effets que la dysharmonie entre Yin et Yang. Un mouvement trop important de descente de Qi du haut vers le bas du corps peut entraîner avec lui le Yin accumulé dans le pelvis et abrégé la grossesse.

La grossesse dure 10 mois lunaires, et subit à chacun d'eux l'influence d'un méridien dans la logique des cinq mouvements:

1 ^e "mois"	Foie	6 ^e "mois"	Estomac
2 ^e "mois"	VB	7 ^e "mois"	Poumons
3 ^e "mois"	MC	8 ^e "mois"	GI
4 ^e "mois"	TR	9 ^e "mois"	Rein
5 ^e "mois"	Rate	10 ^e "mois"	Vessie

L'objectif du suivi de grossesse est, au niveau du couple Qi/Sang de garantir leur équilibre ainsi qu'une bonne circulation. L'accouchement sera préparé par la modulation des émotions maternelles, la régulation de certains méridiens dits curieux ou extraordinaires (Chong Mai, Ren Mai et Dai Mai) et le renforcement du Rein, de la Rate et du Foie.

Ainsi, le rôle de la sage-femme acupunctrice est de maintenir ces équilibres afin de permettre un bon déroulement de la grossesse, de manière préventive mais également de manière curative associée au traitement allopathique lorsque la pathologie survient, que ce soit des « petits maux de la grossesse » ou des pathologies plus lourdes (cholestase gravidique, hypertension, diabète gestationnel, RCIU, MAP...). Malheureusement, cette approche reste souvent méconnue et le réflexe d'adresser les patientes aux sages-femmes acupunctrices est trop rare, malgré la mise en place de consultations d'acupuncture dans plusieurs maternités. Les applications de l'acupuncture dans notre pratique concernent également la gynécologie. D'ailleurs elle est mentionnée dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la prise en charge de l'endométriose (décembre 2017). •

BIBLIOGRAPHIE

- AUTEROCHE B. et NAVAILH P. « *Acupuncture en gynécologie et obstétrique* » Maloine, 1986.
- BIGLER A, REMPP C, *La pratique de l'acupuncture en obstétrique*, Paris : Ed La Tisserande ; 1992.
- CHAGUE-GAGNERET C, *Physiologie de la grossesse en médecine traditionnelle chinoise*. In : Revue française d'acupuncture, 1995 ; 81 : 8-20.
- DESPEUX Catherine, *Prescriptions d'acupuncture valant mille onces d'or*, Édition Guy Trédaniel, 1987.
- DESPEUX Catherine, *Traité d'Alchimie et de physiologie Taoïste* Ed : Les Deux Océans, Déc. 1979 - Dijon-Quetigny.
- DESPEUX Catherine, *Taoïsme et corps humain*, Édition Trédaniel, Paris 1994.
- EYSSALET JM, *Neuf mois, dix lunes, ou les règles hygiéno-diététiques de la grossesse, mois par mois, selon Ishimpo et d'autres classiques*. In : *Acupuncture & Moxibustion*, 2010 ; 9 [1] / 41-53.
- EYSSALET Jean-Marc, *Shen ou l'instant créateur*, Édition Guy Trédaniel, Paris, 1990.
- EYSSALET Jean-Marc, *Le secret de la maison des ancêtres*, Édition Guy Trédaniel, Paris, 1990.
- JING DS, *Expérience thérapeutique dans la pratique de l'acupuncture*, In : La Revue Française de Médecine Traditionnelle Chinoise, 1991 ; 147 : 147-158.
- MACIOCIA Giovanni, *Gynécologie obstétrique en médecine chinoise*, Éditions Satas, 2001.
- NGUYEN-LIGUORYTHI THANH THU Laurence *Le Réseau des Méridiens : Connexions, circulations énergétiques, symptomatologies et applications pratiques*, Mémoire pour l'obtention du DIU d'Acupuncture, 2007.
- SCHATZ J. - LARRE C. - ROCHAT DE LA VALLEE E. *Aperçus de médecine chinoise traditionnelle*, 1979, Maisonneuve.
- SIONNEAU P, *L'acupuncture pratiquée en Chine, Les points traditionnels*, Paris : Ed Guy Trédaniel ; 2005.
- SOULIE de MORANT Georges, *L'acupuncture chinoise*, Éditions Maloine, Paris 1972
- WONG Ming, *Ling Shu*. Éditions Masson 1987.
- HAS, CNGOF, *Prise en charge de l'endométriose : Messages clés destinés au médecin généraliste*, décembre 2017, 10 pages.

Apport de l'acupuncture dans les « malpositions » fœtales

PAR TEREZA MIKELIC DUTRIAUX SAGE-FEMME ACUPUNCTEUR ET HOMÉOPATHE HERBLAY, VAL D'OISE

Dans la terminologie médicale, il est question de malposition lorsque le fœtus, au septième mois de la grossesse, souvent à l'occasion de la troisième échographie obstétricale recommandée, se présente dans une posture autre que céphalique.

En effet, le fœtus est censé effectuer une mutation spontanée à ce moment de la grossesse, en rapport avec la loi d'adaptation de Pajot (adaptation du contenu au contenant) et à la modification de forme de l'utérus gravide avec la formation du segment inférieur. Ainsi, lorsque ce n'est pas le cas, on parle de présentation en siège lorsque l'extrémité pelvienne du mobile fœtal est en contact avec le détroit supérieur (DS) du bassin maternel alors que l'extrémité céphalique se situe au niveau du fond utérin. Il existe plusieurs modalités précises bien connues des sages-femmes sur lesquelles nous ne nous attarderons pas.

Les autres types de « malpositions » sont les présentations transversales ou obliques, où le fœtus est en position perpendiculaire à l'axe du bassin.

Ce type de posture concerne 20 % des fœtus à 28 semaines d'aménorrhée (SA), et seulement trois à quatre pour cent à terme.

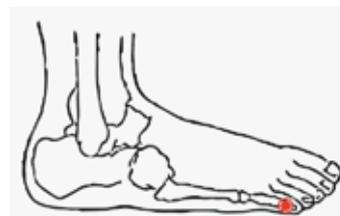
Bien que parfois des étiologies soient retrouvées (hypoplasie utérine, malformations utérines, multiparité, primipare âgée, anomalies de la quantité de liquide amniotique, brièveté du cordon, placenta prævia...), dans neuf cas sur dix il n'y a pas d'explication.

La présentation transversale ou oblique ne permettra pas une naissance autre que par voie haute, mais le siège, après tout, est ce pathologique ? Parler de « malposition » et donc de ce fait de « mauvaise position », n'est-ce pas induire du stress inutile aux futurs parents ? Notre obstétrique a-t-elle été victime à ce point de l'étude de Hannah (qui démontrait la dangerosité de l'accouchement voie basse pour les sièges mais dont les données étaient erronées) pour continuer à vouloir que la naissance voie basse soit prioritairement destinée au fœtus « tête en bas » ?

Pourtant les recommandations professionnelles sont claires depuis longtemps à ce sujet, et tant l'HAS (Haute Autorité de Santé) que le CNGOF (Collège national des gynécologues-obstétriciens français) insistent sur l'avantage de la naissance voie basse.

La médecine traditionnelle chinoise, qui vise toujours à remettre le corps dans sa physiologie, propose d'amener le fœtus dans sa « position juste ». Lorsque le praticien détecte un déséquilibre énergétique chez la femme enceinte, le traiter permet au bébé d'avoir la possibilité de modifier sa posture. Les deux étiologies les plus fréquentes étant un vide de Qi et de Sang (dans ce cas le Qi du fœtus est déficient d'où sa position) ou une stagnation de Qi et une stase de Sang (lorsque le Qi stagne, le Sang circule mal et le fœtus change de position sans arrêt).

Le point le plus connu dans la version du siège par acupuncture est : Zhi Yin le 67^e point du méridien de la vessie. Ce traitement donne de bons résultats, sans risque pour l'enfant à naître. Ces résultats sont d'autant meilleurs que la thérapeutique s'inscrit dans la globalité du patient.



Source : Précis d'acupuncture chinoise de l'Académie de Médecine Traditionnelle Chinoise, date de sortie le 1^{er} avril 2012.

RÉSULTATS ÉTUDE AGORE 2010-2013

- Sur l'ensemble des 319 dossiers de la cohorte, le taux de réussite de la version est de **47,02 %** (150) et le taux d'échec de 52,98 % (169).
- Le terme moyen de la série au moment du début du traitement est de **33,5 SA** et la parité moyenne est de **1,57**.
- Le taux de réussite est significativement influencé (95 % CI 9,48 à 18,65) par la primiparité ou la multiparité en passant de **37,16 % chez la primipare contre 60,29 % chez la multipare**.
- En ce qui concerne le terme de la prise en charge en SA, le taux de réussite est significativement influencé (95 % CI 16,92 à 18,74) par la précocité de la prise en charge en passant de **71,4 % à 31 SA à 39 % à la 35 SA**.
- **CONCLUSION DE L'ÉTUDE**

Il est très difficile d'apporter une réponse binaire concernant l'efficacité du traitement dans le cadre des pratiques du terrain. Cette étude nous conduit à penser qu'il nous faut réfléchir à une harmonisation des pratiques pour aboutir à des résultats approchant ceux des études tout en se rendant compte également que le siège n'est pas un état pathologique mais une variante de l'accouchement. De ce fait, certains fœtus ont une raison légitime de ne pas verser et nous ne devons pas attendre un effet 100 %.

Plusieurs études sur le sujet existent et leurs résultats donnent entre 50 et 80 % de version spontanée avec l'acupuncture. Cependant, étant donné la variabilité de la rigueur appliquée lors de ces études, en 2013 l'étude AGORE est née.

Tableau II. Taux de réussite en fonction de la parité

Parité	Nbre	Version	Échec Version
1	183	68 (37,16 %)	115 (62,84 %)
2	104	62 (59,62 %)	42 (40,38 %)
3	20	11 (55 %)	9 (45 %)
4	10	7 (70 %)	3 (30 %)
5	2	2 (100 %)	0 (0 %)

Tableau III. Taux de réussite en fonction du terme de prise en charge

Terme	Nbre	Version	Échec Version
Avant 30	6	6 (100 %)	0 (0 %)
30 SA	0		
31 SA	7	5 (71,43 %)	2 (28,57 %)
32 SA	96	54 (56,25 %)	42 (43,75 %)
33 SA	92	42 (45,65 %)	50 (54,35 %)
34 SA	50	20 (40 %)	30 (60 %)
35 SA	41	16 (39,02 %)	25 (60,98 %)
36 SA	14	4 (28,57 %)	10 (71,43 %)
37 SA	9	2 (22,22 %)	7 (77,78 %)
38 SA	4	1 (25 %)	3 (75 %)

Source : <https://www.agore.fr/version-de-siege-par-acupuncture-etude-de-cas-a-la-maternite-de-mont-saint-martin-lazrag-2013>

Dans ma pratique personnelle, j'ai pu relever un taux de version encore supérieur avoisinant les 87 % sur 150 cas en trois années. Les meilleurs résultats étant obtenus entre 32 et 35 SA. Les étiologies relevées de manière fréquente sont : stase du Qi du Foie, déséquilibre de Dai mai, stase de sang, vide de Qi Poumon, vide de Yin du Cœur.

De ces chiffres est née une réflexion sur l'importance de la prise en compte de l'état énergétique global de la patiente et non la stimulation d'un point unique sans diagnostic préalable (ce qui a régulièrement été le cas dans les diverses études).

Ainsi, depuis janvier 2017, deux études sont en cours sur mon cabinet. Dans la première, il est question d'isoler des groupes de points récurrents dans la pratique en fonction de l'étiologie du siège pour proposer des outils pédagogiques par la suite. Elle donnera naissance d'ailleurs à un mémoire dans le cadre du DIU d'Acupuncture de Rouen d'ici septembre 2018, grâce au travail de deux sages-femmes sur ce même sujet.

La seconde est une étude dans le cadre d'un master de didactique professionnelle avec l'UPMC Université Sorbonne de Paris, sur l'analyse du travail en vue de la formation des étudiants. •

BIBLIOGRAPHIE

- HANNAH ME, HANNAH WJ, HEWSON SA, HODNETT ED, SAIGAL S, WILLAN AR, for the Term Breech Trial Collaborative Group. *Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term : a randomised multicentre trial*. Lancet 2000 Oct 21 ; 356 : 1375-83.
- HAS, *Recommandation de bonne pratique, Indications de la césarienne programmée à terme*, janvier 2012
- GRALL J.Y, DUBOIS J., MOQUET P.Y., POULAIN P., BLANCHOT J., LAURENT M.C., *La présentation du siège*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale (5-049-I-40) 1994.
- BROCHE D.-E., MAILLET R., CURIE V., RAMANAH R., SCHAAL J.-P., RIETHMULLER D. *Accouchement en présentation du siège*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Obstétrique, 5-049-L-40, 2008.
- PUECH F., DEPRET-MOSSER S., *La présentation du siège*, Pratique de l'accouchement, J.Lansac/G. Body, Simep, p-119-135 ; 2001
- MILLEREAU M, et al. *Étude comparative de la version fœtale par acupuncture (moxibustion) versus groupe témoin*. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)(2009), doi : 10.1016/j.jgyn.2009.04.013
- NERI I, AIROLA G, CONTU G, ALLAIS G, FACCHINETTI F, BENEDETTO C : *Acupuncture plus moxibustion to resolve breech presentation : a randomized controlled study*. J Matern Fetal Neonatal Med 2004, 15 : 247-52.
- CARDINI F, LOMBARDO P, REGALIAAL, REGALDO G, ZANINI A, NEGRI MG, et al. *A randomised controlled trial of moxibustion for breech presentation*. Bjog 2005 ; 112 (6) : 743-7.
- BIGLERA, REMPP C, *La pratique de l'acupuncture en obstétrique*, Paris : Ed La Tisserande ; 1992
- KLOTZ Hubert, Med Ac (Saintes 17) ; M^{me} LAZRAG Raja, SF Ac (Mont St Martin 54) ; BOUSCHBACHER Jean Michel, Med Ac ; DALBIN Gérard, Med Ac ; JUSSENHOVEN Katia, Ac ; NICOLAS Anne SF Ac ; ROBERT Stéphanie, SF Ac. : Recueil de données du traitement de la présentation en siège par Acupuncture Moxibustion Étude Agore 2010 - 2013, Acupuncture et Moxibustion - Volume 13 - N° 1 Janv. Fev. Mars 2014 ISSN : 1633-3454.
- NGUYENJ. *Évaluation de l'acupuncture : Échec de la moxibustion au 67V dans la version des présentations du siège : attention au protocole*. Acupuncture & Moxibustion 2009 ; 8 (4) : 254-258.

