



MAÏEUTIQUE Enquête de satisfaction: information sur la mobilisation et les positions d'accouchement

PÉDIATRIE Le jeune enfant et les écrans - 2^e PARTIE

GYNÉCOLOGIE/OBSTÉTRIQUE **DOSSIER** • Représentations sociales et culturelles de la gémellité • Caractéristiques et particularités • Langage des jumeaux • L'E.P.P. dédié à la grossesse gémellaire

SANTÉ PUBLIQUE Les soins gradués sont-ils des soins dégradés ?

SCIENCES HUMAINES Approche historique de l'évolution des Écoles de sages-femmes en France

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES Traque-VFF: méthodologie et premiers résultats

HISTOIRE Les femmes et les mères du Bassin minier Lensois durant la Grande Guerre - 3^e PARTIE

Avec la Suite PHENIX passez en mode confort

Trois solutions complémentaires : surveillance de grossesse globale et cohérente, rééducation périnéale et gestion administrative et médicale de vos données patientes.



PHENIX MONITO LE MONITORING SANS FIL

Grand écran, grossesses multiples, imprimante thermique... Facilitez votre quotidien !

À PARTIR DE
96 € TTC/MOIS*



PHENIX Micro RÉEDUCATION PÉRINÉALE SANS FIL

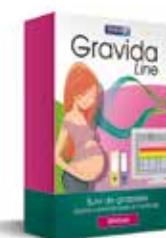
Assistant thérapeutique, dossier favoris... Optez pour la facilité.

124 € TTC/MOIS*

LOGICIEL DE SUIVI DE GROSSESSE GRAVIDA LINE

Un seul outil informatisé pour toutes vos fiches patientes.

499 € TTC**



* Offre valable pour une durée de 36 mois, selon notre barème de financement en vigueur au 01/01/2018.

** Hors financement



**POUR L'ENSEMBLE DE VOTRE ACTIVITÉ
CHOISISSEZ LA MARQUE
DE L'EXCELLENCE !**

VIVALTIS

Leader mondial des appareils de rééducation périnéale, le bien-être des femmes est au cœur de la démarche VIVALTIS depuis 17 ans.

www.vivaltis.com

PHENIX®
VIVALTIS

02

TRIBUNE

Réaction à l'article "Comportements et postures : un enjeu pour l'allaitement maternel" paru dans les D.O. N° 477 de février 2018

MICHELE ROBERT

04

MAÏEUTIQUE

Enquête de satisfaction des femmes enceintes concernant l'information sur la mobilisation et les positions d'accouchement

CORALIE TREHU

08

PÉDIATRIE

Le jeune enfant et les écrans
2^e PARTIE

MARIE-ODILE DOMINGUES
& MONIQUE RIBOULET

16

GYNÉCOLOGIE | OBSTÉTRIQUE

Les représentations sociales et culturelles de la gémellité

FLORENCE CALMEIL

Caractéristiques et particularités de la gémellité

FLORENCE CALMEIL

Caractéristiques du langage des jumeaux

FLORENCE CALMEIL

L'entretien prénatal précoce dédié à la grossesse gémellaire

INTERVIEW DE SARAH MARINO

DOSSIER LA GÉMELLITÉ

28

SANTÉ PUBLIQUE

Les soins gradués sont-ils des soins dégradés ?

ISABELLE DERRENDINGER
ET SYLVIE MOREL

34

SCIENCES HUMAINES

Approche historique de l'évolution des Écoles de S-F en France

DOMINIQUE BONNET

36

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Art 5 : Tracer, repérer et accompagner au moyen d'un questionnaire utilisé dans les Hôpitaux de l'Est francilien (Traque-VFF) : méthodologie et 1^{ers} résultats

BERNARD MARC

40

HISTOIRE

Les femmes et les mères du Bassin minier Lensois durant la Grande Guerre -3^e PARTIE

JÉRÔME JANICKI

45

KIOSQUE

45

AGENDA EN BREF

46

FICHE TECHNIQUE

Histologie du col utérin

46

COMMUNIQUÉS

47

RECHERCHE

49

CONGRÈS & FORMATIONS

LES ANNONCEURS

C2 Phénix Vivaltis

C3 Pierre Fabre
Médicament

C4 Grandir Nature

03 Assises Nationales
des Sages-Femmes

09 Air Liquide

15 Matilia

19 DTF Médical

32 Mybubelly

33 Techmed

44 Journée à thème
du CNSF

49 Congrès de l'ANSFT

49 Association Nationale
Natation & Maternité

49 NFERAIDO

50 Institut Naissance
& Formation

50 ANSFL

50 Préparation Globale
à la Naissance

51 Médicformation

OURS

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF
Benoit LE GOEDEC, Sage-femme
Benoitgoedec@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.frPUBLICITÉ - 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

Dominique BONNET, Sage-femme enseignante au CHU de Toulouse

Florence CALMEIL, Orthophoniste

Isabelle DERRENDINGER, Directrice de l'école de sages-femmes de Nantes

Marie-Odile DOMINGUES, Éducatrice de Jeunes Enfants

Jérôme JANICKI, Docteur en Histoire des sciences de l'EHESS, Historien de la médecine

Bernard MARC, Service des Urgences Médico-Judiciaires (U.M.J.) du Grand Hôpital de l'Est Francilien, G.H.E.F., site de Marne-la-Vallée

Sarah MARINO, Sage-femme

Pauline QUIQUANDON, Sage-femme

Monique RIBOULET, Psychologue

Michèle ROBERT, Sage-femme

Coralie TREHU, Sage-femme

Sylvie MOREL, Sociologue



ÉDITIONS ESKA

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

Photo de couverture

Lupa Capitolina: louve avec Romulus et Rémus. Bronze, œuvre étrusque du V^e siècle av. J.-C. (les jumeaux sont un ajout du XV^e siècle). Sculpture en bronze, format 75 x 114 cm. Musée du Capitole, Rome. Photo Wikipedia.

**POUR VOUS ABONNER,
RETOURNEZ-NOUS LE
BULLETIN EN PAGE 52.**

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 : Mai 2018

Réaction à l'article “Comportements et postures : un enjeu pour l'allaitement maternel” paru dans *Les Dossiers de l'Obstétrique* N° 477 de février 2018

PAR **MICHELE ROBERT**, SAGE-FEMME

POUR **MARIE TOUZET**, KINÉSITHÉRAPEUTE ET
SIDONIE NYAMÉ, INFIRMIÈRE PUÉRICULTRICE
MATERNITÉ DE PORT-ROYAL.

J'ai lu avec attention votre article paru dans *Les Dossiers de l'Obstétrique*, N° 477 de février 2018. Effectivement, les comportements et postures de la mère, du bébé, et des soignants, ont un impact sur l'allaitement maternel. J'ai été surprise que vous ne mentionniez pas la position « *biological-nurturing* » préconisée par Suzanne Colson, sage-femme-chercheur. Cette position consiste en deux mots à inviter la maman à être semi-assise, sur le dos, avec son bébé en position ventrale, de face. Bien plus facile que les positions madone, inversée ou pas, ballon de rugby, positions souvent douloureuses pour le dos, les épaules, et le périnée.

Il faut être curieux pour améliorer son métier. Par exemple l'idée, à Bogota, de mettre les prématurés en peau à peau plutôt qu'en couveuse. Puis celle d'en faire bénéficier tous les nouveau-nés.

C'est un progrès considérable pour la bien-traitance des bébés, de leurs mères et de leurs pères.

Progrès validé par la science puisqu'on sait que les constantes d'un nouveau-né en peau à peau sont meilleures qu'en couveuse, meilleure régulation de la température, meilleure saturation en oxygène, meilleur taux de cortisol, etc.

De même pour l'allaitement maternel. Suzanne Colson, qui a étudié les réflexes archaïques des bébés, a démontré que ses réflexes étaient adaptés pour l'allaitement. Mais, à condition de bien comprendre que si le bébé est en appui dorsal, ses réflexes archaïques peuvent contrarier la prise du sein, le bébé agitant ses bras et ses jambes ; le réflexe de fousissement ne peut se produire.

Par contre lorsque ce bébé est en position ventrale, de face, il est au mieux de ses compétences pour trouver le mamelon. Il y a, entre autres, une synergie entre l'appui des pieds, les mouvements des jambes et ceux de la nuque ; le réflexe de fousissement se produit spontanément.

Imaginons une primipare qui désire allaiter, on ne lui montre que des positions bébé en appui dorsal. Son enfant se débat, lui donne des coups de poing, des coups de pied, rejette sa tête en arrière, il crie. Cette maman se dit « *cet enfant ne veut pas de mon lait, il ne veut pas de moi* », la situation se répète, le bébé a faim, on lui donne un biberon. La mère pleure, et voilà le premier échec dans la relation avec son enfant. C'est malheureusement une situation courante en maternité !

La maman perd sa confiance en elle, à être la mère qu'elle souhaitait être.

Il faudra qu'elle porte toute sa vie de mère cet échec, même s'il y a « résilience ».

Cette position « BN » est très facile à réaliser, elle simplifierait beaucoup le travail des soignants en maternité, et aiderait les mères à être rapidement confiantes et autonomes.

Les auxiliaires-puer, les infirmières-puer, les sages-femmes, et les pédiatres n'ont souvent jamais entendu parler du « BN ». Les seuls soignants qui le connaissent, sont ceux qui se sont informés par eux-mêmes, qui sont sortis de leur routine, et font progresser leur métier. •

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 NOHOUZ (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 prématunité** - Caroline BROCHET (Paris)

＊ **Mesure de la longueur du col par échographie** - Florence BRETELLE (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 **SYMPORIUM 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 -----

ACTUALITÉS

14h00

＊ **RPC relatives aux prélèvements bactériologiques**

＊ **Herpès grossesse**

*Sous réserve de modifications

Responsables Scientifiques

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



CNEMA
Centre National d'Enseignement et de Formation des Accouchements et de la Maternité

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 Sages-Femmes de 500€** remis par le Comité Scientifique des Assises
- › **Le 1^{er} prix jelouemontrelait.com de 2000€** remis par la société AMA Santé
- › **Le 2^{ème} prix jelouemontrelait.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 Sages-Femmes - CERC-Congrès - 17 rue Souham - 19000 TULLE
Tél. : 05 55 26 18 87 - Mail : inscription@cerc-congres.com

Enquête de satisfaction des femmes enceintes concernant l'information sur la mobilisation et les positions d'accouchement

PAR CORALIE TREHU, SAGE-FEMME

INTRODUCTION

Depuis le XVII^e siècle, le décubitus dorsal pendant la deuxième phase du travail et la position gynécologique ont été considérés comme une norme par les soignants et les femmes. Cette position, souvent imposée, facilitait la surveillance de travail et le confort de l'accouchement^(1, 2). Néanmoins, des études démontrent que ce positionnement peut être néfaste pour la femme et pour le déroulement de l'accouchement.

Nous constatons que la mobilisation entraîne une diminution des interventions médicales autour de l'accouchement, une diminution de la durée de travail, une augmentation de la satisfaction des patientes sans augmentation significative de la morbi-mortalité maternelle et fœtale^(3, 4, 5, 6, 7). L'Organisation Mondiale de la Santé et le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français recommandent d'ailleurs ces pratiques^(8, 9). En effet, l'immobilisation ou l'utilisation de positions vicieuses peuvent entraîner des paresthésies dans le post-partum⁽¹⁰⁾. Néanmoins, selon une étude menée par l'Union Nationale des Associations Familiales en 2010, 36 % des femmes déclarent ne pas avoir pu bouger ou se positionner comme elles le souhaitaient⁽¹¹⁾. De plus, 52 % des femmes ne voulant pas d'analgésie péridurale (APD) en demandent une au cours du travail. Or, une étude de 2015 au sujet de ces femmes, démontre que le choix final est majoritairement influencé par l'organisation des soins⁽¹²⁾.

MOTS-CLÉS

Vecteurs d'information. Satisfaction. Accouchement. Étude descriptive.

Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) possèdent un rôle majeur dans l'apprentissage de ces postures⁽¹³⁾. Cependant, en 2010, seules 72 % des primipares et 30 % des multipares en ont bénéficié⁽¹⁴⁾. Ces séances sont délivrées dans 86 % des cas par des sages-femmes libérales⁽¹⁵⁾. L'apprentissage qui en découle est d'autant plus important que les femmes expriment une volonté de se réapproprier leur accouchement notamment au travers des projets de naissance^(16, 17). Néanmoins, selon des études récentes, 15 % des femmes avouent ne pas avoir osé demander des informations aux soignants et 95 % des femmes enceintes font des recherches d'informations au travers d'internet qui délivre parfois des informations erronées par manque de contrôle^(18, 19, 20, 21). Pourtant, les soignants doivent délivrer une information claire, loyale, appropriée et adaptée aux patientes^(22, 23).

L'objectif principal de cette enquête est donc d'évaluer la satisfaction des femmes concernant l'information qui leur est proposée autour de la mobilisation et des différentes postures d'accouchement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Objectifs

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer la satisfaction des patientes au sujet de l'information délivrée à propos de la mobilisation et des positions d'accouchement. L'objectif secondaire est de réaliser un état des lieux des ressources et outils utilisés pour délivrer cette information.

Hypothèses

Les patientes s'orientent plutôt vers les sages-femmes et les cours de PNP pour s'informer à propos de notre thématique.

Nous constatons de façon empirique que les informations délivrées par les

15 % des femmes avouent ne pas avoir osé demander des informations aux soignants et 95 % des femmes enceintes font des recherches d'informations au travers d'internet qui délivre parfois des informations erronées par manque de contrôle.

soignants sont souvent considérées comme inadaptées. Les femmes vont donc rechercher des compléments d'information. Les sites internet constituent la principale source utilisée mais ne possèdent pas de contrôle systématique. La validité des informations est donc problématique. D'une manière générale, la qualité de l'information disponible pour les femmes autour de la mobilisation et des différentes postures d'accouchement est très hétérogène et peut être inadaptée.

Recrutement de la population

Nous voulions réaliser une étude descriptive multicentrique dans deux maternités publiques de niveau 2A et 3 et deux maternités privées de niveau 2B et 2A. Les maternités privées ont refusé l'étude.

Les patientes ont été recrutées dans le service de suite de couches. Seules les patientes majeures, parlant français et ayant accouché à partir de 37 SA d'un enfant singleton vivant étaient incluses, à l'exception des césariennes programmées.

Collecte des données

L'étude s'est déroulée en deux temps entre avril et novembre 2016. Tout d'abord nous avons récolté 150 questionnaires à réponses fermées. Puis 10 entretiens semi-directifs ont été menés

pour affiner nos résultats, obtenus par les questionnaires, notamment en ce qui concerne la satisfaction. Les questionnaires et les entretiens ont été distribués et menés par la même personne. Pour les entretiens, nous avons sélectionné des patientes se déclarant « satisfaites » et des patientes exprimant une insatisfaction lors du recueil de données par questionnaire.

Les données recueillies par questionnaires ont été traitées par le logiciel Excel en utilisant des statistiques descriptives, le test du χ^2 de Pearson et le test exact de Fisher (le seuil de significativité retenu est $p \leq 0,05$). Celles recueillies par entretiens ont été retranscrites mot à mot puis analysées à l'aide d'une grille d'entretien.

RÉSULTATS

La moyenne d'âge est de 30,2 ans pour les questionnaires et de 31,4 ans pour les entretiens. Pour les questionnaires, il y a 43,33 % de primipares et 56,67 % de multipares. 4 primipares et 6 multipares ont accepté de répondre aux entretiens (Figure 1).

92 % des patientes ont rencontré une sage-femme pendant leur grossesse. Parmi elles, 54 % ont été informées sur la mobilisation pendant le travail et les différentes positions d'accouchement. L'information est principalement délivrée spontanément par les sages-femmes durant les cours de PNP en fin de grossesse (Figures 2 et 3). 55 % des patientes ont participé à ces cours et ont été significativement plus informées. 17 % des femmes n'ont reçu aucune information alors que dans trois quarts des cas elles auraient aimé être informées.

Parmi les femmes qui n'ont pas fait de séances de PNP, 73 % n'ont pas reçu d'informations « *je sais que ça doit être pendant les cours qu'on en parle mais bon ils auraient pu m'en parler pendant une consultation* ». Les informations majoritairement évoquées sont les avantages de la mobilisation pour soulager et accélérer le travail et les bénéfices des positions d'accouchement. Pour les patientes informées de ce qu'il pouvait se faire à la maternité, ces informations étaient souvent négatives mettant en avant le peu d'exploitation de la mobilisation et du positionnement en pratique « *elle m'a dit que ça ne se faisait pas en France à l'hôpital [...] ce ne serait pas nous qui allions choisir mais la sage-femme de l'accouchement* ». Dans 95,52 % des cas l'information était délivrée uniquement à l'oral.

Figure 1: Diagramme des flux

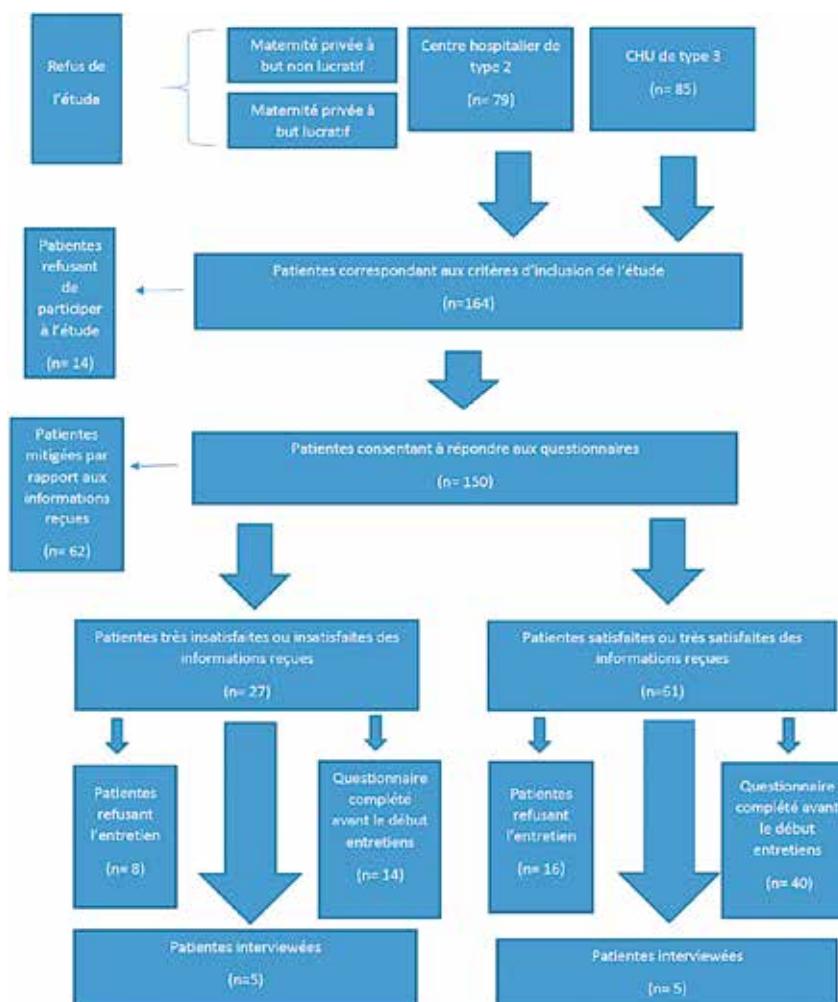


Figure 2: Lieu de la première information au sujet de la mobilisation et des positions d'accouchement.

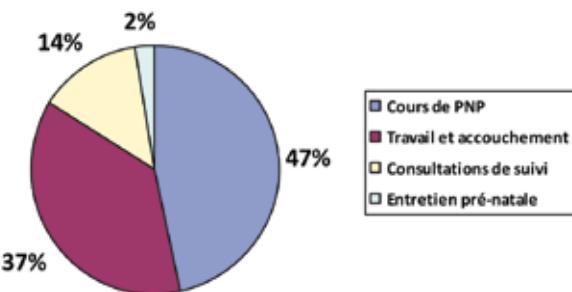
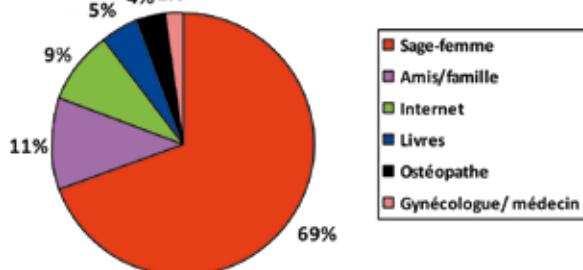


Figure 3: Origine de l'information des patientes



Cela explique le fait que 52,07 % des femmes sont allées chercher des informations complémentaires surtout par le biais de forums sur internet. Les patientes insatisfaites ou très insatisfaites par l'information donnée par les professionnels médicaux ont fait significativement plus de recherches.

Les recherches s'orientent selon trois axes principaux : des supports visuels, une information globale pour les femmes n'en ayant pas reçu et des informations sur la maternité choisie. Plusieurs patientes évoquent des informations erronées recueillies sur internet et expriment un doute sur la véracité des données obtenues par ce biais.

Par la suite, dans plus de 40 % des cas, l'équipe médicale n'a pas proposé aux femmes de se mobiliser avant la pose de l'APD et dans plus de 60 % elles sont restées immobiles sur le dos après la pose de cette dernière. L'immobilisation en décubitus dorsal est souvent associée à un mauvais vécu pour les patientes. Si un changement de position est proposé, il est rarement accompagné d'une information adaptée (moins de 20 % des cas). 94 % des femmes de notre échantillon ont accouché en position gynéologique, une alternative à cette position a été proposée dans 11 % des cas. Les patientes interviewées remarquent une absence de considération de leur avis : « *j'ai fait comme tout le monde, j'ai mis les pieds dans les étriers sans poser de questions* ». Au moment du travail et de l'accouchement, les patientes expriment dans 47 % des cas un manque de liberté dans le choix des positions. Les patientes ayant été mobilisé avant ou après la pose de l'analgésie sont significativement plus satisfaites que les patientes ne l'ayant pas été.

Les patientes souhaitent être informées à partir du 2^e trimestre, de manière orale avec un support écrit, peu importe le praticien qui suit la grossesse.

Dans 65 % des cas l'information délivrée par le professionnel de santé a répondu à la demande des femmes. Ces informations ont rassuré les femmes et leur ont permis de mieux appréhender l'accouchement. À l'inverse, les patientes qui n'en ont pas reçu expriment de la déception et sont allées rechercher significativement plus d'informations complémentaires. Dans plus de trois quarts des cas, l'information donnée par les soignants a été estimée claire et délivrée sur un laps de temps suffisant. Les patientes sont globalement mitigées à propos de l'information qui leur a été délivrée par l'équipe médicale avec une moyenne de 6,03/10 (Figure 4).

Les patientes désirent une information complète pour prendre pleinement part aux choix des positions. Elles souhaitent être informées à partir du 2^e trimestre, de manière orale avec un support écrit, peu importe le praticien qui suit la grossesse. Les thèmes qu'elles souhaitent aborder sont : les positions antalgiques, celles pour accélérer le travail et les différentes positions d'accouchement en adéquation avec ce qui est réalisable à l'hôpital. Elles dénoncent le paternalisme encore trop présent au moment du travail et de l'accouchement. « *On a l'impression d'être des marionnettes [...] ce n'est pas très agréable* ».

DISCUSSION

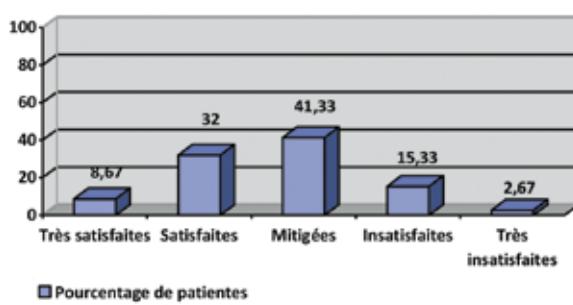
D'après la revue de littérature, 48 % des femmes enceintes n'ont pas accès aux cours de PNP⁽¹⁶⁾ et 71,5 % des femmes sont suivies par un médecin (gynécologue-obstétricien ou généraliste) pendant leur grossesse⁽²⁴⁾. Or, notre étude confirme notre hypothèse en démontrant que les informations sur notre thématique sont majoritairement délivrées lors des cours de PNP par des sages-femmes. Il y a donc un taux important de patientes qui risque de ne pas être informé du fait de leur suivi alors que tout soignant doit délivrer une information claire, loyale et appropriée⁽²²⁾. Notre étude démontre en effet que 17,33 % des femmes n'ont pas été informées durant leur grossesse ce qui valide notre hypothèse. Nous pouvons nous questionner sur le choix éclairé des patientes en ce qui concerne l'APD et les positions. D'autant plus que d'après l'étude nationale périnatale de 2010, 52 % des patientes qui ne voulaient pas d'APD en ont pris une durant le travail. Ces femmes expliquent que ce choix a été motivé par plusieurs facteurs en lien avec la mobilisation et le positionnement^(14, 24).