Accoucher

LIVRE D'YVONNE KNIBIEHLER

INTERVIEW DE FLORENCE DOUGUET ET ALAIN VILBROD

Le livre *Accoucher* d'Yvonne Knibielher apparaît aujourd'hui comme un « classique » en ce qui concerne le métier de sage-femme. Pouvez-vous rappeler dans quel contexte il a été rédigé ?

☞ Cet ouvrage est paru pour la première fois en 2007 et fait suite à un important colloque sur le thème « *La sage-femme d'hier à demain* » à l'issue duquel le constat avait été fait que l'on manquait singulièrement de travaux basés sur des témoignages, des souvenirs de praticiennes ayant connu les différentes époques de l'exercice de ce métier. Yvonne Knibielher n'était pas à son coup d'essai et avait déjà écrit nombre d'ouvrages de référence sur l'histoire des infirmières, la maternité et la parentalité notamment. Ici, elle est parvenue de façon assez magistrale à mêler les témoignages qu'elle a recueillis et des données historiques et sociologiques très précises, et tout cela avec une écriture d'une grande labilité. C'est un ouvrage à la fois engagé et très bien documenté. Il ne pêche d'ailleurs pas par optimisme concernant l'avenir de cette profession et, en tout cas, il dégage fort bien les enjeux auxquels sont confrontées les sages-femmes en ce milieu des années 2000.

En quoi, à ses yeux, la profession de sage-femme était-elle menacée ?

☞ Yvonne Knibielher expose par le menu ce qu'elle n'hésite pas à nommer « le dépérissement de la profession de sage-femme », profession qui, on s'en souvient, a même failli disparaître sans autre forme de procès à la toute fin des années 1970. Elle y voit, non sans raison, la conséquence de la médicalisation à tous crins de la naissance, avec, au fil des décennies, la mainmise des médecins. Ceux-ci imposent peu à peu de nouveaux savoir-faire à l'heure où l'accouchement à domicile n'a plus bonne presse. Des années 1880, avec la confiscation de l'enseignement de l'obstétrique, jusqu'à l'invention de l'échographie au seuil des années 1970, l'espace professionnel des sages-femmes est grignoté

LES AUTEURS

Yvonne KNIBIEHLER est essayiste et historienne, professeur honoraire à l'université de Provence.

Florence DOUGUET est maître de conférences de sociologie à l'université de Bretagne Sud (UBS, Lorient), « Atelier de recherche sociologique » (ARS-UBO, EA 3149).

Alain VILBROD est professeur des universités en sociologie à l'université de Bretagne occidentale (UBO, Brest), membre du Laboratoire d'études et de recherche en sociologie (LABERS).



Presses de l'EHESP

248 Pages - Prix: 27 €

Format: 228 x 152 mm

Parution: 22 janvier 2018

ISBN: 979-10-91321-93-8

<https://www.pressess.ehesp.fr/produit/accoucher/>

Aux côtés des chirurgiens, anesthésistes et pédiatres, les gynécologues mènent donc le bal et tendent à considérer les sages-femmes comme des auxiliaires corvéables à merci.

et leur profession est ni plus ni moins vassalisée. Il en va même de la création de l'Ordre des sages-femmes qui est sous la tutelle de médecins durablement bien conservateurs pour ne pas dire rétrogrades en matière par exemple de contraception ou d'avortement. Aux côtés des chirurgiens, anesthésistes et pédiatres, les gynécologues mènent donc le bal et tendent à considérer les sages-femmes comme des auxiliaires corvéables à merci. Dans le même temps d'ailleurs, les parturientes sont aussi quelque peu « chosifiées » et on ne se soucie guère de leur état psychique ou de leurs douleurs... Et puis, c'est le temps du baby-boom, le quantitatif prévaut sur le qualitatif: il faut faire face à un afflux de naissances auparavant. Maternités hospitalières et cliniques privées se multiplient à l'envi et Yvonne Knibielher se fait l'écho de conditions de travail qui se dégradent, même s'il faut se garder de toute généralisation: demeurent parfois une ambiance assez familiale, une heureuse entente entre professionnels, une juste considération pour les futures mamans et les jeunes mères, mais c'est loin d'être la règle.

À quel moment alors les choses commencent-elles à bouger et qu'en quelque sorte les sages-femmes « sortent la tête de l'eau » ?

☞ Tous les médecins ne sont pas imbus de leur savoir et sûrs de leur bon droit. Durant le baby-boom déjà, certains se préoccupent des douleurs ressenties par les parturientes, et ce sont sans doute ceux-là aussi qui font le plus attention à tout ce à quoi les sages-femmes sont très sensibles: l'empathie, l'assistance morale, le confort et un accompagnement qui sait allier impératifs « techniques » et écoute des femmes. L'émergence de l'accouchement sans douleur est sans nul doute à marquer d'une pierre blanche et des

noms résonnent encore aujourd'hui, tel celui de la maternité des Bleuets. Nombre de sages-femmes ont non seulement accompagné ce mouvement, mais y ont pleinement participé. De leur côté, les médecins accoucheurs ont vite compris qu'elles pouvaient être très précieuses et que tout le travail de préparation dans lequel elles excellaient améliorerait grandement les résultats.

Pour autant, la science médicale prime de plus en plus. Elle devient assurément très performante : de la découverte de l'amniocentèse aux méthodes de procréation assistée en passant par la maîtrise de l'anesthésie péridurale et bientôt la relative banalisation de l'épisiotomie, voire de la césarienne, la sophistication des savoirs discrédite l'habileté manuelle, les savoirs empiriques, et aussi le temps laissé à la parturiente pour, à son rythme et sans recours à l'ocytocine et autres moyens d'accélérer le travail, accoucher en toute sérénité.

Le positivisme ambiant balaye des compétences perçues comme d'un autre âge et relègue les sages-femmes au rang d'exécutantes. On n'est alors pas loin du chant du cygne. Il faut attendre « l'ouragan de 68 » et la contestation, dans les années qui vont suivre, des effets pervers de la médicalisation tous azimuts pour que les consciences s'éveillent. C'est aussi à cette époque-là d'ailleurs qu'apparaissent *Les Dossiers de l'Obstétrique*, revue emblématique au sein de laquelle des sages-femmes rebelles prennent la plume. Bientôt ce seront des colloques, des rencontres nationales et un renouveau du mouvement associatif qui vont fédérer des professionnelles qui, enfin, donnent de la voix et font entendre les limites d'une sophistication médicale qui ne jure que par les protocoles et les instruments. Il était temps : en 1970, elles n'étaient plus que 8 500 environ, dont 3 000 exerçant tant bien que mal en libéral, au risque de voir avec elles disparaître tout un savoir-faire et des savoirs dont on mesure aujourd'hui combien ils peuvent être précieux. Bientôt on va parler et donner consistance à des concepts tels ceux de « rôle propre » et d'« accompagnement global ».

Qu'en est-il alors de la formation des sages-femmes, longtemps aussi sous la coupe des médecins ?

De fait, nous avons été assez troublés à la lecture des témoignages recueillis par Yvonne Knibielher. En effet, au fil de nos enquêtes, réalisées durant les toutes dernières années, nous n'avons que pu faire des parallèles étonnants, y compris quand nous avons interrogé des jeunes sages-femmes. En termes de composantes négatives, Yvonne Knibielher évoque une lamentation quasi unanime, avec une formation qui met à rude épreuve lors de la rencontre avec des corps souffrants, avec la chirurgie, le sang, la mort. Les unes et les autres sont priées de ravalier leur sensibilité et sont prestement confrontées à de lourdes responsabilités. Elles doivent apprendre à faire avec les sautes d'humeur de gynécologues, patrons en leur demeure, le manque de solidarité de la part des « anciennes » qui semblent prendre un malin plaisir à mettre sur le gril les fraîches émouluées. C'est aussi affaire de cadre de travail d'une tristesse infinie et de cursus sans répit. Côté positif, comme des exceptions à la règle, c'est affaire de personnalités marquantes, d'initiatrices attachantes contrastant avec les autres formatrices et aussi de grands patrons mémorables. Bien entendu, les choses

Il était temps : en 1970, elles n'étaient plus que 8 500 environ, dont 3 000 exerçant tant bien que mal en libéral, au risque de voir avec elles disparaître tout un savoir-faire et des savoirs dont on mesure aujourd'hui combien ils peuvent être précieux.

évoluent, mais les témoignages que nous avons recueillis vont dans le même sens, ce qui n'est pas sans poser question. Comme nous nous sommes penchés essentiellement sur les professionnelles exerçant désormais en libéral, on a cru qu'il y avait là un effet lié à un rejet global du système hospitalier, formation en effet très « scientifique » et détachée du vécu ; mais rien n'est moins sûr. Le négatif continue à l'emporter même si pour certaines, aujourd'hui comme hier, la formation est ni plus ni moins une véritable révélation. On reste donc sur ce trouble et nous prévoyons de nous y pencher au fil d'une prochaine publication...

À l'heure de la concentration des maternités, déjà en marche depuis au moins les années 1990 et de la pénurie récurrente en personnel, quel espace reste-t-il aux sages-femmes au moment où Yvonne Knibielher met un point final à la première édition de cet ouvrage ?

Le dernier chapitre s'intitule « *Déceptions et espérances* ». Les grandes grèves du début des années 2000 sont passées par là et, ce faisant, tout n'a pas été réglé, tant s'en faut. Les rémunérations, déjà, plafonnent à un niveau outrageusement bas, compte tenu des responsabilités assumées et d'une formation qui est la plus longue d'Europe et qui, toute décriée qu'elle puisse être, « produit » des professionnelles hors pair. La domination des médecins continue à prévaloir, et le fait que la profession se féminise ne semble pas fondamentalement changer la donne selon Yvonne Knibielher. L'exposition aux risques médico-légaux exacerbe encore plus le recours aux sacro-saints protocoles, avec pour autant son lot de désillusions puisqu'en France nous ne sommes pas vraiment très performants, si l'on pense au taux de mortalité par exemple. Les perspectives, concluait en 2007 Yvonne Knibielher, sont préoccupantes, pour les femmes qui veulent mettre au monde des enfants, et pour les sages-femmes. Et c'est ici qu'en somme on a pris le relais... avec le constat qu'en une dizaine d'années bien des évolutions sont intervenues, qui, sans angélisme, nous font être moins pessimistes qu'elle...

Cette seconde édition de l'ouvrage porte donc sur les évolutions récentes de la profession de sage-femme dans notre pays. Quels sont les constats à retenir de ce nouveau chapitre ?

Dans ce chapitre, nous montrons que le métier a connu d'importants changements depuis le début des années 2000. Nous pouvons en évoquer deux ici.

Sur un plan démographique tout d'abord, on observe que le nombre de sages-femmes en activité a fortement augmenté ces dernières années ; un constat qui va à l'encontre de la mort annoncée de la profession au début des années 1980. Dans un contexte de concentration des accouchements dans des maternités de plus en plus grandes (les « usines à bébés » comme les nomment les sages-femmes), les établissements de santé continuent à recruter des sages-femmes salariées.

Mais la plus forte expansion concerne le libéral, un mode d'exercice qui attire un nombre croissant de jeunes diplômées, y compris pour un premier emploi. Au 1^{er} janvier 2017, sur les 22 787 sages-femmes en activité en France métropolitaine, 6 285 (soit 27,6 %) étaient ainsi installées à leur compte. Cet essor s'explique en grande partie par la diminution du nombre de gynécologues-obstétriciens et la volonté des pouvoirs publics de renforcer le rôle des sages-femmes dans le domaine de la surveillance des grossesses à bas risque et du suivi des femmes en bonne santé.

Cette croissance des effectifs s'accompagne, et c'est là une seconde évolution majeure de la profession, d'une extension rapide du champ des compétences des sages-femmes :

- **Depuis 2004**, les sages-femmes peuvent suivre en toute autonomie une patiente, de la déclaration de grossesse à l'examen postnatal ; à la suite d'une formation complémentaire, elles sont qualifiées pour réaliser des échographies ; elles disposent d'un droit de prescription de contraceptifs et peuvent réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ;
- **Depuis 2012**, elles peuvent aussi prescrire des arrêts de travail ;
- **Depuis juin 2016**, elles sont autorisées à réaliser des interruptions volontaires de grossesses par voie médicamenteuse et vacciner l'entourage de la mère et du nouveau-né.

Depuis la publication de cette deuxième édition de l'ouvrage *Accoucher*, nous avons d'ailleurs pris connaissance des résultats issus de la dernière enquête nationale périnatale, lesquels confirment que la prise en charge des femmes enceintes par les sages-femmes s'est effectivement accentuée ces dernières années : la part de femmes enceintes ayant consulté une sage-femme de maternité est ainsi passée de 26,6 % en 2003 à 40,7 % en 2016 et la part de celles qui ont consulté une sage-femme libérale a augmenté plus fortement encore, passant de 3 % seulement en 2003 à 25 % en 2016. Pour autant, il faut bien garder à l'esprit que la préparation à la

La part de femmes enceintes ayant consulté une sage-femme de maternité est ainsi passée de 26,6 % en 2003 à 40,7 % en 2016 et la part de celles qui ont consulté une sage-femme libérale a augmenté plus fortement encore, passant de 3 % seulement en 2003 à 25 % en 2016.

naissance, la réalisation de l'accouchement (en maternité publique), les conseils en allaitement ou encore la rééducation périnéale continuent toujours à faire partie des activités que les sages-femmes réalisent le plus régulièrement.

D'une manière générale, on observe un défaut d'articulation entre les compétences des différents acteurs de la périnatalité. Vous avez enquêté auprès de sages-femmes qui ont la particularité de pratiquer leur métier au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles. D'après vos observations, ce mode d'exercice groupé favorise-t-il la collaboration entre les sages-femmes et les autres professionnels ?