Les avantages de la mobilisation et des positions d'accouchement ont été évoqués dans respectivement 52 % et 35 % des cas par les soignants. De plus, des informations erronées, comme l'immobilité après la pose de l'APD et l'obligation d'accoucher en position gynéologique, sont transmises. Ces résultats, soulèvent le manque de prise en compte des données scientifiques actuelles et posent la question de la formation continue des soignants^(3, 6, 8, 9).

Les informations principalement abordées sont les positions antalgiques et celles qui favorisent la descente du mobile fœtal. Néanmoins, peu de positions évoquées par les soignants sont compatibles avec l'APD. Les positions verticales accessibles sous analgésie permettent pourtant de diminuer la durée du travail et des efforts expulsifs sans augmentation des complications^(3, 6).

Cette information partielle évoque une autonomie avant l'analgésie puis une dépendance auprès de l'équipe médicale. En effet, 47 % des patientes ne se sont pas senties libres de choisir leurs positions durant le travail. De plus, dans respectivement 44 % et 60 % des

Figure 4: Satisfaction des patientes au sujet de l'information reçue sur la mobilisation et les positions d'accouchement.



cas il n'a pas été proposé aux femmes de se mobiliser avant et après la pose de l'APD. 94,03 % des femmes ont accouché en position gynécologique.

Ces données vont à l'encontre des recommandations de plusieurs sociétés savantes^(8, 9). Les patientes utilisent des verbes passifs pour parler de leur vécu du positionnement qui est ressenti comme une obligation « *on se sent comme des marionnettes* ». Ces données sont à mettre en parallèle d'une étude de 2017 qui expose un sentiment fort de « *viol* » de la part des patientes lorsque leur avis n'a pas été pris en compte⁽²⁵⁾. Ce paternalisme est clairement souligné par les femmes.

Le manque d'information notable pousse les femmes vers d'autres sources d'information. Ainsi, comme évoqué dans nos hypothèses, 62 % des patientes utilisent internet pour cette recherche or il n'existe pas de vérification systématique des données véhiculées par cette plateforme^(20, 21). Les patientes évoquent une angoisse face à certaines informations retrouvées. Dans la majorité des cas, les femmes recherchent un support visuel et une information propre à la maternité où elles vont accoucher.

Concernant la satisfaction, les professionnels ont répondu à la demande des patientes dans seulement 65 % des cas. Nous constatons qu'une information globale et adaptée à la demande des patientes est associée à une satisfaction. À l'inverse, un manque d'information est associé à des sentiments négatifs comme la déception ou la frustration. Les femmes aimeraient une information adaptée à leurs besoins et à leur maternité d'accouchement, par tous les professionnels, avec un support visuel. Néanmoins, dans notre étude, moins de 5 % des patientes déclarent avoir été informées selon ces modalités qui correspondent aux recommandations^(22, 23). L'importance de cette information est mise en avant par une étude de 2012 qui démontre que l'existence d'une information préalable était liée à un nombre significativement plus important de femmes mobilisées⁽²⁶⁾.

Les résultats de notre enquête nous ont permis de répondre aux objectifs que nous nous étions fixés pour l'étude.

Article issu de mémoire de fin d'études - 2017.
Université de Versailles St-Quentin-en-Yvelines (78).

Ces données sont à mettre en parallèle d'une étude de 2017 qui expose un sentiment fort de « *viol* » de la part des patientes lorsque leur avis n'a pas été pris en compte.

CONCLUSION

L'information est principalement délivrée par les sages-femmes lors des cours de PNP. Il existe encore un taux non négligeable de patientes qui ne sont pas informées. Les patientes sont globalement mitigées en ce qui concerne les informations délivrées, ce qui les pousse à aller chercher des compléments d'informations par des sources non médicales qui véhiculent encore des informations erronées. Les femmes dénoncent encore un paternalisme de la part des professionnels. Par manque d'information, elles ne peuvent prendre pleinement part aux décisions. La formation continue prend toute son importance dans la mise à jour des connaissances des professionnels qui pourront délivrer aux patientes des informations à la lumière des données scientifiques actuelles. De plus, l'idée d'une patiente qui évoque la création, par des professionnels, d'un site internet national traitant de notre sujet semble intéressante à exploiter. •

RÉFÉRENCES

1. Mauriceau F. *Traité des maladies des femmes grosses, et de celles qui sont accouchées ; enseignant la bonne et véritable méthode pour bien aider les femmes en leurs accouchements naturels...* Hachette Livre BNF ; 2013. 562 p.
2. Morel M-F. *Histoire de la naissance en France (XVII-XX^e). Actualité et dossier en santé publique.* mars 2007 ; (61/62) : 22-8.
3. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. *Maternal positions and mobility during first stage labour.* Cochrane Database Syst Rev. 2013 ; 10 : CD003934.
4. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. *Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia.* In : Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd ; 2012 [cité 18 déc 2016]. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub3/abstract>
5. Gizzo S, Gangi SD, Noventa M, Bacile V, Zambon A, Nardelli GB. *Women's Choice of Positions during Labour : Return to the Past or a Modern Way to Give Birth ? A Cohort Study in Italy.* ResearchGate. 15 mai 2014 ; 2014 : 638093.
6. Moraloglu O, Kansu-Celik H, Tasci Y, Karakaya BK, Yilmaz Y, Cakir E, et al. *The influence of different maternal pushing positions on birth outcomes at the second stage of labor in nulliparous women.* J Matern Fetal Neonatal Med. 17 janv 2017 ; 30 (2) : 245-9.
7. Lepleur F, Hue B. *Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement.* 2013 ; 43 : 504-5013.
8. Organization WH. *Care in Normal Birth : Report of a Technical Working Group.* Geneva : World Health Organization ; 1997. 54 p.
9. CNGOF. *Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique [Internet].* 2008 [cité 5 oct 2015]. Disponible sur : 1. http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_083_racinet.pdf
10. Francini K, Ochsner F, Meyer S, Kuntzer T. *Atteintes nerf-muscle de la grossesse et du post-partum.* 2002 ; Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2002/RMS-2390/22141>
11. UNAF. *Regard des femmes sur leur maternité. Enquête périnatalité.* Paris ; 2010 mai.
12. Kpéa L, Bonnet M-P, Le Ray C, Prunet C, Ducloy-Bouthors A-S, Blondel B. *Initial Preference for Labor Without Neuraxial Analgesia and Actual Use : Results from a National Survey in France.* Anesth Analg. sept 2015 ; 121 (3) : 759-66.
13. HAS. *Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet].* 2005 [cité 30 nov 2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
14. Blondel B, Kermarrec M. *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003.* 2011 mai.
15. Observatoire national de la démographie des professions de santé. *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale.* Paris ; 2004. (La documentation française).
16. Brandon S, AL. *Early prenatal interview and antenatal education for childbirth and parenthood : Associated psychosocial and obstetric characteristics in women of the ELFE cohort.* Août 2015 ; 15.
17. Mougenez E, Villa D, Guillemain B, Thiebaugorges O. *Accouchement en décubitus latéral, un choix donné aux patientes dans une maternité de niveau III : expérience de la maternité de Nancy.* 2006 ; 145-53.
18. CIANE. *Souhait des femmes et vécu de l'accouchement.* 2012.
19. Bert F, Gualano MR, Brusaferro S, Vito ED, Waure C de, Torre GL, et al. *Pregnancy e-health : A multi-center Italian cross-sectional study on internet use and decision-making among pregnant women.* ResearchGate [Internet]. 26 sept 2013 [cité 15 déc 2016] ; 67 (12). Disponible sur : <https://www.researchgate.net/publication/257136116>
20. HONcode : *Principes - Information de santé de confiance et de qualité [Internet].* [cité 22 nov 2016]. Disponible sur : <https://www.hon.ch/HONcode/French/>
21. HAS. *Référentiel de bonnes pratiques sur les applications et les objets connectés en santé (Mobile Health ou mHealth).* 2016.
22. Code de la santé publique - Article L1111-2. Code de la santé publique.
23. HAS. *Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé.* 2012 mai p. 11.
24. Lupton D. *The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood : a focus group study.* BMC Pregnancy Childbirth. 19 juillet 2016 ; 16 (1) : 171.
25. Reed R, Sharman R, Inglis C. *Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions.* BMC Pregnancy Childbirth. 2017 ; 17:21.
26. Hue B, Lepleur F, Dugue A-E, Lamendour N, Riou C, Six T, et al. *Mobilisation et variations posturales maternelles pendant le travail et l'accouchement : enquête prospective observationnelle de 1 906 patientes au CHU de Caen.* Rev Médecine Péridinatale. 1^{er} mars 2012 ; 4 (1) : 23-30.

Le jeune enfant et les écrans

2^e PARTIE

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

Suite de l'article paru dans le D.O. N° 479 (Avril 2018).

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

Développement cognitif

■ Le langage

L'enfant a besoin de deux choses pour apprendre à parler : d'un système de perception et de production efficient mais également d'interactions et de stimulations verbales avec son entourage.

Avant qu'il ne puisse parler, on sait que le bébé active des régions cérébrales quand on lui parle, lui raconte une histoire et lui chante des comptines.

90 % des imitations verbales sont initiées par l'adulte qui sollicite la parole naissante de l'enfant. Lors du babilage, le bébé produit et reproduit des sons dans un dialogue tonique verbal avec l'adulte.

Le langage se construit à travers une communication réelle : intonation, tessiture, le regard, les mimiques, les expressions du visage.

Le nombre de mots entendus et prononcés par l'enfant avant 3 ans est un indicateur majeur des performances linguistiques à venir.

Un écran, ça parle mais ça ne s'adresse pas à l'enfant personnellement. On constate un ralentissement dans les apprentissages linguistiques chez l'enfant de 8 à 16 mois ; en effet, chaque heure quotidienne de vidéo soi-disant adaptée, se traduit par un appauvrissement du lexique de l'ordre de 10 %.

Le risque d'observer des retards de développement du langage est multiplié par 6 si l'enfant est exposé quotidiennement avant 1 an même à faible dose.

L'enfant n'apprend pas plus de mots face aux écrans.

EXEMPLE

72 enfants de 12 à 18 mois, sont placés 5 fois par semaine pendant un mois face à une vidéo commerciale dite éducative, de 40 minutes, 25 objets ordinaires sont présentés et nommés distinctement 3 fois (arbre, table, chaise).

Au terme de cette imprégnation massive, les enfants n'ont pas appris plus de mots que des sujets contrôles qui n'ont pas vu la vidéo.

De plus, quand la TV est allumée en arrière-fond, cela interfère de façon indirecte avec le développement du langage.

Les parents parlent moins et jouent moins avec leurs enfants. Cela diminue la quantité et la qualité de l'interaction verbale entre l'adulte et l'enfant.

Trop de bruits parasitent les perceptions de l'enfant, il n'a pas encore la capacité à trier et faire abstraction du bruitage environnant (TV, radio, ordinateur, dialogues familiaux) pour entendre, intégrer et répéter.

L'enfant est moins sollicité, on lui parle moins donc il parle moins et entend moins de mots.

Le déficit des échanges verbaux intrafamiliaux atteint 40 % si la TV est allumée en moyenne près de 6 heures/jour en bruit de fond.

■ L'attention

Plusieurs études établissent un lien clair entre la durée d'exposition aux écrans et les difficultés attentionnelles ultérieures, avec un effet cumulatif quand l'enfant grandit.

Chaque heure que le petit passe quotidiennement devant la TV avant 3 ans augmente de 9 % le risque d'avoir à 7 ans des problèmes d'attention, de concentration et de persévérance au cours d'une tâche.

Un enfant de moins de 3 ans consommant quotidiennement 1 heure de TV double ses risques de présenter un trouble de l'attention à l'école primaire.

Une mère dit ainsi : « *c'est n'importe quoi tout ça ! mon fils a 2 ans et demi et il est capable de rester concentré deux heures devant ses dessins animés. S'il avait des problèmes d'attention, il ne pourrait pas faire cela !* »

Effectivement, on observe curieusement une attention paradoxale chez l'enfant qui peut rester attentif longtemps devant la TV ou un écran, mais qui semble incapable de se concentrer plus de quelques secondes ou minutes sur un jeu, un puzzle.

Que se passe-t-il ?

Il y a deux systèmes d'attention distincts :

- **Un système d'orientation de la vigilance vers les stimuli lumineux externes (bottom up).** L'attention est accaparée par les caractéristiques de l'environnement qui la capturent en dehors de tout effort du sujet.
- **Un système de contrôle volontaire de la vigilance (top down)** qui fait intervenir la motivation, la tolérance à la difficulté, le besoin de présence de l'adulte par exemple. C'est l'attention dirigée que l'enfant maintient volontairement.

Les écrans excitent, voire épuisent, le premier système de l'attention alors qu'ils ne permettent absolument pas le développement du second, où il y a engagement volontaire de l'attention.

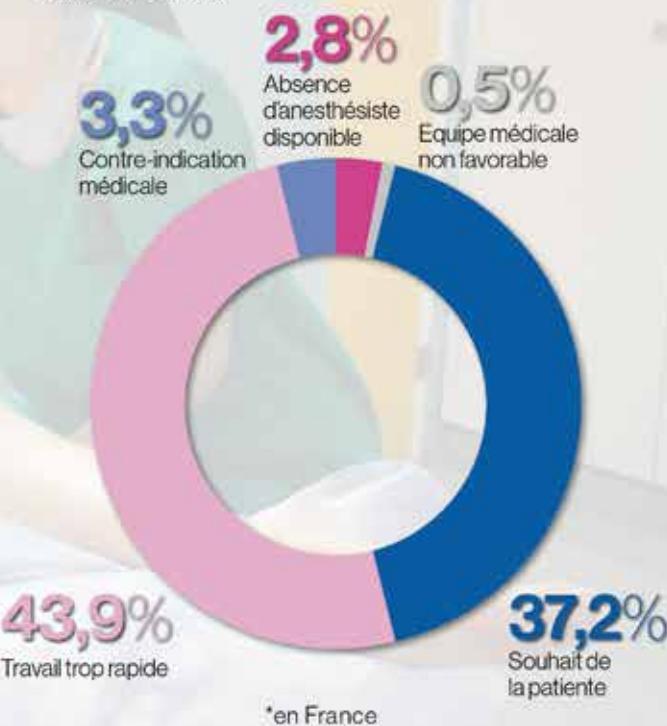
Ainsi, des parents consultent pour des problèmes attentionnels de leur enfant qui épouse chaque matin ses ressources

En France, **20%** des femmes accouchent **sans péridurale ou rachianalgésie**⁽¹⁾



Raisons invoquées pour un accouchement sans péridurale ou rachianalgésie⁽²⁾

Score ENS* ≥ 4 N (%)



*en France

> Quelle alternative ?
KALINOX™
le soulagement inspiré

Une thérapie analgésique bénéficiant d'une indication spécifique en obstétrique⁽³⁾:

Analgésie en obstétrique, en milieu hospitalier exclusivement, dans l'attente d'une analgésie péridurale, ou en cas de refus ou d'impossibilité de la réaliser⁽³⁾.

Références :

1 : HAS. Données épidémiologiques générales liées à la grossesse, Service des bonnes pratiques professionnelles / janvier 2012

2 : Le Ray C et al. Factors Associated with the Choice of Delivery without Epidural Analgesia in Women at Low Risk in France - Birth, 2008;35:171-8

3 : Résumé des Caractéristiques Produit KALINOX™, dernière mise à jour 13 janvier 2015.

Les mentions légales obligatoires sont disponibles sur la base de données publique des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>)

Visa N°17/10/67577233/PM/01

www.airliquidehealthcare.fr

« L'enfance, c'est le temps de la créativité et cette créativité s'élabore surtout à partir du jeu, du rêve et du temps perdu ».

cognitives par une bonne heure de dessins animés avant de quitter la maison.

La TV, allumée en arrière-fond, a pour effet direct de détourner l'enfant de ses activités.

Il est attiré par un stimulus sonore, il cesse de jouer pour regarder l'écran et quand, au bout de quelques secondes, il reprend son jeu, il ne reprend pas le jeu précédent et commence autre chose.

La TV en arrière-fond réduit la durée des épisodes de jeu, empêche l'attention soutenue et favorise l'attention flottante.

■ La passivité

Les petits sont dans un état de totale passivité devant la TV. Si vous mettez un bébé devant des images qui bougent, il va être capté; ça bouge, donc ça l'intéresse. L'image le sidère, il devient un otage visuel.

L'enfant a besoin d'interactions, de faire le lien action-réaction.

PAR EXEMPLE, quand le bébé sourit à un adulte, l'adulte lui sourit et il répond en retour avec un sourire. Une forme de dialogue s'instaure dans une spirale à rétroaction positive.

Devant l'écran, si le bébé sourit, la TV ou le personnage ne va pas lui sourire, il n'y a pas de réaction en retour, la boucle d'interaction est brisée.

La TV ne lui répond pas, ne s'adapte pas à lui, et le bébé est entraîné à être de moins en moins actif.

Rivé à l'écran, il est spectateur et non acteur, il ne crée rien.

Tony Lainé, psychologue, nous rappelle que « *L'enfance, c'est le temps de la créativité et cette créativité s'élabore surtout à partir du jeu, du rêve et du temps perdu* ».

La tablette donne l'illusion d'une présence, mais c'est froid et l'enfant a besoin d'affects pour devenir humain.

Rien ne remplacera jamais le face-à-face avec autrui.

Michel Desmurge, chercheur à l'INSERM, raconte :

« Une mère montre à son enfant de 1 an, une poupée; sur son ventre, il y a une fermeture éclair. Elle ouvre cette fermeture et là, elle trouve une clochette. L'enfant va imiter sa mère et trouver la clochette lui aussi.

Montrez la même scène en vidéo, l'enfant ne fera rien ».

Indépendamment du contenu, les écrans sont nocifs en raison de l'absence d'expériences qu'ils proposent.

Le petit enfant n'est pas mûr pour comprendre les images qu'on lui propose, il n'a pas besoin d'images animées.

Quant au contenu, l'enfant commence à l'appréhender vers 2 ans et demi. Avant, il ne voit que des successions de formes colorées et des personnages.

EXEMPLE. Pendant les cinq premières minutes de "Bambi", un adulte voit un faon qui vient de naître et tous les animaux de la forêt qui se rassemblent autour de lui alors qu'un jeune enfant voit un hibou faire les gros yeux, des lapins courir et une maman et son bébé...

Il ne fait pas le lien entre les images et ne comprend pas du tout que le hibou appelle les animaux de la forêt à venir voir la maman et Bambi. Il privilégie la forme sur le contenu et ne perçoit la cohérence du récit que beaucoup plus tard.

Il ressort clairement que les écrans représentent potentiellement un frein important au développement cognitif harmonieux du jeune enfant, au niveau du langage, de l'attention, et de la passivité.

Construction de l'image de soi et enkystement des identifications précoce

L'image de soi se construit dans la rencontre avec l'autre et dans le monde réel des interactions sociales.

Chez le bébé, le plus important ce sont les sensations et les émotions qu'il ressent et intérieurise pour construire son premier noyau de soi, son moi intérieur, et c'est dans cette direction que va s'exercer sur lui l'influence télévisuelle.

Reprendons l'exemple de l'interaction réelle entre un adulte qui sourit à un bébé – le bébé répond par un sourire – l'adulte lui renvoie un sourire... etc. et la communication est établie dans la reconnaissance de l'autre.

En revanche, si le bébé regarde un visage qui lui sourit sur un écran, il va lui sourire mais le visage ne va pas lui répondre en retour, la communication est brisée.

Le bébé va alors intérieuriser des relations avortées qui menacent les interactions sociales car le risque serait alors que l'écran constitue un miroir privilégié où l'enfant se noie dans son image, dans une situation d'être et ne pas être à la fois avec un autre.

Lorsqu'un enfant de moins de 3 ans regarde la télé, tout lui paraît si incompréhensible qu'il cherche avant tout à retrouver des repères sur lesquels s'appuyer.

Pour cela, il choisit bien souvent la solution d'attacher son attention à celui des personnages qui lui paraît le plus proche de lui par ses réactions. Comme les héros sont assez stéréotypés, l'enfant s'identifie finalement toujours au même modèle : celui qui commande ou bien celui qui est commandé, celui qui frappe ou bien celui qui est frappé...

En s'identifiant toujours au même profil de héros, l'enfant court le risque de renforcer un registre relationnel exclusif; il prend l'habitude de se percevoir d'une seule façon c'est-à-dire comme victime, comme agresseur ou comme redresseur de torts.

Le danger alors est qu'il adopte systématiquement la même attitude dans la réalité.

Lorsqu'un enfant de moins de 3 ans regarde la télé, tout lui paraît si incompréhensible qu'il cherche avant tout à retrouver des repères sur lesquels s'appuyer.

Le danger est que la fréquentation des écrans fige son développement identificatoire et l'enferme dans des comportements qui s'auto-renforcent.

Dès 3 ans, les enfants ont déjà des profils psychologiques marqués ; certains se perçoivent comme des dominants et agresseurs potentiels, d'autres comme des victimes craintives, et d'autres comme des redresseurs de torts. Du coup, on assiste aujourd'hui à des attitudes d'intolérance à la frustration, d'impulsivité, voire de violence, qui étaient pratiquement inconnues il y a dix ans.

Dans le réel, l'enfant répète les attitudes et les comportements observés dans son entourage. Il imite ses parents, mais il sait qu'il n'est pas un adulte,

« *Il joue à... il fait comme si... on dirait que...* », c'est un jeu de faire semblant, il sait que ce n'est pas vrai mais prend plaisir à s'inventer des histoires (faire la cuisine, bricoler, promener un bébé, etc.) et son imagination est débordante !

Plus l'enfant peut imiter pour de faux, moins il est menacé par la tentation d'imiter pour de vrai en se comportant comme agresseur ou victime ; plus il va jouer à faire semblant, mieux il pourra surmonter la frustration, car il existe une corrélation directe entre la capacité de faire semblant et celle de gérer les situations décevantes.

Une Recherche-Action menée en partenariat avec l'Enseignement public, privé et la Fondation de France en 2007-2008 sur Gonesse et Argenteuil a proposé le *“Jeu des trois figures”* à des enfants d'école maternelle afin de tester l'efficacité d'action des jeux de rôle.

LE JEU DES TROIS FIGURES

Les enfants sont invités par leurs enseignants à jouer les situations d'images qui les ont bouleversés, d'abord en choisissant la place qu'ils désirent, puis en jouant chacune des autres (agresseur, victime, redresseur de torts).

Ainsi, l'enfant qui a tendance à s'enfermer dans un certain profil de victime est invité à éprouver un autre profil possible et à l'expérimenter, et se décolle ainsi de ses identifications enkystées.

Ce *“Jeu des trois figures”* a reçu le soutien de la direction générale de l'enseignement scolaire et constitue un outil au plan de lutte contre le harcèlement scolaire.

Il existe en France, Suisse et Belgique, et plusieurs académies ont mis en place une formation afin que tous les enseignants de Maternelle qui le désirent puissent être formés.

Une équipe canadienne s'est intéressée au lien pouvant exister entre l'usage de la TV à l'âge de 2 ans et les compétences sociales des enfants dix ans plus tard.

Dès 3 ans, les enfants ont déjà des profils psychologiques marqués ; certains se perçoivent comme des dominants et agresseurs potentiels, d'autres comme des victimes craintives, et d'autres comme des redresseurs de torts.

ÉTUDE RÉALISÉE PAR UN PÉDIATRE ALLEMAND SUR 1 900 ENFANTS DE 5 À 6 ANS

Enfants qui regardent la TV moins d'1 h par jour



Enfants qui regardent la TV plus de 3 h par jour



La recherche a démontré que chaque tranche de 53 minutes de TV chaque jour, à l'âge de 29 mois est liée à une augmentation de 11 % du risque d'intimidation par les autres élèves, une fois en classe de 6^e.

Pour ces enfants, la sociabilisation est plus difficile. Les interactions familiales sont diminuées, le développement des fonctions cérébrales permettant la régulation des compétences sociales est réduit, ainsi que le contact visuel avec les autres, qui est primordial dans le développement des interactions sociales.

Pour montrer un exemple de la manière dont l'enfant va être en capacité de construire une image corporelle, le dessin est un outil : étude par un pédiatre allemand sur 1 900 enfants de 5 à 6 ans (cf. ci-dessus).

Le sommeil

Le sommeil est essentiel pour la santé somatique, émotionnelle et cognitive de l'enfant.

La durée du sommeil est en constante diminution, à raison de 90 à 120 minutes sur les trente dernières années, alors que notre besoin biologique est resté le même.

Plus un individu regarde la TV, moins il dort et plus son sommeil est altéré.