 Même s'il s'agit d'un objectif explicitement visé par ces structures, la coopération interprofessionnelle est loin d'être évidente. À partir d'une étude menée à l'échelle d'une région française, nous avons repéré quatre configurations relationnelles qui se construisent essentiellement autour des modalités de coopération et de partage de la patientèle dans ces contextes.

- Dans la première configuration, les sages-femmes travaillent de concert avec d'autres professionnels de la maison de santé et font état de relations de « confiance » tout en soulignant que ces coopérations interprofessionnelles se réalisent au bénéfice des patientes. Le fait de se côtoyer, se rencontrer, mieux se connaître, etc., favoriserait l'émergence de nouvelles collaborations et d'une pratique collective. Bien évidemment, l'instauration de ces collaborations suppose que chacun.e accepte de sortir de sa logique professionnelle et admette les compétences de l'autre. Ainsi, des collaborations autour de patientes communes peuvent se mettre en place entre sages-femmes et médecins à condition que ces derniers reconnaissent les compétences des premières en matière de gynécologie et de suivi de grossesse. Cependant, ce cas de figure est loin d'être le plus fréquent.
- Dans la seconde configuration repérée, les sages-femmes collaborent peu, à l'interne, avec les autres acteurs de la maison de santé et continuent à travailler avec des professionnels ou des services externes à la structure qu'elles jugent plus compétents ou plus adaptés.
- Ensuite, nous avons observé des situations dans lesquelles les sages-femmes sont dans l'attente très forte de coopérations avec les autres professionnels de la maison de santé. Cependant, et à leur grand regret, les collaborations escomptées peinent à se mettre en place. Ainsi, des sages-femmes peuvent déplorer que les médecins de la structure commune ne leur adressent aucune patiente pour des suivis gynécologiques ou de grossesse. Ces nouvelles compétences des sages-femmes ne sont pas reconnues, voire sont dépréciées par les médecins. De telles observations ne sont pas sans rappeler l'emprise du pouvoir médical sur la profession, largement dépeinte par Yvonne Knibiehler tout au long de l'ouvrage.
- Enfin, nous avons relevé des configurations dans lesquelles des coopérations peuvent se concrétiser mais sous certaines conditions tenant aux effets de concurrence interne aux maisons de santé. Selon les cas, les compétences des

sages-femmes peuvent constituer des freins ou des atouts au travail collaboratif : tout dépend si celles-ci viennent empiéter ou non sur l'activité des autres professionnels. Ici, un kinésithérapeute s'oppose à ce qu'une sage-femme pratique la rééducation périnéale dans la mesure où cette tâche constitue une part importante de son activité, là où une autre kinésithérapeute débordée adresse volontiers des patientes à la sage-femme afin de s'alléger de cette même activité. Finalement, les coopérations entre les sages-femmes et les autres professionnels de ces maisons de santé demeurent incidentes et faiblement instituées. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le décloisonnement professionnel n'est donc pas nécessairement de mise dans ces modes d'exercice groupé et pluridisciplinaire.

Vous avez choisi de consacrer une partie de votre texte à l'entretien prénatal précoce. Pour quelles raisons ?

En premier lieu, parce que cet entretien prénatal précoce constituait l'une des mesures phares du dernier plan périnatalité 2005-2007 « *Humanité, proximité, sécurité* » dont nous avons souhaité suivre le développement. Cet entretien spécifique, qui se déroule le plus souvent entre le 4^e et le 6^e mois de grossesse, a pour but d'impliquer la femme et le couple dans une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, cet échange doit en effet « *favoriser une meilleure coordination des professionnels autour de la femme enceinte au moyen de méthodes visant à accéder par le dialogue au ressenti de la femme et du couple et à consolider leur confiance dans le système de santé ; à indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales ; à repérer les situations de vulnérabilité et proposer une aide et à adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et du couple* ».

Cet échange a la particularité de ne pas se limiter au seul domaine médical. Rendu obligatoire depuis 2007, il n'a pourtant encore rien de systématique puisque moins d'un tiers (28,5 %) des femmes enceintes en ont bénéficié en 2016.

En second lieu, nous avons souhaité insister sur le fort investissement des sages-femmes dans la mise en œuvre de cet entretien. Elles sont ici en première ligne dans la mesure où la plupart des entretiens prénataux précoces (96,2 % en 2016) sont réalisés par des sages-femmes, qu'elles soient libérales, de maternité ou (moins souvent) des services de la protection maternelle et infantile. Il importe de préciser que cet entretien peut être mené par tout professionnel amené à suivre la femme enceinte.

Au-delà de ces chiffres attestant de l'implication des sages-femmes dans cette activité, nous nous sommes intéressés à la façon dont ces professionnelles, notamment en secteur libéral, conduisent cet échange. Bien plus qu'au cours d'une séance spécialement dédiée à l'entretien prénatal précoce, c'est au fil d'une relation qui s'installe progressivement, tout au long du parcours de soins, que vont se développer des échanges au cours desquels les patientes exprimeront leurs doutes, leurs craintes, les questions qui les préoccupent ou encore les résonances émotionnelles de leur grossesse.

Adoptant une posture préventive, les sages-femmes ont aussi le souci de recueillir des informations sur l'environnement social, matériel et familial des femmes enceintes tout en étant attentives aux événements du passé susceptibles d'être sources de difficultés.

Adoptant une posture préventive, les sages-femmes ont aussi le souci de recueillir des informations sur l'environnement social, matériel et familial des femmes enceintes tout en étant attentives aux événements du passé susceptibles d'être sources de difficultés. Au fil de nos différentes recherches, nous avons également pu recueillir les points de vue de femmes qui se sont adressées à des sages-femmes libérales au cours de leur parcours de grossesse. Toutes insistent sur les rapports personnalisés entretenus avec ces professionnelles, qu'elles n'auraient pas eus, pensent-elles, avec des médecins. Dans leurs discours, nous avons pu relever que des termes tels que « confiance », « écoute », « complicité », « convivialité » revenaient souvent. Au-delà de cette dimension relationnelle forte, les femmes ayant eu affaire à ces professionnelles pointent aussi leur plus grande disponibilité par rapport aux médecins. Autant d'indices qui, au fond, donnent à voir le rôle aujourd'hui majeur des sages-femmes dans le champ de la périnatalité... •



Violences faites aux femmes : les chiffres et les actions de prévention dans un département d'Ile-de-France

PAR **PAUL VITANI**, DÉLÉGUÉ DÉPARTEMENTAL AUX DROITS DES FEMMES ET À L'ÉGALITÉ
DIRECTION DÉPARTEMENTALE DE LA COHÉSION SOCIALE - MELUN (77)

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES : LE RÔLE DE LA DÉLÉGATION DÉPARTEMENTALE AUX DROITS DES FEMMES

Le délégué départemental aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes (DDDFE) est en charge de la conduite et de la coordination départementale de la politique interministérielle des droits des femmes et de l'égalité ^[1].

À ce titre, il exerce une mission de veille, d'expertise, d'ingénierie, d'animation et de coordination des acteurs départementaux (institutions, collectivités territoriales, associations, entreprises...)

Intégré au sein de la DDCS (direction départementale de la cohésion sociale), il dispose d'une autonomie dans la gestion des liens avec les partenaires, notamment la préfecture, les autres services de l'État, les collectivités, les associations et les entreprises.

Avec une collaboratrice et une jeune en service civique, toutes deux indispensables pour mener à bien les missions afférentes ; ils constituent la délégation départementale aux droits des femmes et à l'égalité.

À noter que seulement deux hommes sont actuellement DDDFE sur le territoire national.

Arrivé sur le poste le 1^{er} février 2017, le DDDFE 77 s'est efforcé d'établir un diagnostic de la situation dans le département, avant de déterminer des objectifs, que le préfet a approuvés.

QUELQUES ACTIONS SYMBOLIQUES DE 2016

En matière d'égalité femmes-hommes ^[2]

➤ Du 1^{er} janvier 2015 au 30 septembre 2016, le programme d'aide pour les primo-arrivantes du CIDFF (Centre d'information sur le droit des femmes et des familles) et le FAMI (Fonds asile migration intégration) ont permis :

- De former des professionnels de l'OFII (Office français de l'immigration et de l'intégration) aux violences faites aux femmes migrantes ;
- La mise en place de permanences psychologique et juridique au profit d'une cinquantaine de femmes primo arrivantes et d'accompagnement vers l'emploi pour autant de femmes ;
- L'installation de 9 ateliers de sensibilisation pour 64 primo accédantes « *égalité femmes hommes, respect et*

dignité » à Melun, Montereau-Fault-Yonne, Lognes, Torcy et Meaux ;

- Deux interventions sur les femmes migrantes et violences sexistes (aspects juridiques et psychologiques) auprès d'une trentaine de travailleurs sociaux.
- En 2016 aussi, l'éducation et la formation à la mixité des métiers se sont poursuivies dans le cadre de journées portes ouvertes, de la semaine de l'industrie et de partenariats avec les CFA (centres de formation pour apprentis) et les entreprises.
- Dans le cadre du schéma départemental aux familles, les modes d'accueil des jeunes en enfants pour favoriser l'emploi des femmes des quartiers se sont développés avec la CAF (caisse d'allocations familiales) et le conseil départemental.
- Par ailleurs, à partir du déjeuner organisé le 8 mars 2016 par le préfet, une formation des professionnels : directeurs de structure et animateurs d'accueils collectifs de mineurs, a été organisée en septembre 2016 en faveur de l'égalité et de la mixité filles-garçons.

Concernant les violences faites aux femmes

Le quatrième plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes s'est achevé en 2016 ^[3].

- Pour la Seine-et-Marne, le nombre de **plaintes pour violences conjugales** reste autour de 2 000, dont environ 2/3 constatées par la police et 1/3 par la gendarmerie.
- Il n'y a aucune main courante : suite aux instructions du ministère de la Justice, les infractions liées aux violences faites aux femmes doivent faire obligatoirement l'objet d'un procès-verbal.

Plusieurs intervenants sociaux en commissariat de police et en brigade de gendarmerie, ont continué d'assister les victimes dans leurs démarches. Ces professionnels sont mis à disposition par plusieurs associations (Croix-Rouge, Espoir, CIDFF).

- Si la prise en charge des femmes victimes de violence est assurée dans des établissements spécialisés (ainsi que dans des CHRS généralistes), ces publics mis à l'abri à l'hôtel bénéficient aussi d'une prise en charge adaptée : chaque

MOTS-CLÉS : violences faites aux femmes, égalité hommes-femmes, violence de genre, Seine-et-Marne, délégué départemental, action publique, réseau

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

femme faisant appel au 115 de Seine-et-Marne se voit proposer une mise à l'abri à l'hôtel.

Chaque mise à l'abri est suivie d'une évaluation sociale transmise au SIAO (service intégré d'accueil et d'orientation) et d'un accompagnement social spécifique.

- Cette évaluation et cet accompagnement sont assurés par deux associations spécialisées :
 - *Solidarités Femmes le Relais 77* sur le sud seine-et-marnais, avec 144 places, dont 67 d'urgence et 74 d'insertion,
 - *SOS Femmes 77* dans le nord avec 93 places, dont 49 d'urgence et 33 d'insertion,
- Le nombre de **106 places supplémentaires** a augmenté de 81 % par rapport à 2012.
- **55 places d'hébergement d'urgence** « *alternatives à l'hôtel* » ont aussi été créées en 2015 et 2016 pour ce public.
- **Le relogement des femmes dans le parc social** est aussi en progression : de 0 en 2013 à près d'une centaine en 2016.
- **Concernant le téléphone grave danger (TGD)** ^[4], 17 demandes d'évaluation ont été demandées par la Procureure de la République à Meaux. Elles ont abouti à 12 signalements à l'audience, 3 par avocat et 2 par la police ou la gendarmerie. Au total, 9 femmes en ont bénéficié. Le TGD n'est attribué que si une interdiction de contact a été prononcée.
- La communication entre magistrats (juges aux affaires familiales ou aux enfants et ceux d'application des peines), comme avec l'association SOS femmes 77 ; financée par l'État (budgets opérationnels de programme 117, 137 et FIPDR – fonds interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation) fonctionne très bien.
- Après le conseil départemental, le conseil régional financera l'attribution de nouveaux téléphones à compter de 2017.
- Par ailleurs, **98 ordonnances de protection** ont été rendues depuis 2013, dont une vingtaine en 2016. Ce dispositif permet d'éloigner le conjoint de la femme menacée. Il est activé par le juge aux affaires familiales.
- Le 20 octobre 2015, mesure un **protocole relatif à l'accompagnement des enfants exposés** aux violences conjugales a été signé entre le parquet de Melun l'État et l'association Solidarité femmes le Relais 77 ^[5]. Dans ce cadre, le commissariat de police met en lien les enfants avec l'association.

MALGRÉ CES ACTIONS, CERTAINS CONSTATS RESTENT ALARMANTS

- Chaque année, **223 000 femmes sont victimes** de violences conjugales, 84 000 sont victimes de viol ou de tentative de viol ^[6]. Trop peu d'entre elles déposent plainte.
- En 2015, **122 femmes sont décédées** sous les coups de leur compagnon ou ex-compagnon. En Seine-et-Marne, 2 femmes sont décédées en 2016 pour des raisons identiques.
- Les femmes les plus vulnérables sont particulièrement concernées.

➤ C'est le cas de **80 % des femmes en situation de handicap**.

La persistance de ces violences est intolérable, non seulement parce qu'elles bafouent les droits et la dignité des femmes, mais aussi parce qu'elles sont le premier obstacle à l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

Ces constats, hélas non exhaustifs, appellent un engagement sans relâche de toutes et tous.

LES OBJECTIFS

Ils sont issus notamment des instructions ministérielles et régionales, ainsi que des entretiens effectués avec les différents interlocuteurs du niveau départemental.