L'exposition aux écrans affecte le sommeil et la présence d'écrans dans la chambre de l'enfant est immensément corrélée à la qualité de sommeil et à sa quantité (que ce soit TV, console de jeux ou ordinateur ou musique, mais... pas la lecture).

Les écrans d'ordinateurs, de tablettes et de téléphones diffusent de la lumière dite « bleue » avec faible longueur d'onde et haute énergie. Cette lumière bleue participe à la régulation du rythme circadien, mais l'excès de stimulation visuelle le soir pourrait le troubler en faisant croire que le jour est encore là, alors que c'est la nuit. Cela nous aide à comprendre les difficultés d'endormissement de certains enfants !

De plus, la lumière bleue des écrans pourrait léser la vision à long terme et sa toxicité constitue un facteur aggravant de la DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge).

S'endormir, c'est se retrouver avec soi-même, loin des stimulations, de la présence d'autrui.

L'enfant se détend, se laisse aller, et peu à peu s'endort.

Pour faciliter son endormissement, l'enfant a besoin d'être rassuré, accompagné, par la mise en place de rituels

(histoires, câlins) afin de finir sa journée dans la détente et le plaisir partagé avec un ou deux parents.

Cet accompagnement est un facteur important pour la facilité d'endormissement de l'enfant.

C'est pourquoi, les programmes d'endormissement existants, apparaissent inadéquats voire néfastes. En effet, ils incitent les parents à ne plus instaurer de rituel de coucher.

À deux heures du matin, la TV peut être toujours allumée car les chaînes spécialisées diffusent des images censées pouvoir calmer l'enfant qui se réveille.

Troubles alimentaires

Le bébé est, dès le début de sa vie, un être de relation qui ne peut se contenter de voir satisfaits ses besoins primaires de manière mécanique ; il lui importe de vivre ses expériences de soins dans des conditions relationnelles satisfaisantes.

Cela suppose que la personne qui le nourrit soit disponible à lui, le regarde comme un être humain, qu'elle soit attentive à ses attitudes et puisse s'y adapter.

Le repas devrait être le moment où se rencontrent deux plaisirs : celui de l'adulte à donner et celui de l'enfant à recevoir.

Selon le Syndicat Familial des Aliments de l'Enfance (enquête auprès de 1 188 familles) 29 % des enfants de moins de trois ans sont souvent devant un écran lors des repas.

La TV distrait les enfants qui avalent machinalement le repas sans le savourer et sans se rendre compte de ce qu'il avale (amputer des expériences de saveurs).

Comme pour l'histoire du pot, c'est couper son attention de ses propres fonctions corporelles, c'est renier son corps, c'est en faire un « corps machine ».

Une fois de plus, l'attention de l'enfant est détournée d'expériences qui lui montrent que son corps lui appartient.

Il nous semblait important de faire un comparatif des apports différents et complémentaires.

LE LIVRE ET LES ÉCRANS

Avec le numérique, il nous faut apprendre. Apprendre à voir le monde autrement, apprendre à naviguer entre la culture du livre et celui des écrans, toutes les deux sont les témoins et le relais des capacités humaines qui ont toujours existé : la pensée narrative et la pensée spatialisée.

Le livre favorise l'identité unique : un lecteur est seul devant un seul livre écrit par un seul auteur.

L'écran, c'est la culture du multiple : plusieurs personnes sont réunies devant plusieurs écrans dont les contenus ont été créés par des équipes. Et même lorsque chaque usager est isolé devant son propre écran, la culture des écrans réunit ensemble tous ceux qui les regardent en même temps.

Le livre propose une relation verticale au savoir, celui qui écrit le livre enseigne celui qui lit.

L'écran propose une relation horizontale au savoir : il y a un réseau qui partage des connaissances et son modèle est l'encyclopédie *Wikipédia*.

Le livre est composé une fois pour toutes, pour l'éternité, il est protégé par sa reliure et sa dorure sur tranches, il se conserve et il se veut définitif.

L'écran a un contenu provisoire : tout est imprévisible et peut être modifié.

“... L'enfant qui regarde des images violentes apprend donc les gestes de la violence et les mémorise ; cela augmente son agressivité. L'enfant qui regarde la TV avant 3 ans devient plus agressif.”

Le livre favorise la pensée linéaire qui est organisée par la succession des mots, des lignes, des paragraphes et des pages.

La pensée du livre est construite autour d'une logique de succession et de construction narrative.

Dans toute histoire, il y a un avant, un pendant, et un après ; c'est ce qu'on voit tout de suite quand on tourne les pages, il y a à gauche le volume des pages déjà lues et à droite le volume des pages encore à lire.

L'écran favorise la pensée non linéaire, c'est-à-dire en réseau ou circulaire, les récits peuvent se réorganiser, s'effacer et réapparaître au gré des intentions de l'auteur.

Le livre encourage la mémoire événementielle et l'ancre dans le temps avec les récits et les images ; le livre est naturellement un support d'apprentissage.

L'écran encourage la mémoire de travail : maintenir, croiser, comparer, manipuler des infos et des documents permet de la cultiver chez l'enfant et de la rendre plus efficace. **Il encourage l'innovation et la capacité à s'ajuster aux changements.**

L'avenir est dans le métissage des deux cultures, c'est fait avec les tablettes de lecture, liseuses, qui ont intégré une visualisation des pages déjà lues et des pages encore à lire, afin de permettre au lecteur de visualiser son parcours

APPRIVOISER LES ÉCRANS

Dans son livre « *Pour une enfance heureuse* », Catherine Guegen écrit que les enfants en France passent plus de temps devant les écrans qu'à l'école : ils sont 900 heures/an à l'école pour 1200h/an devant leurs écrans. Comme nous l'avons évoqué plus haut, l'auteur insiste sur le fait que les adultes doivent savoir que les images violentes sont mémorisées par le cerveau... que celui-ci répète la scène et reproduit les mêmes gestes. L'enfant qui regarde des images violentes apprend donc les gestes de la violence et les mémorise ; cela augmente son agressivité. L'enfant qui regarde la TV avant 3 ans devient plus agressif.

Michel Desmurge dans « *TV lobotomie* » nous dit qu'en plus d'augmenter l'agressivité, la TV exerce une influence profondément négative sur le développement intellectuel, les résultats scolaires, le langage, l'attention, l'imagination, la créativité, le sommeil, l'image du corps et favorise l'obésité.

Il est donc bien temps d'apprendre tous ensemble à apprivoiser les écrans

Le souhait d'établir une feuille de route des écrans pour chaque âge n'est pas simple, cela dépend de la maturité de l'enfant, de la relation qu'il a avec ses parents et des pratiques en cours dans la maison, à l'école et parmi les camarades.

Serge Tisseron a néanmoins imaginé la règle du « 3-6-9-12 » comme façon de répondre aux questions les plus urgentes des parents.

Cela évoque **quatre étapes essentielles de l'enfance**, pour plus de repères : • 3 ans l'entrée à la maternelle • 6 ans le CP • 9 ans l'accès à la maîtrise de la lecture et écriture • 12 ans entrée au collège.

Car, comme il existe des règles pour l'introduction alimentaire, il serait possible de concevoir une diététique des

AVANT 3 ANS

- ✓ Les repères spatiaux sont construits à travers toutes les interactions avec l'environnement qui impliquent ses sens, les repères temporels sont construits à travers les histoires qu'on lui raconte et les livres qu'il feuillette.
- ✓ Évitez la télévision et les DVD, dont les effets négatifs sont démontrés.
- ✓ Les tablettes tactiles ne sont pas prioritaires : elles peuvent être utilisées en complément des jouets traditionnels, mais toujours accompagnées, sans autre but que de jouer ensemble, et de préférence avec des logiciels adaptés.

DE 6 À 9 ANS

- ✓ Évitez la télévision et l'ordinateur dans la chambre.
- ✓ Établissez des règles claires sur le temps d'écrans et respectez les âges indiqués pour les programmes.
- ✓ Paramétrez la console de jeux du salon.
- ✓ À partir de 8 ans, expliquez-lui le droit à l'image et le droit à l'intimité.

écrans afin de les utiliser correctement. Mais il faut renoncer à deux tentations : idéaliser/diaboliser ces technologies.

Ce ne sont que des outils, ne leur demandons pas plus qu'ils ne peuvent donner et commençons par les introduire au bon moment et à la bonne place.

Le problème des écrans est individuel, familial et sociétal.

Il ne s'agit pas de dénoncer et de culpabiliser les usagers mais de réfléchir tous ensemble aux conditions d'utilisation des écrans, conditions pour permettre aux enfants d'apprendre des choses neuves et de nous en apprendre.

DE 3 À 6 ANS

- ✓ Évitez la télévision et l'ordinateur dans la chambre.
- ✓ Établissez des règles claires sur le temps d'écrans et respectez les âges indiqués pour les programmes.
- ✓ Préférez les jeux vidéo qui permettent de jouer à plusieurs à ceux où on joue seul : les ordinateurs et consoles de salon peuvent être un support occasionnel de jeu en famille, voire d'apprentissages accompagnés.
- ✓ N'offrez pas une console ou une console personnelle à votre enfant : à cet âge, jouer seul devient rapidement stéréotypé et compulsif.

DE 9 À 12 ANS

- ✓ Continuez à établir des règles claires sur le temps d'écrans.
- ✓ Déterminez avec lui l'âge à partir duquel il aura son téléphone mobile.
- ✓ Rappelez les particularités d'Internet :
 - 1 Tout ce que l'on y met peut tomber dans le domaine public;
 - 2 Tout ce que l'on y met y restera éternellement;
 - 3 Tout ce que l'on y trouve est sujet à caution.

Suite p. 14 >

BOOSTER SA FERTILITÉ ET CHOISIR LE SEXE DE SON BÉBÉ

par Raphaël GRUMAN, nutritionniste

De plus en plus de couples rencontrent des problèmes liés à la fertilité. D'autres expriment ouvertement leur désir d'avoir une petite fille ou un petit garçon. Nous avons donc imaginé un coaching personnalisé en préconception répondant à ces deux besoins :

- d'un côté un programme diététique qui modifie l'équilibre acido-basique de l'organisme
- de l'autre un ciblage précis de l'ovulation en vue de concevoir son bébé aux bonnes dates.

Ces 2 principes existent depuis longtemps mais n'avaient jamais été combinés et modernisés de la sorte. Grâce à l'application MyBuBelly, un concept inédit devenu la référence en la matière.

En savoir +
www.mybubelly.com



Découvrez notre livre
 aux Editions Leduc
 (sortie le 12 juin 2018)

« L'enfant qui sait utiliser des cubes réels, gagnera beaucoup à assembler des cubes virtuels mais celui qui ne sait pas assembler des cubes réels ne gagnera rien à assembler des cubes virtuels. » SERGE TISSERON

Comment comprendre que le gouvernement se soit opposé à la suppression de la publicité dans les programmes de TV pour enfants sur les chaînes publiques, en estimant que l'autorégulation dont elles font preuve va dans le bon sens !

Nous ne changerons notre rapport aux écrans que tous ensemble.

C'est pourquoi cette règle du « 3-6-9-12 » concerne la famille, la santé, l'école et les pouvoirs publics.

C'est une pièce essentielle pour apprivoiser les écrans mais ce n'est pas la seule.

Car, si malheureusement l'abus d'écrans est stigmatisé comme la cause de nombreux problèmes, c'est avant tout trop souvent la conséquence de situations de difficultés vécues dans les familles :

Les écrans sont aujourd'hui largement utilisés pour tenter d'oublier les difficultés et les souffrances de la vie quotidienne.

Comment éviter les effets négatifs des technologies numériques et faire bénéficier nos enfants de tout ce qu'elles peuvent leur apporter ?

- **Introduire la dimension du temps** aussitôt que possible par un apprentissage à l'autorégulation. Informer l'enfant en amont sur le temps pendant lequel il pourra utiliser la tablette et, pour l'enfant plus grand, l'inciter à exercer sa capacité de choix « *tu as droit à 30 minutes d'écran, est-ce que tu préfères les utiliser maintenant ou plus tard ?* ».
- **Accompagner l'enfant en l'invitant à raconter ce qu'il a vu** comme on l'invite à raconter ce qui lui arrive à l'école. Il apprend ainsi à construire un récit en distinguant l'avant, le pendant et l'après et, l'enfant qui a intériorisé ces repères, ne sera jamais perdu dans les écrans.
- **Pratiquer l'alternance réel-virtuel**, en variant les stimulations et en encourageant l'enfant à développer des compétences variées au cours d'activités qui mobilisent ses cinq sens et ses dix doigts.

Dès la naissance, le bébé est génétiquement programmé pour apprendre. Olivier Houdé, chercheur en psychologie du développement, dit qu'une tablette numérique à la fois visuelle et tactile « *peut très bien, avec le concours d'un adulte, participer à son développement cognitif, en exerçant sa rapidité de traitement de l'information et sa capacité à faire du multitâches* ».

Jeux vidéo et réalité virtuelle peuvent constituer un support dans de nombreuses formes de prise en charge en orthophonie, ergothérapie, psychothérapie... en fournissant une forme de médiation thérapeutique très utile, aussi bien en thérapie individuelle qu'en thérapie de groupe (troubles phobiques).

Les avatars sont également utilisés comme support et miroir de la construction de soi, et aussi pour permettre à l'enfant de se donner une représentation de ses conflits internes et d'y apporter des solutions.

En 2016, 600 écoliers ont été mis au défi avec leur famille de vivre sans écran pendant une semaine face à la hausse de consultations pour troubles du comportement et de la mémorisation (à Créteil sur trois écoles, activité proposée à la MJC, sortie, jeux, soirée à thèmes...). 85 % des élèves ont assuré s'être tenus loin de la TV, tablette et autres consoles. L'an prochain, l'opération pourrait être étendue à toutes les écoles volontaires...

CONCLUSION

Il ne faut pas craindre les mondes virtuels mais absolument éduquer, afin qu'ils ne deviennent pas des mondes de consoles, des espaces de repli, qui peuvent détourner de la vraie vie.

Permettons à l'enfant d'apprehender cet outil, après lui avoir permis toutes les constructions nécessaires à son bon développement.

Si les écrans prennent trop tôt la place des actions traditionnelles, l'enfant risque d'être fragilisé par eux et d'échouer à construire une pensée organisée.

C'est seulement dans un deuxième temps qu'il pourra bénéficier des écrans pour augmenter sa plasticité psychique.

« *L'enfant qui sait utiliser des cubes réels, gagnera beaucoup à assembler des cubes virtuels mais celui qui ne sait pas assembler des cubes réels ne gagnera rien à assembler des cubes virtuels.* » Serge Tisseron.

Le temps passé devant un écran, quel qu'il soit, est du temps volé pour autre chose.

Le meilleur des écrans pour l'enfant, c'est le visage de l'adulte qui l'accompagne dans ses jeux. •

BIBLIOGRAPHIE

- *L'enfant et les écrans. Un avis de l'Académie des Sciences.* J.-F. Bach, O. Houdé, P. Léna, S. Tisseron. Édition le Pommier.
- *3-6-9-12-Apprivoiser les écrans et grandir.* Serge Tisseron. Erès.
- *Faut-il interdire les écrans aux enfants ?* B. Stiegler, S. Tisseron. Ed. Mordicus.
- *Les dangers de la télé pour les bébés.* S. Tisseron. Erès.
- *TVlobotomie.* Michel Desmurge. Max Milo.
- *Enfants sous influence, les écrans rendent-ils les jeunes violents ?* S. Tisseron. Armand Colin.
- *Parents, enfants, écrans.* Nouvelle Cité. Vie des hommes ; 2014.
- *L'enfant face à la télévision : quels effets sur son développement cognitif, langagier et pragmatique ?* Mémoire de Tiphaine Martin, école d'orthophonie de Lorraine.
- *Pour une enfance heureuse, repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau,* 2015 C. Guegen.

ARTICLES

- *Le rôle de la télé dans l'acquisition des mots pour penser... écrire et s'exprimer.* Peter Winterstein. 2008.
- *Nos enfants, ces mutants.* Enquête du Nouvel Obs, 2012.
- *La sensibilité des bébés au bruit de fond.* Psycho, 2014.
- *Des écrans avant 3 ans.* Le Furet n° 74..
- *Les enfants et la télé.* Journal des professionnels de l'enfance, 2009.
- *Pas de télé avant 3 ans.* Yapaka.be
- *Effets de l'exposition chronique aux écrans sur le développement cognitif de l'enfant.* Archives de pédiatrie.
- *3-6-9-12 quand bébé prend la tablette.* Eje 2014.
- *Les enfants et la télé.* Métiers petite enfance. 2000.
- *Le tout-petit face à l'écran.* Métiers petite enfance 2007.
- *Télévision, d'abord ne pas nuire.* M.P.E 2012.
- *Les psychs disent non à la télé pour les tout-petits.* M.P.E 2008.
- *Grandir dans un monde numérique.* Cerveau et psycho. 2014.
- *L'enfant face aux médias. Quelle responsabilité sociale et familiale ?* Dominique Ottavi Dany-Robert Dufour.
- *Médecine et enfance.* Mai 2015 « *Existe-t-il une toxicité de la lumière chez l'enfant ?* ».



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® Allaitemment

Pour booster la lactation



Boissons lactées

Matilia & Nébilia

matiliaetnebilia

Fabriqué en
FRANCE



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

Les représentations sociales et culturelles de la gémellité

PAR **FLORENCE CALMEIL**, ORTHOPHONISTE

LES JUMEAUX DANS LES MYTHES

La gémellité est un phénomène qui, de tout temps, a étonné, fasciné, inquiété. Cet intérêt pour les jumeaux se traduit par la profusion de mythes, de rites, de croyances qui ont traversé les siècles et se retrouvent dans de nombreuses cultures. La gémellité a toujours été associée au secret des origines. Les jumeaux nous renvoient ainsi au problème des origines de l'homme, du monde. Ce qui explique le grand nombre de mythes cosmogoniques dans lesquels les jumeaux sont les principaux protagonistes. Dans toutes les cultures, le phénomène des jumeaux a suscité un intérêt particulier : manifestation divine dans l'Antiquité, intervention du maléfique pour la France au XVI^e siècle ou encore conviction d'une âme mortelle et d'une autre immortelle. Ainsi, nombre de croyances ont égrainé les décennies maintenant le regard collectif sur ce couple singulier.

Les jumeaux interrogent particulièrement les mythes, exprimant les symboles de la fertilité, de l'amour, du bien et du mal, de la rivalité, de la mort et de l'immortalité. Ils ravivent les interrogations sur l'identité individuelle : s'agit-il de deux individus, du même dupliqué, de deux identiques mais différents ? Ils représentent une double figure et renvoient à la dualité de tout homme à l'origine de cette fascination qu'ils engendrent. Différemment du clone qui, dans le double, renvoie à la descendance identique et annule ainsi la finitude, le jumeau est le double, miroir de soi-même. Il suscite le désir de se retrouver dans ce double, dans une présence permanente qui, puisqu'elle est permanente, ne peut décevoir. À travers les mythes de l'enfant double qui traversent toutes les civilisations, la question du bien et du mal est interrogée. Voir naître deux enfants en même temps, pour les sociétés primitives et en particulier dans les sociétés africaines, est un présent de Dieu (ou d'un dieu), gage de fertilité ou au contraire signe d'une intervention diabolique, avec pour origine l'adultère, par exemple. Cette allégorie du bien et du mal, constamment présente dans l'inconscient concernant l'enfant double, souligne en fait qu'il représente les deux pôles antagonistes structurant le monde et tout être humain.

LES JUMEAUX BIBLIQUES

► ADAM ET ÈVE : LA GÉMELLITÉ ORIGINELLE

L'Ancien Testament ne désigne pas explicitement Adam et Ève comme des jumeaux. C'est à partir de la même chair que Dieu crée deux êtres séparés et complémentaires. La tradition "sacerdotale" nous parle de ce dédoublement au sixième jour de la création.

Cette allégorie du bien et du mal... souligne en fait qu'il représente les deux pôles antagonistes structurant le monde et tout être humain.

Dieu crée l'homme à son image, – à l'image de Dieu il le crée – homme et femme il les crée.

Le mythe d'Adam et Ève provient probablement d'un mythe fondateur beaucoup plus ancien, celui de l'androgynie, d'une première créature à la fois femme et homme. L'idée d'androgynie, qu'on trouve dans la plupart des mythes de la création, est une notion qui a pu être étoffée par des faits d'observation. En effet, il existe de nombreuses créatures bisexuées dans le règne animal (les escargots par exemple) et dans le règne végétal. Ces créatures bisexuées animales ou végétales ne sont pas désignées comme androgynes (terme réservé aux dieux et aux hommes) ; on dit que ce sont des hermaphrodites. Pour les espèces asexuées (bactéries, virus...) la vie se perpétue par division. Ainsi chaque "individu" est vraiment la reproduction, la copie conforme de celui dont il provient. Ce sont des populations de jumeaux ! Certaines bactéries s'inscrivent dans une chaîne non interrompue par la mort depuis l'apparition de la vie sur terre : quatre milliards d'années. Puis un jour, le phénomène inverse s'est produit : au lieu d'une division ce fut l'accolement, la fusion de deux cellules en une seule. C'est la sexualité qui bouleverse l'ordre jusqu'alors très statique de la vie. C'est l'innovation et non plus la reproduction, c'est la singularité de chaque être qu'on peut alors vraiment qualifier d'individu. C'est aussi la mort, condition de l'évolution des populations, des espèces. L'"invention" de la mort est solidaire de l'"invention" de la sexualité. Elles jouent toutes deux pour innover sans cesse. Tels Adam et Ève issus de la même chair, les jumeaux réveillent en chacun de nous le mythe ancestral de l'androgynie, en tant qu'image de l'unicité fondamentale de la fusion originelle. C'est dans cette recherche hypothétique d'absolu que l'Homme tend à fusionner avec l'autre dans l'élan amoureux.

► JACOB ET ESAÜ

Le récit biblique illustre le thème de la rivalité entre jumeaux. Ils sont les premiers jumeaux de la Bible. Isaac était le fils d'Abraham. Il épouse Rebecca à l'âge de quarante ans. Rebecca était stérile. Sensible à ses prières, Yahvé lui donna la fertilité. Elle sentit deux enfants bouger dans son ventre. Rapidement Rebecca prit conscience que ses jumeaux, *in utero*, étaient entrés en lutte. Yahvé lui dit : « *Il y a deux nations dans ton sein ; deux peuples, issus de tes*

entrailles, se sépareront. Un peuple sera plus fort que l'autre et l'aîné servira de cadet. » Nous retrouvons ici le thème gémellaire classique du droit d'aînesse. C'est l'origine d'un combat entre les jumeaux au moment de l'accouchement. Selon les critères de la Bible, l'aîné est le premier-né. Esaü réussit à venir au monde le premier, mais Jacob essaie de le retenir par le talon, d'où le nom de Jacob (*Ageb* signifie *talon* en hébreu). En grandissant, les deux enfants se révèlent fort différents. L'aîné, "habile chasseur", arpente constamment les steppes, tandis que le cadet, "un homme tranquille", passe ses journées auprès de sa mère. À l'âge adulte, Jacob renverse la situation. Installé sous sa tente, il voit revenir son frère épais qui lui demande à manger. Jacob y consent à une condition: qu'Esaü lui vende son droit d'aînesse. Esaü se sentant sur le point de mourir accepte. Quelques décennies plus tard, la prédiction divine se réalisa: les Israélites (les douze tribus d'Israël, issues des douze enfants de Jacob) affrontèrent victorieusement les Edomites (descendants d'Esaü). Le signe de la lutte entre les jumeaux dans l'utérus maternel est éprouvé par de nombreuses femmes enceintes. René Zazzo¹ l'a appelé le « *syndrome Rebecca* ». Dans la légende biblique, il s'agit d'une véritable "annonciation" de la réalité qui existera entre les jumeaux au cours de leur vie.