■ Développer la mixité et l'égalité entre les filles et les garçons, entre les femmes et les hommes et agir en faveur de l'égalité femmes-hommes (à tous les niveaux de responsabilité)

- **Dans la fonction publique** (en interne comme vis-à-vis des usagers). À titre d'exemple, différentes circulaires imposent de veiller à l'égal accès aux postes à responsabilité comme à l'usage de la représentation équitable du féminin ou du masculin ou de la neutralité des genres dans la rédaction des documents administratifs. En lien avec les autres services de l'État, comme avec les diverses collectivités territoriales, le DDFE veille à leur bonne application.
- **Dans l'entreprise**, les promotions de femmes doivent tout autant être encouragées, en lien avec les représentants patronaux et syndicaux,
- **En matière d'emploi**, avec l'UD DIRECCTE (unité départementale de la direction régionale de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi), les SIAE (services d'insertion par l'activité économique), les missions locales, les chambres consulaires, les entreprises,
- **Dans le sport et les activités culturelles**, deux moyens de reconstruction et d'épanouissement pour les femmes fragilisées, et deux vecteurs d'accès aux responsabilités,
- **Par l'accès aux droits** (IVG, contraception, prestations sociales, logement...), parfois remis en cause par certains mouvements de la société.

■ Renforcer les dispositifs de lutte contre les violences faites aux femmes

- **Celles victimes de violences** ; dans le cadre de la déclinaison départementale du 5e plan interministériel 2017-2020 [7] ; qu'elles soient physiques, psychologiques, comme sexistes,
- **Les prostituées**, auxquelles un parcours de sortie sera proposé, en lien avec l'Amicale du nid,
- **Les étrangères**, en les informant sur leurs droits ; lors des permanences du CIDFF ; et en leur donnant des cours français à l'occasion d'ateliers sociolinguistiques,
- **Celles en situation de handicap**.

Ces femmes exigent d'autant plus d'être protégées et soutenues qu'une proportion non négligeable d'entre elles en sont victimes.

LES MOYENS DE PARVENIR AUX OBJECTIFS

• Le soutien aux associations

➤ Il s'applique tout d'abord à **SOS femmes 77** et à **Solidarité femmes le Relais** qui, dans la moitié nord du département pour l'une et dans le sud seine-et-marnais pour l'autre, hébergent les femmes victimes de violences conjugales et leurs enfants.

Des accueils de jour, inconditionnels, en individuel comme collectivement, permettent de préparer, d'éviter ou d'anticiper le départ du domicile.

Des lieux d'accueil, d'écoute et d'orientation assurent un accompagnement spécialisé, dans la durée, ainsi que le suivi des parcours après la séparation.

➤ Le **CIDFF** est tout autant soutenu, en particulier pour informer sur les droits lors des permanences effectuées sur l'ensemble du territoire du département. Outre des juristes, des psychologues interviennent sur ces lieux.

Des subventions d'État leur sont donc allouées, avec le soutien du DDDFE 77.

Afin de pérenniser leurs actions et de renforcer leur stabilité, des CPOM (conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens) leur seront proposées.

➤ Les actions d'autres associations bénéficient aussi d'une attention particulière. Il s'agit de **l'AVIMEJ**, qui informe toute victime; 20 % du public est composé de femmes victimes de violences conjugales; de ses droits.

Les stages de sensibilisation des clients de prostituées, qui se tiendront en 2017, et qui seront mis en œuvre par l'ACJUSE, sont également soutenus.

Il en est de même pour les stages de responsabilisation des auteurs de violences conjugales dispensés par Horizon.

• Le soutien aux dispositifs de lutte contre les violences faites aux femmes

➤ En 2017, les TGI (tribunaux de grande instance) de Melun et Fontainebleau seront dotés de TGD. Par ailleurs, après le conseil départemental, le conseil régional financera l'attribution de nouveaux TGD à compter de 2017.

Le TGD est géré par SOS femmes 77 (TGI de Meaux), et l'AVIMEJ (TGI de Melun et Fontainebleau).

➤ En lien avec les parquets, l'ordonnance de protection continuera de s'appliquer.

➤ L'accueil en commissariat et en brigade de gendarmerie se poursuivra, en améliorant la formation des policiers et gendarmes, comme en développant les permanences d'associations au sein de ces services.

➤ Le dispositif **TRAQUE** mis en place par l'UMJ du Grand Hôpital de l'Est Francilien sur son site de Marne-la-Vallée est expérimenté depuis début avril 2017^[8].

Sur le Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF qui regroupe les hôpitaux de Marne-la-Vallée, Meaux et Coulommiers), il permet le repérage, puis la mise en place d'un accompagnement précoce des femmes enceintes victimes de violences conjugales.

En 2016 et en Ile-de-France, après examen de 1248 situations, il est apparu que la 1^{re} grossesse constitue la 3^e cause de survenue des violences conjugales.

TRAQUE est soutenu financièrement par l'État à travers le FIPDR.

• Les actions en faveur de l'égalité dès le plus jeune âge, comme avec les enfants et adolescents

Attaquer le problème des violences à sa racine par la lutte contre le sexisme, qui banalise la culture des violences et du viol, est fondamental.

Si les violences faites aux femmes sont protéiformes, elles s'inscrivent dans un continuum provoqué par une seule et même idéologie : le sexisme.

Le travail de déconstruction des stéréotypes, qui constitue le terreau des violences faites aux femmes, est essentiel.

➤ Avec l'éducation nationale, un accord de principe prévoit la sensibilisation des collégiens et lycéens par les associations, notamment pour soutenir la mixité des métiers, comme pour lutter contre les stéréotypes, les comportements sexistes et le harcèlement, en particulier sur internet et les réseaux sociaux (diffusion de photos à caractère intime). Toute information préoccupante sera aussi transmise à la DASEN (direction des services départementaux de l'éducation nationale).

➤ En matière d'accueils collectifs de mineurs, un guide des bonnes pratiques sera élaboré et transmis aux directeurs et animateurs afin de favoriser la mixité, l'égalité filles-garçons et les pratiques culturelles et sportives différenciées.

• Établir des liens durables avec l'ensemble des partenaires (autres services de l'État, collectivités territoriales et élus, autres associations, entreprises dont CCI, CA, BTP)

➤ Outre la Justice, l'Éducation nationale et la préfecture, une action est prévue avec l'UD DIRECCTE.

Cette action part des constats suivants, relevés depuis 2011 dans l'Essonne, parmi 352 jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans, qui ont bénéficié d'un parcours de citoyenneté :

- 33 % ont été victimes de violences conjugales,
- 20 % de viols et/ou agressions sexuelles,
- 15 % de mariages forcés,
- 9 % de mutilations sexuelles,
- 8 % de prostitution,
- 61 % étaient en grande difficulté familiale ou en rupture familiale,
- 35 % étaient hébergés et/ou logés de façon instable chez des amis ou SDF ou par leur famille,
- 21 % étaient maman,
- 70 % ont un niveau inférieur au bac.

Ces jeunes femmes ont été repérées par les missions locales de l'Essonne parmi celles qui étaient les plus éloignées de l'emploi, d'une formation et plus généralement de l'insertion sociale.

➤ Une action similaire, tenant compte des caractéristiques de la Seine-et-Marne et des spécificités propres à chaque territoire de mission locale ou PDAD (plates-formes de suivi et d'appui aux décrocheurs) pourrait être engagée. Cette action consisterait à proposer un stage de 3 semaines aux jeunes femmes repérées.

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Les PDAD pourraient également proposer des candidates, comme les deux associations référentes en matière de violences conjugales (Solidarité femmes le Relais, SOS femmes 77).

Le stage porterait sur plusieurs thèmes :

- l'égalité femmes/hommes ;
- la santé et la sexualité ;
- l'accès aux droits et la vie citoyenne ;
- la connaissance des structures locales et des institutions ;
- l'emploi et la formation ;
- l'estime de soi, la réappropriation de ses choix et projets de vie ;
- la réappropriation du corps.

Les résultats constatés dans l'Essonne, sont probants puisque, à l'issue du stage, 82 % des jeunes femmes se trouvent dans une démarche active vers la formation ou l'emploi.

➤ En Seine-et-Marne, outre le Conseil départemental (PMI, MDS) et l'État (préfecture, DASEN, UD DIRECCTE, DDCS et DDDFE), le partenariat serait étendu aux missions locales, au réseau information jeunesse, aux PAEJ (points d'accueil écoute jeunes), à l'ARS, à la CAF, ainsi qu'aux associations intervenant sur les stages.

Les stages se dérouleraient tout au long de l'année scolaire puisqu'ils auraient successivement lieu, par cycle de 3 semaines, au sein de chacune des missions locales ou des PDAD.

• Communiquer

En lien avec la préfecture, cette communication concernera tout d'abord les journées des 8 mars ; consacrée à la mise en valeur de 10 créatrices d'entreprises ; et 25 novembre 2017.

Depuis mars 2017, un message portant sur les stéréotypes, les représentations de la femme, leur visibilité, le harcèlement, les violences... est envoyé chaque semaine aux agents de la DDCS.

Il est prévu de l'étendre à l'ensemble des personnels de l'État en poste dans le département.

Le site internet de l'État comprend, depuis avril 2017, une rubrique dédiée aux droits des femmes et à l'égalité ^[9].

• Développer le réseau VIF (violences intrafamiliales)

Ce réseau, animé par le COPS (service municipal d'aide aux victimes) de Meaux, propose de sensibiliser tous les professionnels concernés, notamment ceux de la santé, de la police, de la gendarmerie, du secteur social et des collectivités territoriales.

Ainsi, des séminaires et conférences ont été organisés sur les violences conjugales.

Le réseau VIF est actuellement implanté sur le nord du département. Sa réussite conduit à, sinon l'étendre à tout le département, du moins à développer un réseau similaire sur le centre et le sud seine-et-marnais.

• Mettre en place un observatoire départemental

Diverses données statistiques sont actuellement disponibles, notamment sur les violences faites aux femmes, afin d'éclairer les acteurs sur les dispositions à mettre en œuvre.

Il s'agit notamment de l'outil SIMONE, développé par le réseau Solidarité femmes au plan régional, tout comme à ce niveau également, des données proposées par le centre Hubertine Auclert ^[10].

Par ailleurs, la police, la gendarmerie, ainsi que l'UD DIRECCTE, par exemple, disposent d'autres types de renseignements.

L'ensemble pourrait être agrégé et mis à disposition de tous les acteurs, afin que chacun, individuellement, comme en réseau, puisse adapter ses interventions, au plus près des besoins et des réalités.

CONCLUSION

En conclusion, il apparaît évident que les problématiques portant sur les droits des femmes et l'égalité femmes-hommes, de fait, touchent à toutes les dimensions de notre société.

En conséquence, elles engagent tous ses acteurs.

Pour ces raisons, il apparaît fondamental de travailler en réseau avec toutes les parties prenantes, qu'elles soient institutionnelles, associatives, du monde de l'entreprise ou qu'elles relèvent de chaque individu.

En cela, le DDDFE et son équipe constituent un maillon nécessaire à sa réussite. •

RÉFÉRENCES

- [1] Droits des femmes et à l'égalité. <http://www.seine-et-marne.gouv.fr/Politiques-publiques/Droits-des-femmes-et-a-l-egalite> Consulté le 27 novembre 2017
- [2] LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. JORF n° 0179 du 5 août 2014 page 12949 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029330832&categorieLien=id> Consulté le 27 novembre 2017
- [3] 4^e plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes. <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/les-plans-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/le-4eme-plan-interministeriels-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/> Consulté le 27 novembre 2017
- [4] Le dispositif *Téléphone grave danger*. <http://www.justice.gouv.fr/aide-aux-victimes-10044/le-dispositif-telephone-grave-danger-tgd-30752.html> Consulté le 27 novembre 2017
- [5] Préfecture de Seine-et-Marne. Signature du protocole d'accompagnement des enfants exposés aux violences conjugales. Dossier de presse. <http://www.seine-et-marne.gouv.fr/content/download/13003/93031/file/7%20juillet%20DP%20Signature%20convention%20enfants%20expos%20aux%20violences%20conjugalesr.pdf> Consulté le 27 novembre 2017
- [6] ONVFF. *Violences au sein du couple et violences sexuelles : les principales données*. La lettre de l'Observatoire nationale des violences faites aux femmes n° 4, nov. 2014 http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La_lettre_de_l_Observatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes_no4_-_nov_2014-2.pdf (consulté le 27 novembre 2017)
- [7] Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. *Cinquième plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019)*. <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf> Consulté le 27 novembre 2017
- [8] MARC B., HANAFY I., LECLERE M., ABAZA A., WAFO E., REBOUL-MARTY J. *Tracer, Repérer et Accompagner au moyen d'un Questionnaire utilisé dans les hôpitaux de l'Est Francilien les Violences Faites aux Femmes (TRAQUE-VFF) : méthodologie et premiers résultats*. J. Med. Leg. Droit Med.
- [9] Gouvernement.fr. *Les mesures en faveur de l'égalité femmes-hommes*. <http://www.gouvernement.fr/action/les-mesures-en-faveur-de-l-egalite-femmes-hommes> Consulté le 27 novembre 2017.
- [10] Centre Hubertine Auclert. *Dispositif départemental des missions locales de l'Essonne*. <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/ra-jf-2015-2016-ilovepdf-compressed.pdf> Consulté le 27 novembre 2017.

Les femmes et les mères du Bassin minier Lensois durant la Grande Guerre

2^e PARTIE

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

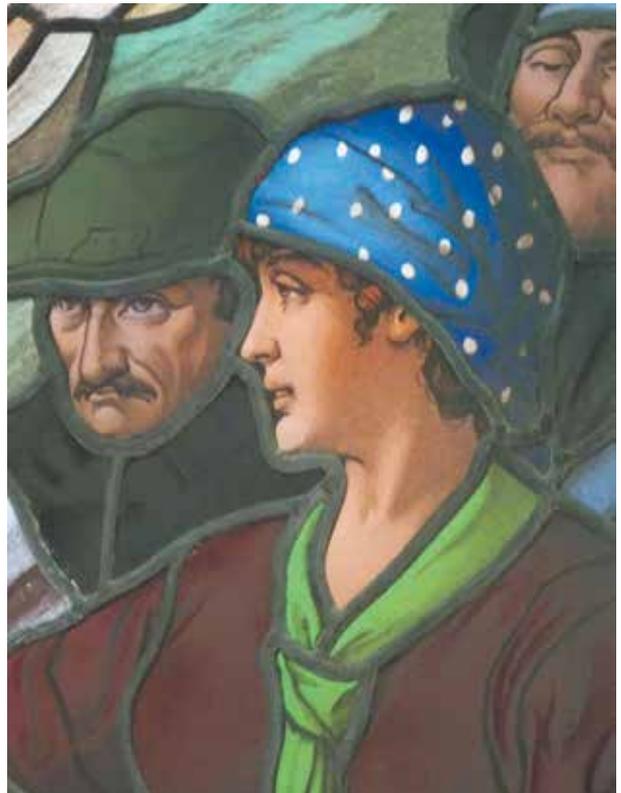
L'histoire du Bassin minier de Lens a de nombreux visages. Entre le Moyen-Âge et aujourd'hui, son histoire s'est sans cesse renouvelée et notamment lors des guerres qui eurent raison de son patrimoine. Durant la Première Guerre mondiale, les femmes, et notamment, comme nous le verrons dans cette contribution, les femmes enceintes, ont souffert des massacres des « tortilleurs » de vie qu'ont été les occupants.

Après avoir suivi le parcours des femmes de 1914 à 1918 d'Hénin-Liétard près de Douai jusqu'aux portes de Lens, nous commencerons ce texte en évoquant la vie des femmes dans la commune minière d'Avion, une ville accolée à Lens.

LES DÉCHIRURES

Le 1^{er} août 1914, pendant que Monsieur Dépret, le crieur municipal, parcourait la ville avec sa sonnette pour faire connaître la fâcheuse nouvelle à la population, l'ordre de mobilisation générale était placardé sur les murs de la mairie. Ni l'amour ni le chagrin des femmes ne parvinrent à retenir les hommes qui répondirent à l'appel. Sans conteste, la vie s'évapora ce 1^{er} août 1914. En effet, les femmes furent là aussi les victimes de la Grande Guerre. *Vae Victis!* Dès son entrée en octobre 1914 dans la ville d'Avion, sans foi ni loi, l'ennemi plongea la vie des femmes dans les ténèbres. La paix du début de l'été 1914 paraissait déjà loin. Avec la brutalité hachée des stroboscopes, remontaient les images heureuses d'une ville d'Avion, qui, avant-guerre comptait 10 000 habitants dont quelque 2 210 ménages¹.

Le bassin minier devint donc un monde sans papas et sans enfants. En août 1914, ce fut un aller sans retour que reçurent les hommes mobilisés. À Paris, ils étaient l'objet de moqueries comme nous le montre un article du journal *L'Écho des Gourbis* de décembre 1917 : « *Tu vois nos alliés au bras des Parisiennes – Et tu dis, toi, Poilu, qu'elles sont plutôt tiennes – Mais voilà! Ces messieurs sont riches et sanglés – Alors que toi, tu es sale et mal ficelé. Tu marches, tu t'assieds, tu n'as pas de manières – Et ton casque boueux, te tape le derrière. On a l'air de te prendre, enfin, pour un pouilleux!* »



Une femme du bassin minier – Détail des vitraux de l'hôtel de ville de Liévin. Photo : J. Janicki

1. Les rues étroites des cités ouvrières disparaissent peu à peu pour laisser place à la ville de Lens et à ses larges artères commerçantes. En contrebas, à la place de la rocade, coulait le canal de la Souchez. C'est là que le samedi 3 octobre 1914, les soldats français se placèrent pour stopper l'avancée allemande. Le 4, après une rude bataille, Lens passait sous la domination allemande.

Le récit de la bataille.

Après la bataille du 4 octobre 1914, le quotidien de l'enfermement commençait pour les Lensois. Articulée autour de l'église Saint-Léger, la ville de Lens passait pour quatre ans, à savoir jusqu'au 4 octobre 1918, sous le système carcéral allemand. Pour les femmes, vraies détenues, dès le 4, commençaient les angoisses physiques et les souffrances morales.

Au plus près des ténèbres, la cité Montgré fut fracassée d'entrée de jeu par les obus français et britanniques. Les pentes du mont d'Avion ont connu un sort déchirant.

Nombre de femmes tinrent un journal durant le conflit. Hélène Carré, une jeune femme de Lens, a tenu, durant la Grande Guerre, un journal d'occupation de la ville disponible dans toutes les médiathèques et bibliothèques du bassin minier. Des exemplaires sont librement accessibles à la médiathèque Robert Cousin, route de Béthune. Il existe d'autres témoignages du quotidien sous l'occupation allemande comme à Douai où Mathilde Scailherez, adolescente durant la Grande Guerre, a tenu elle aussi ses carnets d'occupation.

LES NOUVEAU-NÉS (FIN 1914-DÉBUT 1915) ET LES PERMISSIONS POUR UNE NAISSANCE

Avec le recul, la haine des femmes pour la guerre qui happa leurs maris, ouvriers mineurs, et les transforma en guerriers, fige le sang mais elle se comprend. C'était sans compter sur le destin tragique des combattants qui ne revinrent jamais en zone occupée. En effet, les permissions, au grand dam des femmes, les menaient invariablement à Paris.

Il était juste possible pour les soldats français d'obtenir une permission pour la venue au monde d'un enfant. Il y eut bien, au début de la guerre, quelques naissances dans le bassin minier mais dans notre territoire occupé, coupé du monde, aucun père ne revint. Le Bassin minier demeura un monde sans papas.

LES DÉCÈS EN COUCHES

Dans ce confetti de France qu'est le bassin minier, il y eut aussi de nombreux décès en couches et quelques mort-nés. Dans le journal du notaire lensois Léon Tacquet, on trouve à la date du 10 janvier 1915 le cas d'une femme qui perdit la vie alors qu'elle accouchait : « *On m'annonce aussi la mort de Madame Paul Autuille de Douai, suite de couches ; son mari est à l'armée ; elle avait cinq enfants* ».

LES MÉDECINS ALLEMANDS SE MÉTAMORPHOSENT EN ACCOUCHEURS

Même si les occupants se sont livrés à toutes sortes d'actes bestiaux, en quête d'un peu de cœur, ils ont, de temps en temps, amené une goutte de leur savoir pour accompagner les femmes en couches et leurs nouveau-nés. Le notaire lensois Léon Tacquet se garde bien de juger dans son journal le médecin allemand lorsqu'il se grime en accoucheur. Il écrit le 4 mai 1915 : « *Naissance cette nuit chez Thellier de Poncheville d'un garçon qui a fait souffrir terriblement sa maman. Le père affolé, est, paraît-il, tombé faible. Il y avait bien une religieuse et la mère de madame, mais pas de médecin. Le colonel du 5^e régiment de chasseurs, qui loge chez Thellier, il est allé lui-même vers minuit chercher en ville deux médecins allemands dont un spécialiste pour les accouchements. On a dû employer les grands moyens* ».

QUAND TROP DE COMPLICITÉ MARABOUTE HOMMES ET FEMMES

Dans une période aux repères brouillés, les actes de luxure se sont aussi multipliés. Décadentes pour les uns, énigmatiques pour les autres, ces relations sexuelles que les tentations en cette période sans hommes ont proposées, ont donné le jour à de nombreux enfants adultérins. Ces comportements légers entraînent de lourdes conséquences.

Au début du conflit, en août 1914, tous pensaient que la guerre serait rapide et que les hommes reviendraient vite. Le temps passa et les hommes ne revinrent pas. Quelques femmes hors cadres du bassin minier s'émancipèrent et portèrent neuf mois l'empreinte de ces quelques heures de fantaisie. On en trouve des traces dans de nombreux écrits. La crudité et la violence du texte du notaire lensois Léon

« *Aperçus très curieux sur la reproduction générale : tous les produits de ces années de guerre seront rachitiques, bons à rien, soldats rentrants dans leurs foyers éternés, les femmes inquiètes, résultat des produits très mauvais.* »

Tacquet surprend lorsqu'on lit dans son journal, à la date du 26 mai 1916 : « *Aperçus très curieux sur la reproduction générale : tous les produits de ces années de guerre seront rachitiques, bons à rien, soldats rentrants dans leurs foyers éternés, les femmes inquiètes, résultat des produits très mauvais* ».

LES FEMMES DÉPLOIENT UNE GRANDE ÉNERGIE POUR NOURRIR LENS

Les femmes lensoises, enceintes ou pas, jeunes ou vieilles, ont toutes contribué à assurer le ravitaillement de la ville. Retour en arrière. Aux premiers jours de la guerre, Émile Basly, le maire de Lens, découvre que les meuniers ont abandonné le moulin de la commune. Après quelques jours d'errance, les Lensoises se mirent au service de la ville pour moulinier les céréales. Kilo par kilo, munies de leurs moulins à café, elles s'attachèrent à fournir la farine aux boulangers.

Émile Basly (1854-1928)², le député-maire de Lens, fit un magnifique éloge du parcours des Lensoises dans son livre *Le martyre de Lens* à la page 45. « *Ces démarches une fois faites, je me dirigeai, un peu sceptique, je l'avoue, vers le moulin à vapeur. Cependant, d'assez loin, un ronron criard assourdissait, déchirait les oreilles. C'était de bon augure. Pénétrant dans une des vastes salles, un spectacle curieux, inattendu, dissipa soudain toutes mes angoisses. Actives, silencieuses, plus de quatre cents femmes des corons, assises sur des chaises – à elles – serraient entre les genoux le moulin à café familial, et les bras tournaient, et les visages se crispaient, rouges, empourprés par l'effort. Des larmes de sueur coulaient sur les joues ridées des vieilles* ».

LA FACE CACHÉE DE LA GUERRE : LA PROSTITUTION

Pour dire toute la douleur des femmes, les Allemands les emmenèrent dans un autre monde : celui de la prostitution. Dès juin 1915, le commandant de la place de Lens déplorait le manque de maisons accueillantes et de prostituées convainc quelques femmes de se rendre disponibles pour les soldats.

2. Le journal *Le Gaulois* du 27 février 1884 disait d'Émile Basly : « *C'est un Clémenceau ne sachant pas le français. Basly est secrétaire général du syndicat ouvrier et cabaretier... Il voyage dans tous les bassins houillers, péroré partout et se crée une existence qui ne manque pas d'un certain charme.* » Il gagna la postérité grâce à Émile Zola qui s'inspira de sa vie pour créer le personnage d'Étienne Lantier dans le roman *Germinal*.

La ville de Lens a proposé le mercredi 14 mars 2018 une création originale de Gilles Gleizes sur la Grande Guerre dans le Lensois intitulée « *Un cri de guerre* ».

Ainsi, dans le bassin minier ravagé par la pauvreté, une poignée de soldats allemands « proxénètes » se sont posés en hommes « providentiels » pour quelques femmes qui, disait-on, faisaient « *fifi avec les Boches!* ». Manipulées, ces femmes surnommées « la veloutée », « la mitrailleuse » ou « la belle Marcelle » disaient qu'elles gagnaient bien plus que le salaire de leur mari leur rapportait en temps de paix.

D'autres, en revanche, embarquées de force dans la guerre, n'ont jamais déserté et ont tenu la dragée haute aux ennemis. Prises dans le fatal engrenage du conflit, brisées par de nombreux drames et bloquées dans des paysages urbains désolés, elles y sont restées, parfois résistantes jusqu'à leur évacuation en avril 1917.

CE NE FUT PAS UNE GUERRE EN DENTELLE

Les femmes ont donc vécu dans l'antichambre de l'enfer d'octobre 1914 à avril 1917. Après avoir été envoyées en Belgique, de retour dans le bassin minier, le cauchemar des femmes n'était pas terminé. Leur retour fut nourri par les décors glaçants d'un bassin minier pulvérisé. Les jours de tonnerre passés, elles découvrirent ce que la fureur militaire a été capable de faire après leur évacuation au mois d'avril 1917.

Dans l'hebdomadaire *Le Lion d'Arras*, André Paisant donnait le 17 novembre 1918 (p. 4) une description du bassin minier. « *Quand on sort d'Arras et qu'on a roulé désespérément parmi les ruines de Lens, de Liévin, de Loos et de La Bassée, le contraste est saisissant. Ici, la terre bouleversée, les herbes folles émergeant des trous d'obus, les fers tordus, l'inondation noyant les vestiges des maisons et le long de ce qui fut les chemins, les arbres rabougris et tordus dressant vers le ciel des bras sans écorces qui prennent dans le brouillard des blancheurs d'ivoire et des formes de calvaire* ».

Les Lensois (es) ont eu peur. Elles et ils ont connu les déferlements de violence, les brutalités, les punitions et la douleur des familles endeuillées mais l'image la plus noire reste celle de la faim dont souffrait l'Europe entière. Ernest Glaser (1902-1963) dans le roman *Jahrgang 1902 (Classe 1902)* écrivait sur ce sujet : « *Les femmes qui stationnaient en longues files grises devant les magasins, parlèrent bientôt plus de la faim dont souffraient leurs enfants que de la mort de leurs maris* ».

LA FAIM

Les portraits des frères Lensoises affamées doivent figurer en bonne place dans l'Histoire de la Grande Guerre. Les récits et les images en noir et blanc témoignent de la quête quotidienne de ces ribambelles de femmes qui, la majeure partie du temps, tapies dans l'ombre, paraissaient soudain au grand jour et déployaient une énergie hors du commun pour trouver les aliments nécessaires à leur survie.

D'étranges expériences culinaires au parfum douteux pour nos papilles furent tentées après la déroute d'octobre 1914 subie par l'armée française. Les femmes de Lens firent ainsi bon usage dès mars 1916 des foies des chiens et des rats avant de s'attabler définitivement devant des pâtés de guerre. En temps de guerre, on ignore la tiédeur!

Avec le temps, les survivant(e)s du désastre des premiers mois de guerre découvraient au printemps 1915, les « colis »

Les femmes de Lens firent ainsi bon usage dès mars 1916 des foies des chiens et des rats avant de s'attabler définitivement devant des pâtés de guerre. En temps de guerre, on ignore la tiédeur!

distribués par le *Committee Relief of Belgium* (CRB) ; ils étaient garnis de 250 grammes de pain gris, de haricots rouges, de farine, de saindoux, de lard, de poisson salé, de conserves, de café et de biscuits.