LES JUMEAUX FONDATEURS: ROMULUS ET REMUS

Dans la mythologie romaine, les jumeaux Romulus et Remus ont une double ascendance humaine et divine. Leur père est le dieu Mars, leur mère est la vestale Rhéa Sylvia, descendante d'Enée qui, après la guerre de Troie, est venue s'installer au Latium. Rhéa Silvia est la fille de Numitor, roi de la légendaire ville latine d'Albe la Longue (fondée par Ascagne, fils d'Énée) et dépossédé du trône par son frère Amulius. Celui-ci, craignant que ses petits-neveux ne réclament leur dû en grandissant, prend prétexte qu'ils sont les fils d'une vestale, qui avait fait voeu de chasteté, et ordonne qu'on les jette dans le Tibre. Mais l'ordre est mal exécuté, les nouveau-nés sont abandonnés dans un panier sur le fleuve, survivent miraculeusement (protégés par les dieux, dit la légende), et sont découverts sous un figuier sauvage (le *Ficus Ruminalis*) situé devant l'entrée de la grotte du Lupercale, au pied du Palatin, par une louve qui les allaita et par un pivert, l'oiseau de Mars. Plus tard, les jumeaux, à qui est révélé le secret de leur naissance, tueront Amulius (égorgé par Remus selon certains, transpercé par l'épée de Romulus selon d'autres) et restaureront leur grand-père Numitor sur le trône d'Albe. Les jumeaux décident de fonder une ville sur le mont palatin. Il s'agit ensuite de savoir lequel des deux en sera le roi. Ils s'en remettent à la décision des dieux en observant le vol des oiseaux. « *Les aspirants au règne s'appliquent en même temps à solliciter les auspices... Surgissant dans l'éclat de ses rayons, se montre la lumière... Du ciel descendant trois fois quatre oiseaux sacrés qui se dirigent vers l'endroit bénit par les présages (où se trouve Romulus, tandis que le pauvre Remus observe seulement un*

1. Zazzo R. (1984). *Le paradoxe des jumeaux*. Paris, Stock, Laurence Pernoud
2. Hibert M-N., Tavernier N., Kahn A. (2009). *Le mystère des jumeaux*. Paris : Perrin, p 10.

seul oiseau favorable)

... Alors Romulus constate qu'il lui a été accordé en propre siège et terre pour régner. » Romulus trace alors un sillon pour marquer les limites de la ville. Remus franchit par dérision le sillon sacré (*pomærium*) que vient de tracer Romulus qui le tue sous le coup de la colère. On raconte enfin que, pris de remords, Romulus enterre son frère sur l'Aventin avec tous les honneurs. Romulus entreprend la construction de sa ville, qu'il nomme Roma (Rome), d'après son propre nom, dit la légende. Mais la ville, lieu de refuge pour les esclaves en fuite et les hommes libres souhaitant changer d'existence, manque singulièrement de femmes. Une pénurie qui condamne le projet à brève échéance. Comme les tentatives de mariage dans les "villes" avoisinantes trouvent toutes de méprisantes fins de non-recevoir, Romulus décide de voler des femmes. Prétextant la découverte fortuite d'un autel consacré à une divinité, il instaure la fête de "Consualia" en l'honneur de Neptune et y convie les Sabins et les peuples de plusieurs "villes" alentour: Caenina, Crustumerium, Antemnae. Tandis que l'attention des hommes est détournée, les femmes sont enlevées par surprise. Furieux, les peuples outragés forment une coalition dirigée par le roi de Cures, Titus Tatius, et déclarent la guerre. Romulus commence par écraser les soldats de Caenina, tue leur chef Acron et prend leur ville d'assaut. Attaqué par surprise par les Antemnates, il les écrase également et prend leur ville. Mais à la demande de sa femme Hersilia, Romulus les épargne, accorde son pardon et le droit de cité à Antemnae. Grâce à la trahison de la jeune Tarpéia, les Sabins parviennent à s'introduire dans la ville et à s'emparer de la citadelle. D'abord bousculé, Romulus, après une invocation à Jupiter, parvient à relancer ses troupes à l'assaut. Le combat est très indécis. À tel point que ce sont les épouses sabines des Romains qui s'interposent entre les deux camps. Ainsi la bataille prend fin. Romains et Sabins fusionnent, le gouvernement est concentré à Rome qui double sa taille et les Romains prennent le nom de Quirites (de Cures) en l'honneur des Sabins. Romulus répartit alors la population romaine en trente curies et donne à celles-ci le nom de femmes sabines.

LES DIOSCURES: CASTOR ET POLLUX

« *Les "Gémeaux", Castor et Pollux dans la mythologie grecque (demi-jumeaux à vrai dire), peuvent être assimilés à des amis parfaits, dans le sens de ce type de perfection qu'évoque Montaigne, créés par la Nature, et non de façon prédominante par un investissement de la volonté de l'autre.* »²

Castor et Pollux sont nés de la même mère, Léda mais ont été conçus de pères différents. Ils sont surnommés les Dioscures, en tant que fils de Zeus qui s'était métamorphosé en cygne pour séduire la belle, et Tyndarides, en tant que fils de Tyndare, roi de Sparte et époux de Léda. Selon la version la plus répandue de la légende de leur naissance, ils seraient venus au monde, en même temps, de deux œufs différents pondus par leur mère après s'être unie à Zeus (Jupiter pour les Romains) changé en cygne et, la même nuit, à son époux légitime, Tyndare. L'un des deux œufs a pour géniteur le dieu, et l'autre provient de Tyndare. Ainsi, Pollux (de son nom grec *Polydeukès*, « *celui qui pense beaucoup* ») est immortel car fils de Zeus; Hélène est également issue

du même œuf. Castor, quant à lui, est mortel puisqu'il est le fils de Tyndare ; sa sœur Clytemnestre éclôt du même œuf. Malgré cette ascendance différente, les deux frères sont souvent appelés Dioscures, les "fils de Zeus". Comme son père, Castor est un vaillant guerrier. Entre autres talents, il possède celui de dompter les chevaux. Pollux, quant à lui, a hérité de l'intelligence des dieux : aux côtés de son frère il remporte d'innombrables victoires. Mais un jour, Castor est tué au combat. Il descend aux Enfers. Pollux ne peut se résoudre à cette perte. Pour rejoindre son frère, il renonce à l'immortalité et implore la divinité suprême et toute-puissante de l'Olympe. C'est ainsi que Zeus leur accorde à tous deux la mort et l'immortalité. Ils deviennent "hétéromères", c'est-à-dire qu'ils vivent et meurent alternativement un jour sur deux ainsi pour l'éternité. Dans le ciel, ils forment désormais la constellation des Gémeaux, « *dont les étoiles chaque jour côté à côté se lèvent, et plongent côté à côté sous l'horizon* »... Dans le mythe de Castor et Pollux, René Zazzo voyait le symbole de la fraternité – une valeur essentielle pour les Grecs antiques – et un idéal : celui d'un lien possible entre les hommes, un lien si puissant qu'il leur permettait de triompher de la mort. « *La gémellité est la fraternité portée à son comble, disait-il, la fraternité est l'amitié portée à sa perfection.* »³

LA PLACE FAITE AUX JUMEAUX DANS L'HISTOIRE

L'histoire des jumeaux se confond, à ses débuts, avec les légendes, les mythes et la littérature qui attestent de l'existence des jumeaux dans l'Antiquité. Au II^e siècle après J.-C., le martyre de triplés est à l'origine du développement d'un culte qui, peu à peu, remplace celui des Dioscures. Les pouvoirs miraculeux de ces derniers sont reportés sur les Saints Chrétiens jumeaux. La religion chrétienne s'interroge d'ailleurs plus sur la question de l'identité des jumeaux que sur celle de leur côté prétendument miraculeux : possèdent-ils une seule âme ou s'agit-il de deux personnes différentes ?

Parmi les jumeaux célèbres, citons celui qui a été surnommé "le Masque de Fer", mort en 1703 après avoir passé la plupart de sa vie en prison, et son possible jumeau Louis XIV. Anne d'Autriche aurait en effet donné naissance à deux enfants, à quelques minutes d'intervalle, bien que l'histoire ne le confirme pas officiellement. Le deuxième né aurait été ainsi éloigné et caché afin que ne se pose pas un problème dynastique insoluble.

En effet, dans la situation de gémellité, la question du droit d'aînesse n'est pas résolue. Dans l'Ancien Régime, les successions se règlent par ordre de primogéniture dont dépend le droit d'aînesse. Déterminer le premier né est simple dans le cas de deux grossesses distinctes. Mais, en cas de gémellité, le problème essentiel revient à déterminer qui des deux est l'aîné, deux théories s'affrontant depuis toujours et considérant comme l'aîné soit le premier-né, soit celui « *déposé en premier au fond de la matrice* », c'est-à-dire le deuxième né. Au XVIII^e, l'article sur les jumeaux dans l'Encyclopédie de Diderot et D'Alembert souligne le côté arbitraire de l'attribution du droit d'aînesse en reconnaissant que « *la naissance de deux frères jumeaux a fait naître dans la société civile une question insoluble qui est le droit d'aînesse. On peut bien décider par la loi que le premier qui* »

« *La gémellité est la fraternité portée à son comble..., la fraternité est l'amitié portée à sa perfection.* »

vient au monde sera regardé comme l'aîné ; mais ce qui se passe dans les entrailles de la mère lors de la conception et du terme de l'accouchement est un secret tellement impénétrable aux yeux des hommes qu'il leur est impossible de dissiper le doute par les lumières de la physiologie ». Face à cette incertitude, il apparaît clairement que c'est bien la difficulté à établir une différence juridique qui est en question et non celle de la ressemblance physique ou psychique qui, elle, ouvre à la question des représentations collectives.

LES PRÉSENTATIONS DE LA GÉMELLITÉ POUR LES ANTHROPOLOGUES

Les anthropologues affirment que la naissance de jumeaux constitue, dans toutes les sociétés, un phénomène exceptionnel considéré, soit comme maléfique et apportant le malheur, soit comme bénéfique, les enfants étant dotés de pouvoirs surnaturels, soit encore les deux à la fois. L'isolement social, les difficultés financières, le soutien de la famille, la fierté et/ou le désarroi d'être les parents de jumeaux sont, semble-t-il, des constantes que l'on trouve dans les pays occidentaux comme en Afrique.

LES JUMEAUX ANTITHÉTIQUES

Claude Levi-Strauss⁴ a montré que, dans les mythes amérindiens d'Amérique du Nord, les jumeaux sont considérés comme antithétiques, remplissant des fonctions complémentaires mais opposées : l'un bon et l'autre mauvais, l'un représentant la vie et l'autre la mort, l'un le ciel l'autre la terre, l'un agressif et l'autre pacifique, l'un fort l'autre faible, etc.

LES JUMEAUX SEMBLABLES EN TOUS POINTS

À l'inverse, les mythes indo-européens mettent l'accent sur l'homogénéité complète des jumeaux, gommant la différence. Ainsi, le thème de leur complète identité est au cœur des préoccupations populaires : les jumeaux sont des enfants ne présentant aucune distinction physique l'un par rapport à l'autre, sauf au moyen d'artifices vestimentaires ou cosmétiques, ayant les mêmes goûts, les mêmes pensées, les mêmes caractères, épis de la même femme, malades en même temps, incapables de se survivre l'un à l'autre. À travers ces références mythiques fondamentales, Levi-Strauss montre que ces deux types de représentations sont toujours au cœur des représentations populaires de la gémellité, dans notre société. Évoquons à ce propos des jumeaux de la littérature ou du cinéma contemporain 5 et la rencontre de paires de jumeaux affichant ostensiblement leur complète similitude dans une sorte de provocation. •

3. Zazzo R. (1984). *Le paradoxe des jumeaux*. Paris : Stock. Laurence Pernoud, p 143.

4. Levi-Strauss C. (1991). *Histoire de lynx*. Paris : Plon.

5. Tournier M. (1975). *Les météores*. Paris : Gallimard



Tire-lait FISIO PRO

La gamme des tire-lait Fisio, au plus proche de la physiologie de la tétée du bébé

FISIO PRO, l'allié indispensable
des professionnels de l'allaitement
pour le bien-être des mamans

- **La gestion indépendante du rythme et de la force d'aspiration, pour un allaitement adapté et confortable**
- **Le partenaire idéal pour accompagner les mamans dans les pathologies les plus complexes**
- **Une passerelle en douceur vers l'utilisation à domicile du tire-lait Fisio**



Partenaire de
SOS préma
& bébés hospitalisés

CE 0459 Dispositifs médicaux de classe IIa. LPPR : code 1140252, participation à l'achat de la téterelle, du biberon et du tube de raccordement, code 1105712, location hebdomadaire du tire-lait. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne le dispositif médical.

K.COMPS.FR.210.0218 - Documentation destinée aux Professionnels de Santé. Photographies non contractuelles.

L'ALLAITEMENT PAR DTF MEDICAL



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

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

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



Caractéristiques et particularités de la gémellité

PAR FLORENCE CALMEIL, ORTHOPHONISTE

LA CONDITION GÉMELLAIRE

F. Lepage¹, à travers son enquête intitulée « Les jumeaux », distingue la gémellité de la « condition gémellaire ». La gémellité, selon lui, « n'est qu'un simple fait biologique, le résultat physique d'une embryogénèse remarquable » alors qu'il considère que la « condition gémellaire » constitue la confluence de trois vecteurs :

1. La gémellité en tant que donnée biologique,
2. La conscience personnelle, qui rend compte, de l'intérieur, du rapport particulier avec le frère jumeau,
3. La conscience sociale, qui restitue ce même rapport, tel qu'il est vu de l'extérieur par les tiers.