Puis, la guerre s'installant, la transformation de quelques marchands en petites crapules désillusionna davantage les Lensoises. Le 1^{er} octobre 1916, le notaire lensois Léon Tacquet écrit dans son journal : « *Émile Douez a rapporté hier de Douai un quartier de viande qu'on se dispute à des prix exorbitants (6 francs la livre avec os). Il y a une perdrix dont on demande 12,50 francs, un lièvre moyen vaut 26 francs, un œuf coûte de 0,70 à 0,75 franc.* »³

UNE ROUTE CONSTAMMENT TRAVERSÉE D'OMBRES FURTIVES

Reprenons à présent le chemin inverse à celui qui nous occupa dans la partie I. Quittons Lens en direction de Douai par d'autres chemins. C'est le quotidien de cette route de Lens à Hénin-Liétard que nous allons portraiturer, mais aussi le passé des ravitailleurs qui s'invitaient sur les terres nouvellement conquises par les Allemands pour porter les vivres aux populations des alentours. Ils y côtoyaient les soldats allemands qui partaient ou qui revenaient du front. En chemin, nous vous proposons de (re)découvrir les saveurs des plats servis durant la Grande Guerre, toujours difficiles à absorber sans efforts de mastication mais qui, que nous le voulions ou pas, appartiennent à notre histoire culinaire.

LA ROUTE D'HÉNIN-LIÉTARD À LENS OU LE PASSEPORT POUR L'ENFER

Derrière l'histoire de cette route se dessine le portrait acide d'une guerre avide de chair à canon. Cette route fut la zone d'étape pour des foules compactes de soldats allemands marchant jusqu'à l'épuisement vers les zones de combat et surtout Notre-Dame de Lorette (*Loretto* en allemand). Au-delà du seul transit guerrier, la route entre Lens et Hénin-Liétard – Noyelles-Godault vers Douai permettait aux ennemis d'amener au front le matériel pour y aménager leurs tranchées : bobines de fer barbelé pour confectionner les réseaux (*Drah Hindernisse*), piquets à vis (*Schraubpfähle*), façades en bois pour protéger les tranchées (*Holzbeleidungen*) ou tôles ondulées cintrées (*Gebogene Wellblechfelder*).

3. Le salaire d'un jeune lensois réquisitionné était de 5 francs par jour moins la nourriture qui lui était déduite.

HISTOIRE

Les autorités allemandes étaient cependant sans cesse en alerte rouge à cause des bombardements. Les éléments du drame pour la population civile étaient en place. Population civile ou pas, présence de bataillons de travailleurs civils (ZAB : *Zivilarbeiter – Bataillone*) ou pas, cela n'empêcha jamais les alliés d'y ouvrir régulièrement les hostilités. Les évocations d'avalanches d'obus sur la route sont très présentes dans le journal du notaire lensois Léon Tacquet. À la date du 23 janvier 1916, ce dernier témoigne : « *Il n'y a plus maintenant qu'à demander aux pompes funèbres d'accélérer les enterrements et de ne pas dormir sur la route de Sallaumines devenue trop dangereuse* ».

UNE MISSION IMPÉRIEUSE : MIGRER POUR SE RAVITAILLER

Citons une nouvelle fois le romancier Ernest Glaeser (1902-1963). Dans le roman *Classe 1902* il décrit la lutte des femmes pour nourrir leurs enfants. « *L'hiver resta dur jusqu'à la fin. La guerre avait maintenant dépassé la ligne des fronts et touchait directement le peuple. La faim détruisait l'union qui avait régné jusque-là. Dans les familles, les enfants se volaient leur ration l'un à l'autre. La mère d'Auguste courait deux fois par jour à l'église pour y prier ; elle maigrissait à vue d'œil, car tout ce qu'elle pouvait se procurer à manger, elle le distribuait à Auguste et à ses sœurs, ne gardant pour elle qu'une part infime de nourriture. [...] La guerre avait aussi modifié les sentiments. Un nouveau front s'était formé, celui des femmes qui luttait contre les gendarmes et les contrôleurs recrutés parmi les inaptes au service. Du même enthousiasme dont on accueillait les victoires deux ans auparavant, on fêtait maintenant dans les familles chaque livre de beurre qu'on avait pu passer en contrebande, chaque sac de pommes de terre introduit nuitamment dans la maison.* »

LES RARES GOUTTES DE LAIT DISPONIBLES VONT AUX ENFANTS ET AUX NOUVEAU-NÉS

Anticipant les fâcheuses carences qui allaient s'abattre sur les enfants en l'absence de lait de vache, le 4 octobre 1914, au risque de provoquer le mécontentement des Allemands, un brasseur de Sallaumines, Thellier de Poncheville, leur imposa d'offrir « le gît et le couvert » dans Lens à vingt vaches. Toutefois, la quête du lait pour les nourrissons resta une parfaite source d'angoisse.

Au cœur de l'enfer, les enfants eurent droit à la clémence des Allemands qui laissèrent donc vingt vaches dans Lens mais le 22 mai 1916, il n'en restait plus que huit précisent les archives. Plus tard, le 25 septembre 1916, apparut un nouveau point noir décrit par le notaire lensois, Léon Tacquet, dans son journal. « *Les Allemands ordonnent de réunir les 8 vaches restant dans la ville dans une même étable et de ne délivrer de lait qu'à des personnes munies d'un certificat de maladie du docteur Hémerly, au prix de 20 centimes les 500 ml. La Kommandantur se réserve le droit de faire des prélèvements* ».

À *La Goutte de Lait* de Billy-Montigny, une ville proche de Lens, dans ce lieu réservé aux nourrissons, le directeur de la Compagnie des Mines de Courrières, M. Lavaurs, fit verser à partir du 4 février 1916, 6 boîtes de lait condensé américain par semaine. Cela permit de soulager quelques mères.

« *Les Allemands ordonnent de réunir les 8 vaches restant dans la ville dans une même étable et de ne délivrer de lait qu'à des personnes munies d'un certificat de maladie du docteur Hémerly, au prix de 20 centimes les 500 ml. La Kommandantur se réserve le droit de faire des prélèvements* ».

CONCLUSION

Les femmes et les enfants du Bassin minier ont connu la guerre qui souilla tout. Au-delà de cette histoire s'étend un passé qui restera secret tant les sources sur l'histoire des femmes dans la zone sont peu nombreuses. Nous refermons cette contribution sur une histoire d'hommes qui se firent passer pour des femmes pour échapper à l'ennemi.

Sertie entre Lens et Douai, la ville d'Hénin-Liétard (aujourd'hui Hénin-Beaumont) était donc confinée au cœur du dispositif allemand. En janvier 1915, alors que d'immenses feux brasillaient ici-et-là, deux officiers cachés dans la ville de Douai tentèrent de rejoindre les lignes françaises, déguisés en femmes. Démasqués, ils furent arrêtés et exécutés à Hénin-Liétard. Dès lors, il fut impossible de fuir l'angoisse tant l'horreur battait son plein.

Le 1^{er} octobre 1914, les Allemands mirent à Hénin-Liétard le bel ordinaire en arrêt. N'hésitant pas à bombarder les zones hostiles, le vrai détonateur qui réinventa les règles du jeu dans la ville apparut après l'arrestation de deux soldats français travestis en femmes dans la ville de Douai. Un avis très menaçant fut de suite placardé sur les murs et il impressionna au plus haut point la population. En voici la teneur :

« *L'Autorité militaire allemande a fait fusiller, aujourd'hui à Hénin-Liétard, deux officiers français, les nommés : Paul Théry et Éric Beutom qui, cachés pendant plusieurs semaines à Douai, déguisés en femmes, ont essayé de franchir les lignes allemandes.*

Le gouvernement militaire allemand se voit forcé d'attirer une fois de plus, l'attention du public sur l'article IV de la Proclamation qui est ainsi conçu.

Tout officier ou soldat ennemi rencontré sur le théâtre des opérations ou en arrière des troupes allemandes, ayant quitté son uniforme et revêtu des habits civils, sera considéré comme espion et traité comme tel. La personne, qui, ayant connu le fait, n'aura pas avisé les autorités militaires, sera punie comme complice ».

Cet article ne sera cependant pas appliqué aux personnes qui, ayant eu connaissance d'un fait dont il est fait mention dans l'article précité, en auront informé l'autorité militaire allemande jusqu'au samedi 16 janvier 1915. Le 7 janvier 1915.

Le Général Commandant l'Armée ». •

LES RUBRIQUES

kiosque 42

fiche technique 43

recherche 44

communiqués 45

agenda en bref 45

congrès et formations 46

LIVRE

ATTENDRE UN ENFANT APRÈS UNE INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE

DE DIANE DE WAILLY

Du diagnostic anténatal à la grossesse suivante, cet ouvrage retrace le parcours des femmes et des couples confrontés à la perte d'un bébé attendu et à l'attente de l'enfant suivant. Quelle place donner à l'enfant vivant sans faire courir le risque d'oublier celui qui est perdu ? Quel impact le processus de deuil périnatal peut-il avoir sur le processus d'investissement de l'enfant de la grossesse en cours ? Tiré de la thèse soutenue par l'auteur, cet ouvrage a une visée théorique avec une modélisation du deuil périnatal mais aussi une visée de santé publique et de prévention. En communiquant le contenu de sa recherche, illustré de nombreuses histoires cliniques, l'auteur souhaite sensibiliser les équipes de maternité à la spécificité de la grossesse suivant une perte, et ainsi améliorer le soutien des patientes.

Préface de Marie-José Soubieux

L'AUTEUR : Docteur en psychologie clinique, Diane de Wailly est psychologue clinicienne dans le service d'obstétrique et de médecine fœtale du Professeur Y. Ville, Necker Enfants Malades, Paris. Elle exerce depuis plus de 20 ans en maternité, en tant que sage-femme d'abord puis comme psychologue. Elle est spécialisée dans le diagnostic anténatal et l'accompagnement de femmes et de couples endeuillés.



Éditeur : érès

232 pages - 14 x 22 cm - Prix : 25 €

Parution : 1^{er} février 2018

EAN : 9782749257334

www.editions-eres.com

LIVRE

LE TIERS-CORPS**Réflexions sur le don d'organes**

DE SYLVIANE AGACINSKI

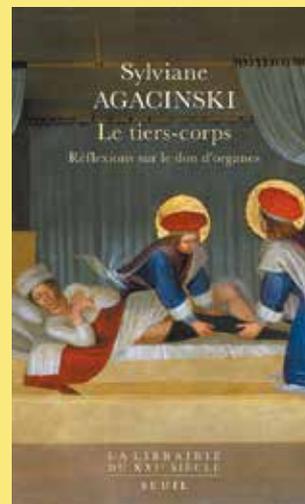
« Une peinture de Fra Angelico représente saint Côme, patron des chirurgiens, et son frère Damien, au chevet d'un sacristain auquel ils sont en train de greffer la jambe d'un Maure.

Comment les célèbres médecins s'étaient-ils procuré la jambe de l'Africain ? La fable ne le dit pas. Était-il donneur ? Mort ou vif ? Avait-il vendu un de ses membres ? Ou bien s'était-on simplement emparé de la jambe d'un homme de peu d'importance ?

Ce personnage manque dans la scène. Ni médecin ni malade, il est le tiers dont le corps est requis par la transplantation : je l'appellerai le tiers-corps. » S.A.

Au cours de ses réflexions sur la transplantation, dans sa dimension à la fois technique et sociale, Sylviane Agacinski souligne l'ambiguïté d'une pratique médicale qui sauve de nombreuses vies mais crée aussi une « demande d'organes » : comment y répondre ?

D'abord, soutient l'auteur, en protégeant le corps des vivants face aux ultralibéraux, partisans d'un marché légal des organes, et aux trafiquants dont les miséreux et les réfugiés sont victimes, lorsque les États laissent faire. Ensuite, en privilégiant le don de soi *post-mortem*, librement consenti, plutôt qu'en maintenant le stratagème du « consentement présumé du défunt ». Sylviane Agacinski s'appuie ici sur Marcel Mauss pour en appeler à une société solidaire, dans laquelle chacun peut à son tour recevoir ou donner et, quelquefois, transmettre la vie par-delà la mort.



Éditeur : Le Seuil

240 pages - Prix : 18 €

Parution : 1^{er} mars 2018

EAN : 9782021393590

<http://www.seuil.com>

BIBERON : COMMENT LE PRÉPARER ET LE CONSERVER ?



UTILISATION DES PRÉPARATIONS EN POUDRE POUR NOURRISSONS

Les conditions de préparation, de manipulation et de conservation des biberons sont essentielles pour assurer la bonne santé du nourrisson. Elles permettent d'éviter les contaminations microbiennes qui peuvent être à l'origine d'infections graves, notamment chez l'enfant prématuré ou de faible poids.

En matière d'alimentation du nourrisson, l'allaitement maternel constitue la référence. Il est ainsi recommandé d'allaiter de façon exclusive jusqu'à six mois révolus, et si cela n'est pas possible au moins jusqu'à quatre mois. Cependant, même pour une durée plus courte, l'allaitement reste bénéfique pour l'enfant. Toutefois, l'allaitement n'est pas toujours possible ou souhaité. Le bébé est alors alimenté avec des laits maternisés, dont la composition répond aux normes européennes.

Ces produits peuvent se présenter :

- ▶ sous forme liquide, ils sont stériles et prêts à l'emploi ;
- ▶ sous forme de poudre à mélanger à de l'eau pour reconstituer le lait. Ces poudres ne sont pas stériles, et peuvent contenir à de rares occasions des micro-organismes (microbes) en très faible quantité. Une fois le lait reconstitué il devient très fragile car ces micro-organismes peuvent se multiplier de façon dangereuse au cours du temps.

CONSEILS UTILES À RAPPELER AUX PARENTS

PRÉPARATION DU BIBERON

Préparez le biberon sur un plan de travail propre. Lavez-vous soigneusement les mains avec du savon. Séchez-les avec un torchon propre ou mieux avec du papier absorbant jetable. Utilisez la cuillère-mesure (dosette) issue de la boîte d'origine de la poudre de lait. La dosette doit rester sèche et être jetée lorsque la boîte est entièrement consommée.

Dans l'idéal, le biberon doit être préparé juste avant d'être donné au bébé. À tem-

pérature ambiante le lait doit être donné dans l'heure, sinon il faut le jeter.

Lors de sorties, transportez l'eau dans le biberon et la poudre de lait dans un autre récipient. Au dernier moment, ajoutez la poudre dans le biberon. Mélangez bien.

Exceptionnellement, le biberon peut être préparé à l'avance et conservé au réfrigérateur dans la partie la plus froide, à une température inférieure ou égale à 4 °C (pas dans la porte du réfrigérateur).

QUELLE EAU POUR LES BIBERONS ?

L'eau du robinet (eau de distribution publique) peut être utilisée pour la préparation du biberon. Cependant, il convient de prendre certaines précautions :

- ▶ Laissez couler l'eau du robinet quelques secondes avant de remplir le biberon de la quantité souhaitée
- ▶ Utilisez uniquement de l'eau froide (au-delà de 25 °C, l'eau peut être davantage chargée en microbes et en sels minéraux)
- ▶ Nettoyez régulièrement la tête du robinet (détartrage notamment)
- ▶ N'utilisez pas d'eau ayant subi une filtration (carafe filtrante par exemple ou tout autre type de traitement de filtration à domicile) ou ayant subi un adoucissement car ces systèmes peuvent favoriser la multiplication des micro-organismes
- ▶ Dans les habitats anciens (antérieurs à 1948), les canalisations d'eau peuvent être encore en plomb. Il faut vous renseigner auprès de la de la mairie où vous résidez ou auprès de la DDPP de votre département afin de savoir s'il est possible d'utiliser l'eau pour préparer les biberons.

Si vous utilisez une eau en bouteille, eau de source ou eau minérale naturelle, veillez à ce qu'elle soit bien destinée aux nourrissons. Par ailleurs, une bouteille entamée doit être réfrigérée et consommée rapidement.

L'utilisation d'eau gazeuse ne convient pas pour la préparation des biberons.

À l'étranger, en l'absence d'eau potable ou d'eau embouteillée, l'eau bouillie et refroidie peut être utilisée.

EN CAS DE RÉCHAUFFAGE

Il n'est pas indispensable de réchauffer le biberon avant de le donner, sauf s'il a été conservé au réfrigérateur. Le réchauffage du biberon doit être rapide. Il doit être fait soit au bain-marie, soit au chauffe-biberon. Une fois réchauffé, le biberon doit être consommé dans un délai d'une demi-heure pour éviter le développement des microbes éventuels.

L'utilisation du four à micro-ondes est absolument déconseillée. En effet, la température peut s'élever très fortement dans le biberon de lait chauffé au four à micro-ondes et entraîner des brûlures graves de la bouche et de la gorge du bébé. Quel que soit le mode de réchauffage utilisé, il est essentiel d'agiter fortement le biberon pour éviter les brûlures et de vérifier la température en versant quelques gouttes sur l'intérieur de votre poignet.

LE NETTOYAGE DU BIBERON

Une fois le biberon terminé, rincez-le d'abord à l'eau froide.

Pour le nettoyer, utilisez de l'eau chaude avec du liquide vaisselle et un écouvillon (sorte de brosse allongée). Rincez soigneusement et laissez sécher le biberon tête en bas, sur un égouttoir, démonté à l'air libre. N'utilisez pas de torchon qui apporte des microbes pour sécher le biberon et la tétine.

Vous pouvez également nettoyer le biberon, la bague, le capuchon et la tétine au lave-vaisselle. Dans ce cas, utilisez un cycle complet à une température de lavage d'au moins 65 °C, avec séchage. Les tétines en caoutchouc ne peuvent pas être lavées en machine, elles doivent être nettoyées et rincées à la main.

Il n'est pas nécessaire de stériliser le biberon et les tétines comme cela a été longtemps préconisé.

POUR EN SAVOIR PLUS

- <https://www.anses.fr/fr/system/files/ANSES-Ft-AlimNourrissons.pdf>

MOTS-CLÉS

- Risques microbiologiques dans l'alimentation
- Femmes enceintes ■ Nourrissons.

Maternal thyroid function and child educational attainment: prospective cohort study

OBJECTIVE

To determine if first trimester maternal thyroid dysfunction is a critical determinant of child scholastic performance and overall educational attainment.

DESIGN

Prospective cohort study.

SETTING

Avon Longitudinal Study of Parents and Children cohort in the UK.

PARTICIPANTS

4615 mother-child pairs with an available first trimester sample (median 10 weeks gestation, interquartile range 8-12).

EXPOSURES

Free thyroxine, thyroid stimulating hormone, and thyroid peroxidase antibodies assessed as continuous measures and the seven clinical categories of maternal thyroid function.

MAIN OUTCOME MEASURES

Five age-specific national curriculum assessments in 3580 children at entry stage assessment at 54 months, increasing up to 4461 children at their final school assessment at age 15.

RESULTS

No strong evidence of clinically meaningful associations of first trimester free thyroxine and thyroid stimulating hormone levels with

entry stage assessment score or Standard Assessment Test scores at any of the key stages was found. Associations of maternal free thyroxine or thyroid stimulating hormone with the total number of General Certificates of Secondary Education (GCSEs) passed (range 0-16) were all close to the null: free thyroxine, rate ratio per pmol/L 1.00 (95 % confidence interval 1.00 to 1.01); and thyroid stimulating hormone, rate ratio 0.98 (0.94 to 1.02). No important relationship was observed when more detailed capped scores of GCSEs allowing for both the number and grade of pass or when language, mathematics, and science performance were examined individually or when all educational assessments undertaken by an individual from school entry to leaving were considered. 200 (4.3 %) mothers were newly identified as having hypothyroidism or subclinical hypothyroidism and 97 (2.1 %) subclinical hyperthyroidism or hyperthyroidism. Children of mothers with thyroid dysfunction attained an equivalent number of GCSEs and equivalent grades as children of mothers with euthyroidism.

CONCLUSIONS

Maternal thyroid dysfunction in early pregnancy does not have a clinically important association with impaired child performance at school or educational achievement.

Nelson SM, Haig C, McConnachie A, Sattar N, Ring SM, Smith GD, Lawlor DA, Lindsay RS.

BMJ. 2018 FEB 20; 360: K452. DOI: 10.1136/BMJ.K452.

PARTICIPANTS

The sample of 20 qualified midwives was heterogeneous with regards to age, educational level, professional experience, type of midwifery care provided, and setting (employed, caseload, education) in which they provided services.

FINDINGS

Three main themes were identified: Strengths and limitations of midwives' present professional profile (midwives' area of responsibility, range of services, and competency); lack of midwives and midwifery services; women's experiences of conflict in interprofessional care. Each main theme is broken down into several aspects of content. Many women are not aware of the scope of professional knowledge and expertise of midwives. Moreover, the poor delineation of midwives' and obstetricians' areas of competency in Germany's hospitals seems to be disadvantageous for the women. Midwives feel that due to context implications they cannot live up to the quality of midwifery care they aspire to. Lack of midwives results in midwives being overwhelmed, women underserved, and both disappointed.

CONCLUSIONS

IMPLICATIONS FOR PRACTICE

On the one hand, new models of midwifery/maternity care need to be developed to solve some of the existing problems; on the other hand, new forms of interprofessional cooperation and management of transition of care points are required. Overall it is important that changes are implemented in such a way that women are enabled, and welcome, to clearly state their preferences for midwifery and maternity care. Particularly in Germany, tertiary education of midwives is needed to broaden their expertise and place them on an equal footing with obstetricians.

Lohmann S, Mattern E, Ayerle GM

MIDWIFERY. 2018 FEB 10; 61: 53-62. DOI: 10.1016/J.MIDW.2018.02.005.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

attainment: réalisation
impaired: altéré
achievement: réussite

Midwives' perceptions of women's preferences related to midwifery care in Germany: A focus group study

OBJECTIVE

To explore how midwives perceive patient preferences related to midwifery care in Germany.

DESIGN

This qualitative study, which was part of a larger study, used a hermeneutic-interpretive approach and involved focus

group interviews with midwives. Data collection and analysis were done in a conjoined fashion between April 2015 and September 2016.

SETTING

Four focus group interviews were conducted in four different federal states of Germany.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

caseload: charge de travail
related: en relation
strengths: forces
lack: manque
are not aware of the scope: ne sont pas au courant
knowledge: connaissance
overwhelmed: débordées

COMMUNIQUÉ DE PRESSE → 26.02.18

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Le service sanitaire

Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé et Frédérique Vidal, ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation ont présenté le Service Sanitaire, le lundi 26 février 2018. Le service sanitaire s'adresse à tous les étudiants en santé avec pour but de les familiariser avec les enjeux de prévention en santé.

La prévention est au cœur de l'action du gouvernement. Pilier central de la stratégie nationale de santé, la politique de prévention doit irriguer de nombreux autres champs d'activité et s'intégrer dans des politiques publiques diverses.

La prévention passe notamment par la promotion de comportements favorables à la santé, dont l'impact sur la qualité de vie, sur la morbidité et sur la mortalité est démontré. Cet objectif est crucial parce qu'il est porteur d'amélioration de la santé mais aussi de justice. Aujourd'hui les différences d'espérance de vie, et généralement les inégalités sociales de santé sont trop importantes, et elles sont pour une part liées à un accès inégal aux comportements favorables.

La compétence à mener des actions de prévention et de promotion de la santé est donc cruciale et doit être largement partagée par de nombreux professionnels, au premier rang desquels les professionnels de santé.

Les cursus de santé restent trop orientés vers l'acquisition de connais-

sances, trop peu vers l'évaluation des compétences.

Dès 2018, seront inclus dans les maquettes de formation de 47 000 étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, kinésithérapie et soins infirmiers, un module de trois mois, incluant l'acquisition de ces compétences et des actions auprès de tous les publics. Dès 2018, les écoles, les EHPAD, les structures médico-sociales, verront arriver des jeunes formés, motivés, se destinant à un métier de la santé, et prêts à partager leur savoir, à convaincre, à engager le pays dans le défi de la prévention.

Le rapport remis par le Professeur Vaillant montre une large adhésion des étudiants et des formateurs, et l'existence d'expériences qui peuvent dès ce mois de mars évoluer et prendre la valeur d'expérimentations du service sanitaire. Leur retour d'expérience enrichira une réflexion et permettra un déploiement à grande échelle en 2018 et pour toutes les formations en 2019.

PLUS D'INFORMATIONS

<http://solidarites-sante.gouv.fr>

COMMUNIQUÉ DE PRESSE → 14.03.18

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

L'universitarisation des formations en santé

Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, et Frédérique Vidal, ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, lancent mercredi 14 mars le comité de suivi du processus d'universitarisation des formations en santé, à l'occasion de la remise du rapport réalisé par Stéphane Le Boulter, missionné par les ministres l'été dernier.

L'universitarisation des formations en santé est un sujet ancien et crucial, que nos voisins européens ont su saisir : l'inclusion de ces formations dans l'université permettra le développement de la recherche, par exemple en sciences infirmières, en réadaptation et en maïeutique. Il s'agit de faire en sorte que les étudiants en santé puissent apprendre à coopérer dès les bancs de l'université et bénéficient des mêmes droits et des mêmes services que les étudiants inscrits dans un cursus LMD. Si plusieurs initiatives ont vu le jour grâce à la mobilisation

d'acteurs locaux, l'universitarisation est loin d'être uniforme, tant dans les formations concernées et que dans les modalités choisies.

Le Gouvernement, avec les acteurs de la santé, souhaite impulser une nouvelle dynamique pour que l'universitarisation puisse devenir opérationnelle dans toutes les formations, sur l'ensemble du territoire, à compter des rentrées 2018 et 2019. C'est le rôle du comité de suivi qui sera installé le 14 mars.

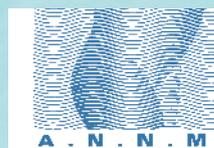
PLUS D'INFORMATIONS

<http://solidarites-sante.gouv.fr>

AGENDA EN BREF

- **16-17 MAI 2018**
BADEN (SUISSE)
1^{er} Congrès suisse de Périnatalité
Thème :
"Mythes et faits".
perinatalkongress.ch
- **22-23-24-25 MAI 2018**
MARSEILLE
46^{es} Assises Nationales des Sages-Femmes
assises-sages-femmes.eu
- **31 MAI AU 2 JUIN 2018**
Hôtel Fairmont MONTE CARLO
Gyn Monaco 2018
gyn-monaco.com
- **4 JUIN 2018**
PARIS 7^e
Journée à thème du Collège National des Sages-Femmes de France
cerc-congres.com
- **7-8 JUIN 2018**
POITIERS
Journées d'études de l'Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales
ansft.org
- **14 AU 16 JUIN 2018**
SAINT-MALO
7^e Congrès International Emergences
Hypnose et Douleur
hypnoses.com
- **27-28 SEPTEMBRE 2018**
PARIS 3^e
Forum Sein 2018
eska.fr
- **15 NOVEMBRE 2018**
PARIS
Journée Mondiale de l'Acupuncture (Maison de l'UNESCO, Paris)
- **16-17 NOVEMBRE 2018**
PARIS 15^e (UIC-P)
46^{es} Journées
Jean Cohen
eska.fr
- **16-17 NOVEMBRE 2018**
PARIS
Congrès International de l'acupuncture - WSCDA (Cité des Sciences, Paris)
cerc-congres.com
- **26-27 NOV. 2018**
PARIS
JPU 2018 (Journées Post-Universitaires)
apsf.fr
- **29-30 NOV. 2018**
MONTPELLIER
12^e Congrès national de la Société Francophone de Tabacologie
Thème : La tabacologie au cœur de la santé
societe-francaise-de-tabacologie.com

Association Nationale Natation & Maternité



PIONNIÈRE DEPUIS 1977

Programme et inscription

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

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

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

Formations bi-annuelles

PROCHAINES FORMATIONS

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

▷ Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes

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



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

POITIERS
7 et 8 juin 2018

**L'accompagnement
en prénatal, entre
prévenir et protéger:
quelle bienveillance
possible ?**

- > **ADRESSE**
Atelier Canopé 86
Chapelle des Augustins
6 rue St Catherine - 86000 POITIERS
- > **POUR TOUT RENSEIGNEMENT**
ANSFT - Deininger Johanne
Champ la chau - 05400 Rabou
Tél. : 06 32 24 46 47
- > **COURRIEL**
formation.ansft@gmail.com
- > <http://www.ansft.org>

Programme

JOURNÉE DU 7 JUIN

**"Quand l'Information
Préoccupante Périnatale
(IPPrénat) s'impose dans
l'accueil de l'enfant"**

- 8 h 15 Accueil - café
- 9 h 00 - 9 h 30 **Ouverture des 29^{es} Journées.** Bruno BELIN, Président du Département de la Vienne - Micheline BOIVINEAU, Présidente de l'ANSFT
- 9 h 30 - 10 h 00 **La maltraitance fœtale.** Dr Anne-Laure SUTTER, Psychiatre et pédopsychiatre UMB Bordeaux
- 10 h 00 - 10 h 15 **Origine du dispositif IPPrénat.** Louizette DADU et Cécile WALLART, Sages-femmes du Département de la Vienne
- 10 h 15 - 10 h 30 **Suivi en prénatal: jongler entre accompagnement et évaluation.** Cécile SIMON, Sage-femme du Département de la Vienne
- 10 h 30 - 10 h 45 Échanges avec la salle
- 10 h 45 - 11 h 00 Pause
- 11 h 00 - 11 h 30 **Rédaction d'une IPPrénat.** Dr Agnès CHAUVET-BARON, Gynécologue-obstétricienne du Département de la Vienne
- 11 h 30 - 11 h 45 **L'annonce au couple.** Laurent HERVIER, Responsable de la Maison

Départementale de la Solidarité de la Vienne - Myriam BENOIT, Sage-femme du Département de la Vienne

- 11 h 45 - 12 h 00 Échanges avec la salle
- 12 h 00 - 14 h 00 Repas libre
- 14 h 00 - 14 h 40 **Le temps à la maternité: 2 témoignages à la maternité du CHU de Poitiers.** Dr Violette CHANGEUR, Pédiopsychiatre Maternité et CMPEA Poitiers - Emmanuelle GONNORD, Assistante sociale du CHU Poitiers à la maternité du CH de Châtelleraut - Takako IRI, Sage-femme coordinatrice à Châtelleraut
- 14 h 40 - 15 h 00 **En cas de placement, coordination de la prise en charge de l'enfant et de ses parents.** Estelle RUSSELL, Coordinatrice PMI-ASE du Département de la Vienne
- 15 h 00 - 15 h 15 Échanges avec la salle
- 15 h 15 - 15 h 30 Pause
- 15 h 30 - 15 h 50 **Le temps d'accompagnement et d'évaluation par la pouponnière.** Jean PUYO, Responsable de l'IDEF petite enfance 86
- 15 h 50 - 16 h 10 **Bilan.** Dr Agnès CHAUVET-BARON, Gynécologue-obstétricienne du Département de la Vienne
- 16 h 10 - 16 h 30 Échanges avec la salle

JOURNÉE DU 8 JUIN

"Analyse de la pratique"

- 9 h 00 - 10 h 00 **Étude d'une 1^{re} situation clinique.** Cécile SIMON, Sage-femme du Département de la Vienne - Dr Françoise MOLENAT, Pédiopsychiatre du CHU Montpellier
- 10 h 00 - 10 h 15 Échanges avec la salle
- 10 h 15 - 10 h 30 Pause
- 10 h 30 - 11 h 30 **Étude d'une 2^e situation clinique.** Cécile WALLART, Sage-femme du Département de la Vienne - Dr Françoise MOLENAT, Pédiopsychiatre du CHU Montpellier
- 11 h 30 - 12 h 00 Échanges avec la salle
- 12 h 00 - 13 h 30 Repas libre
- 13 h 30 - 16 h 30 **Compagnie Noctulus Théâtre** (théâtre interactif en milieu professionnel)
- "Et les émotions dans tout ça ?"
Le ressenti des professionnels.

Jeudi 7 juin à 18 h 30 - Archives Départementales de la Vienne - 30 rue des Champs-Balais - Poitiers
CONFÉRENCE "Au service des mères et des enfants: "l'invention" des sages-femmes au XIX^e siècle"

Présentée par Nathalie Sage Pranchère, archiviste paléographe, agrégée et docteure en histoire, auteure de "L'école des sages-femmes. Naissance d'un corps professionnel (1786-1917)", Tours, PUF, 2017.
Inscription jusqu'au 18 mai 2018 à l'adresse mail : archives@departement86.fr (indiquer "inscription conférence de sages-femmes")

**SÉLECTION
2018**

MASTER SANTÉ PUBLIQUE PARCOURS PÉRINATALITÉ MANAGEMENT ET PÉDAGOGIE (P.M.P)

- > **M1:** Enseignement eLearning
- > **M2:** Enseignement eLearning + présentiel

Dossier de candidature

QRM - Projet de formation

<https://www.sante-pub.u-nancy.fr/candidature/>

Date de clôture du dépôt du dossier de candidature

30 AVRIL 2018

Contacts:

master.pmp@u-bourgogne.fr

Karine GOUESLARD,
Responsable Pédagogique
☎ 03 80 39 34 98

Isabelle MARIE
Secrétariat
☎ 03 80 39 34 66



FORMATIONS ANSFL 2018

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

TARIFS, DATES, ADHÉSION www.ansfl.org

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

ÉCHOGRAPHIE ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE

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

LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE GYNÉCOLOGIE DE PRÉVENTION

Intervenante: Annie Sirven (SF)
Lieu: St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
• Session I: Date: 16-17-18 oct 2018
• Session II: Date: 2019
(Pré-requis: session I)

L'INSTALLATION EN LIBÉRAL

Intervenante: Laurence Platel (SF).
Date: site www.ansfl.org

LA PRATIQUE LIBÉRALE: CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS

Intervenante: Laurence Platel (SF).
Date: site www.ansfl.org

INITIATION À LA PENSÉE CRITIQUE LES SAGES-FEMMES

Intervenante: Amélie Battaglia (SF)
Date: 5-6 juin 2018 - Lieu: Tours

LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES À BAS RISQUES

Intervenante: Amélie Battaglia (SF)
Date: 2^e sem 2018 - site www.ansfl.org

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

Intervenante: Nicole Andrieu (SF)
• Session I
Date: 17-18 sept 2018
Lieu: Paris 14^e

EUTONIE: RÉÉDUCATION EN POSTNATAL

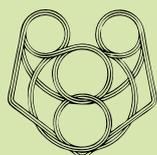
Intervenante: Martine Gies (SF)
Lieu: St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
• Session I: Découverte
Date: 5-6 avril 2018
• Session II: Les pathologies urinaires
Date: 21-22 juin 2018 (Pré requis: session I)
• Session III: Retrouver la mobilité et le dynamisme
Date: 27-28 sept 2018 (Pré requis: session 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: Périnatal
Date: 27-28 sept 2018 - Lieu: Marseille
• Session II: Postnatal
Date: 24-25 janvier 2019 - Lieu: Marseille

Toutes nos formations: FIF-PL

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



Formations en haptonomie

CIRDH FRANS VELDMAN

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

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

• Accompagnement haptonomique pré et post-natal

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

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

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

• D'autres formations sont orientées vers les divers secteurs de la santé (l'accès est déterminé en fonction de la profession exercée):

Haptopsychothérapie, haptosynésie, haptopédagogie, haptopuériculture®.

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

RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTIONS

Tél. : 01 42 01 68 20

Mail : cirdhfv@haptonomie.org

www.haptonomie.org



Pratiquer dès le lendemain du séminaire



Institut
Naissance
& Formations



Calendrier
2018

Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh

Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

PROGRAMME EN 3 ÉTAPES

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

Niveau 1 • Nanterre (92) - Espace Chevreul

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

• St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse

Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine

- du 10 au 13/09/2018 et du 8 au 11/10/2018

• Vergèze (30) - La Clé des Chants

Formatrice: Corinne Roques

- prochaines dates à venir

Niveau 2 • Vergèze (30) - La Clé des Chants

Formatrice: Corinne Roques

- du 11 au 14/09/18 et du 9 au 12/10/2018

• St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse

Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine

- du 1^{er} au 4/10/2018 et du 12 au 15/11/2018

• La Réunion - Cogohr

Formatrice: Corinne Roques

- Novembre 2018: dates à définir

• Nanterre (92) - Espace Chevreul

Formatrice: Anne-Françoise Sachet

- prochaines dates à venir

Travail Corporel en Rééducation Périnéale

- Durée: 4 jours
 - Pré requis: activité en rééducation périnéale
- Formatrice: Corinne Roques

Programmation en région possible. Nous contacter.

Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

- Durée: 3 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale

• Nanterre (92) - Espace Chevreul

Formatrice: Anne-Françoise Sachet

- du 17 au 19 septembre 2018

Renseignements auprès de Jocelyne Dallem

☎ 03 89 62 94 21 - ✉ cmp.info@free.fr

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

🌐 www.institutnaissanceetformations.fr

Prises en charge possibles: DPC - FIF-PL



N'féraïdo®
modelages
la accompagnant
Bientraitance

OUI
À LA BIEN TRAITANCE
OBSTÉTRICALE

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 : 5 au 7 nov 2018

Cycle II : 8 au 10 nov 2018

* D.Jacquin D.O.

Dates Agen

Cycle I : 11 au 13 avril 2018

Dates Fribourg

Cycle II : 4 au 6 mai 2018

Volet uro-gynécologique**

Rééducation manuelle par voie externe

Modelages : Bassin, organes pelviens & périnée

Dates Paris

8 au 10 octobre 2018

Dates Agen

16 au 18 mai 2018

** Francine Augère S.F.

Contact et intervenant

Dominique Jacquin, OSTÉOPATHE D.O.

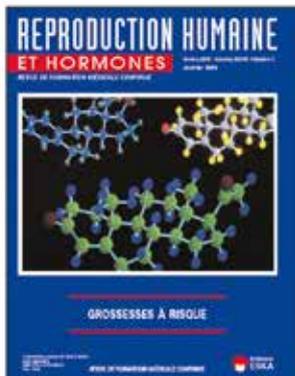
Tél. : 05 62 28 39 94

www.nferaido.com



LA MÉDECINE AUX ÉDITIONS ESKA

LES REVUES MÉDICALES



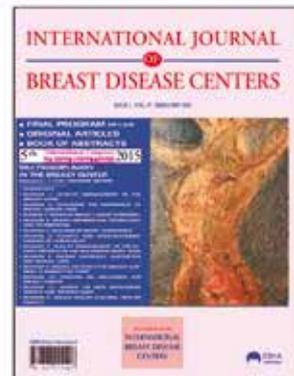
REPRODUCTION HUMAINE ET HORMONES (RHH)
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



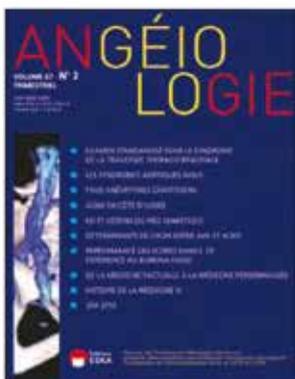
LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE
11 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



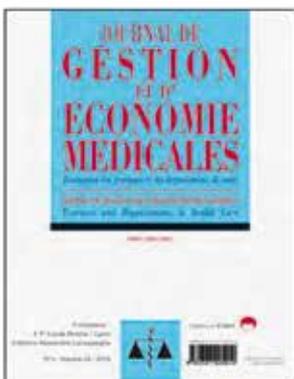
CANCERS AU FÉMININ
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



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



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



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

CFEE

Des revues éditées par les Editions ESKA

ESKA-CFEE : N° 11753436775
Inscription à adressée à la CFEE
aux Editions ESKA CONGRÈS :
Serge KEBABTCHIEFF
Fanny GASMAN
Olivier PAUL-JOSEPH
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35

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

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

TARIF D'ABONNEMENT 11 NUMÉROS PAR AN

Abonnement Particulier	Plein tarif	Étudiant(e)s* Retraité(e)s*
FRANCE	79,00 €	43,00 €
D.O.M.	84,00 €	53,00 €
EUROPE OCCIDENTALE	92,00 €	55,00 €
T.O.M./ÉTRANGER	94,00 €	58,00 €

* Joindre attestation.

Abonnement collectif de service 156,00 €

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

ABONNEMENT 2018

VOS COORDONNÉES

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

Nom Prénom

Adresse

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

Pays Téléphone

E-mail

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

s'abonne aux **Dossiers de l'Obstétrique**
Éditions ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35 - Email : adv@eska.fr

Renvoyer le coupon à : Dossiers de l'Obstétrique - Éditions ESKA - 12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris - T. 01 42 86 55 65 - F. 01 42 60 45 35



Charte
éthique de bonne
pratique

Unité d'enseignement Hypnose médicale et périnatalité

Aucun pré-requis

- Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 1 **5 jours / 35 H**
- Hypnose conversationnelle à l'usage de la sage-femme **3 jours / 21 H**
- Autohypnose pour la prévention des douleurs, de l'anxiété et du stress **4 jours / 28 H**

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

- Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 2 **5 jours / 35 H**
- Analgésie, anxiolyse, confort et situations d'urgence **3 jours / 21 H**
- Hypnose de groupe et préparation à la naissance **4 jours / 28 H**
- Hypnose Outils d'accompagnement du couple et de la parentalité **3 jours / 21 H**
- Hypnose Développer l'utilisation du sensoriel **2 jours / 14 H**
- Quickstart en hypnose **3 jours / 21 H**
Clés et leviers pour un usage facile de l'hypnose

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
comprenant la certification Technicien

Retrouvez toutes nos formations, lieux & dates sur www.medicformation.fr



contact@medicformation.fr



01 40 92 72 33



GRANDIR NATURE

Votre partenaire de confiance pour accompagner les mamans allaitantes

Numéro dédié aux professionnels : 03 88 50 07 99



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

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



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

Consultante-lactation@grandir-nature.com



NUMÉRO DÉDIÉ AUX MAMANS
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert 0 800 622 833

DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H15 À 19H00



GRANDIR NATURE

aider les mamans



leblogallaitement.com

www.grandir-nature.com

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

² LPPR : code 1105712 (12,07€) pour la location hebdomadaire ; code 1140252 (6,04€) pour le set de pompage simple. Grandir Nature est un prestataire conventionné N° FINESS 672656030