La condition gémellaire se vit dans la chair, dans l'esprit et dans la conscience sociale. Aux conséquences psychologiques d'une configuration biologique particulière, elle ajoute donc celles d'une conscience de soi qui s'élabore de manière inhabituelle, et d'une intégration différente dans la constellation familiale et, au-delà, dans la galaxie sociale. Ainsi définie, la condition gémellaire circonscrit sans aucun doute une "catégorie" psychologique homogène, dont les ressortissants se distinguent des singuliers et s'apparentent les uns aux autres par de nombreux traits de caractère. Comme si notre personnalité se bâtissait peu à peu en fonction de la manière dont nos particularités biologiques et héréditaires sont prises en compte par notre propre conscience et par le corps social.

LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOAFFECTIF

LA RELATION MÈRE-JUMEAUX

► SPÉCIFICITÉS DE LA RELATION TRIADIQUE

Bowlby², dans sa théorie sur la construction du lien d'attachement mère-enfant, a émis l'hypothèse du principe de monotropie de l'attachement maternel. Dans l'espèce humaine, le lien d'attachement ne pourrait s'établir qu'avec un seul bébé à la fois.

Tendances égalitaires

Dans le cas de la relation mère-jumeaux, la mère doit établir une relation simultanée avec deux enfants. Cette relation triadique est psychologiquement difficile, puisque la mère ne peut avoir une relation individualisée avec l'un des jumeaux en faisant abstraction de l'autre. La réaction de la mère devant son manque de disponibilité pour chacun des enfants est le développement des tendances égalitaires :

La réaction de la mère devant son manque de disponibilité pour chacun des enfants est le développement des tendances égalitaires : il faut que les deux bébés soient égaux.

il faut que les deux bébés soient égaux. Le souci de ne pas favoriser un enfant par rapport à l'autre entraîne deux types de comportements : soit de tout faire en même temps pour les deux enfants, soit de faire la même chose avec l'un puis avec l'autre. À l'occasion des jeux, de nombreuses femmes expriment leur difficulté à supporter le regard de l'enfant dont elles ne s'occupent pas.

Deux pôles opposés

Au cours de la première année, Robin et al.³ ont décrit chez les mères des comportements différents dont les deux pôles extrêmes seraient la collectivisation ou "gémellisation précoce" d'une part et l'individualisation d'autre part.

● **À un extrême** se trouve le pôle de la gémellisation précoce où la mère semble renoncer à établir une relation individualisée avec chaque enfant. Les jumeaux sont traités comme une entité. Les soins sont toujours effectués simultanément, l'autonomie des deux enfants est encouragée. Le souci de ne pas favoriser un enfant par rapport à l'autre entraîne deux types de comportements : soit tout faire en même temps pour les deux enfants, soit faire la même chose avec l'un puis avec l'autre.

Josse et Robin décrivent de véritables "stratégies égalitaires". Selon Leroy⁴, la volonté de traiter les jumeaux de manière équitable et identique peut conduire la mère à considérer les jumeaux comme une paire, un ensemble indissociable. Une relation monotrope peut se mettre en place. La mère s'attache aux bébés comme à une seule entité. Ce phénomène est particulièrement accentué par la ressemblance physique et la difficulté à distinguer les jumeaux.

En dépit de ces préoccupations égalitaires, il peut se développer un attachement préférentiel de la mère envers l'un des deux bébés. En cas de sexe différent, la préférence peut aller vers le garçon ou vers la fille. Cette

1. Lepage F. (1980). *Les jumeaux*. Paris : Laffont.
2. Bowlby J. (1978). *Attachement et perte*. Paris : PUF.
3. Robin M., Le Maner-Idrissi G. (1998). *Attitudes et représentations des mères envers la gémellité à deux ans et développement du langage chez les jumeaux*. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 46 (1-2) : 28-37.
4. Leroy F. (1995). *Les jumeaux dans tous leurs états*. Bruxelles : De Boeck Université.

préférence peut surgir lorsque l'un des deux enfants a eu un problème de santé et a dû être séparé de sa mère et de son co-jumeau.

Les conditions de l'accouchement et la grossesse viennent donc affecter la genèse de l'attachement mère-jumeaux. Toutefois, la réaction n'est pas univoque. Dans certains cas, l'attachement préférentiel se fait pour le jumeau qui va bien et la mère culpabilise d'oublier celui qui est en difficulté et parfois hospitalisé en service de néonatalogie.

Dans d'autres cas, l'attachement préférentiel se fait vers l'enfant hospitalisé au détriment de celui qui est rentré à la maison. Il est donc essentiel au niveau des équipes médicales de favoriser la présence des deux enfants auprès de la mère. Pour Monique Robin⁵, il est également préférable, dans la mesure du possible, que la maman puisse sortir de la maternité avec ses deux bébés, afin de faciliter les mécanismes d'attachement fort complexes.

● **À l'autre extrême**, se situe la tentative d'établir avec chaque jumeau une relation individualisée.

Les relations entre jumeaux sont limitées au profit de la relation de chaque jumeau avec sa mère.

La classique relation mère-nouveau-né est une relation dyadique. Cette relation se transforme en une relation triadique entre la mère et ses jumeaux. Dans la réalité, la mère de jumeaux n'est jamais seule face à son enfant, la présence de celui dont elle ne s'occupe pas est constante. Cette relation triadique est complexe mais parfois facilitée par la présence du père qui, lorsqu'il réussit à s'inclure dans la triade mère-jumeaux, rend possible l'installation de deux relations dyadiques.

● **Entre ces deux extrêmes**, il y a des attitudes intermédiaires. L'attitude qui consiste à "collectiviser" serait plus fréquente chez les mères fatiguées ou déprimées. Il semblerait que, dans les mois qui suivent la naissance, la mère ne peut investir ses jumeaux que collectivement. On observe d'ailleurs très fréquemment des conduites égalitaristes des parents de jumeaux qui les poussent à doubler leurs attitudes par peur de donner moins de temps, moins de jeux, moins de mots à l'un qu'à l'autre. L'individualisation ne viendrait que plus tard.

Il est à noter qu'en matière de communication et de langage, la situation d'échange à trois (parent-jumeaux) peut rendre plus difficile l'individualisation des enfants. Celle-ci sera d'autant plus complexe que les jumeaux seront perçus une seule et même entité. Cette situation peut être perturbante pour la construction d'un « *je* », d'un « *tu* » dans un « *nous* ». Certains peuvent même utiliser un seul prénom pour se dénommer. L'intervention du deuxième parent dans les échanges peut favoriser cette construction.

5. Robin M., Le Maner-Idrissi G. (1998). *Attitudes et représentations des mères envers la gémellité à deux ans et développement du langage chez les jumeaux*. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 46 (1-2): 28-37.
6. Robin M., Le Maner-Idrissi G. (1998). *Attitudes et représentations des mères envers la gémellité à deux ans et développement du langage chez les jumeaux*. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 46 (1-2): 28-37.
7. Zazzo R. (1960). *Les jumeaux, le couple, la personne*. 1^{re} édition. Paris : PUF.

Il est préférable, dans la mesure du possible, que la maman puisse sortir de la maternité avec ses deux bébés, afin de faciliter les mécanismes d'attachement fort complexes.

→ **CLASSIFICATION DES DIFFÉRENTES ATTITUDES MATERNELLES**

M. Robin et G. Le Maner Idrissi⁶ se sont interrogés sur la manière dont les mères se représentent précocement la relation entre leurs deux enfants. Elles ont plus précisément étudié les attitudes et les représentations des mères envers la gémellité à deux ans et le développement du langage chez les jumeaux. Robin et Le Maner Idrissi décident de mener une étude afin de savoir si les attitudes maternelles "homogénéisantes" forment un obstacle à l'apprentissage du langage. Le type de gémellité, qui est apparu comme un critère pertinent dans les recherches précédentes, va être intégré en tant que variable.

Les attitudes maternelles se différencient en trois classes :

- ① **La classe 1** correspond aux mères **différenciatrices** qui achètent des vêtements complètement différents. La plupart des enfants ont une garde-robe personnelle. Les achats de jouets sont également différenciés, bien que dans une majorité des familles de cette classe, on trouve au domicile de nombreux jouets en double exemplaire. Ce groupe est celui qui contient le plus fort pourcentage de jumeaux dizygotes de sexe différent.
- ② **La classe 2** est composée de mères aux pratiques **hétérogènes**: alors que leur comportement est différenciateur en ce qui concerne les jouets des enfants, celui relatif à l'habillement des jumeaux est gémellisant.
- ③ **La classe 3** correspond aux mères **"gémellisantes"**: elles achètent des vêtements identiques comportant une légère différence, ce qui est confirmé par l'observation au domicile. Il en est de même pour des jouets, en majorité achetés en double exemplaire. On note que les jumeaux de cette classe ont tendance à avoir une garde-robe personnalisée (souvent par la couleur). Le fait que cette classe contienne le plus de jumeaux monozygotes explique sans doute la nécessité pour les mères de distinguer les vêtements des enfants par une couleur attitrée, alors que cette nécessité est peu présente pour ce qui est de l'attribution des jouets.

En ce qui concerne le développement verbal, Zazzo⁷ a montré l'existence, chez les enfants jumeaux, d'un retard dans l'acquisition des premières formes grammaticales. Il s'y ajoute souvent une déformation des mots et un langage spécifique à chaque couple de jumeaux, que Zazzo décrit sous le terme de "cryptophasie".

L'hypothèse de René Zazzo est la suivante: ce sont les conditions particulières dans lesquelles se développent les jumeaux pendant l'enfance qui sont responsables de l'ensemble des phénomènes qu'il a mis en évidence. Le couple que forment les jumeaux a des liens si forts que la communication avec l'extérieur devient moins nécessaire.

Certaines mères mettent l'accent sur l'étroitesse du lien fraternel gémellaire, en favorisant un « isolement à deux », au lieu de privilégier la relation mère-enfant.

Depuis les travaux de Zazzo, de nombreuses recherches ont confirmé un retard dans le premier développement verbal des jumeaux et des hypothèses complémentaires ont été formulées afin d'expliquer ces difficultés d'acquisition. Ces hypothèses portent notamment sur la spécificité de l'environnement linguistique dans lequel sont plongés les jumeaux au moment de l'apprentissage du langage. Or, il est possible qu'outre les caractéristiques de la communication verbale dans la situation triadique mère-jumeaux, la façon dont les mères offrent aux enfants un environnement plus ou moins "gémellisant" ou "différenciateur", soit une des composantes du contexte d'apprentissage linguistique.

Les mères dites "gémellisantes" ayant tendance à traiter et à considérer les jumeaux comme une seule entité, auraient aussi moins tendance à individualiser la relation avec chaque enfant, ce qui pourrait expliquer certaines difficultés lors des premières acquisitions verbales.

En outre, pour René Zazzo, le "statut de jumeau" se construit dans le regard de l'autre, et en premier lieu dans celui des parents. Certaines mères mettent l'accent sur l'étroitesse du lien fraternel gémellaire, en favorisant un "isolement à deux", au lieu de privilégier la relation mère-enfant. Peut-être dans ces cas, pourra-t-on s'attendre à un renforcement du lien entre les enfants, pouvant jouer un rôle dans le développement d'une cryptophasie gémellaire.

→ RÔLE DU PÈRE

Face au trio formé par la mère et les jumeaux, le père doit réussir à trouver sa place. Nous avons pu voir que la relation triadique peut être complexe à gérer pour les mamans de jumeaux. Mais il faut savoir que ce trio peut être facilité par la présence du papa. En effet, les pères rendent possible l'installation de deux relations dyadiques.

Les études sur la gémellité indiquent que, dans un contexte gémellaire, leur implication dans les soins des nourrissons facilite la vie familiale et ceci à tous les niveaux. Ceci entraîne

8. Robin M., Le Maner-Idrissi G. (1998). *Attitudes et représentations des mères envers la gémellité à deux ans et développement du langage chez les jumeaux*. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 46 (1-2): 28-37.
9. Papiernik E., Zazzo R., J.-C Pons, Robin M. (1992). *Jumeaux, triplés et plus...* Paris : Nathan.
10. Robin M. (1998). *Quelques réflexions à propos du thème de la gémellité dans les représentations sociales et culturelles : la gémellité aujourd'hui. Représentions, recherches et pratiques*. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 46 (1-2): 3-6
11. Girard R. (1972). *La violence et le sacré*. Paris : Grasset, p 224.
12. Rank O. (1973). *Don Juan et le Double*. Études psychanalytiques. Paris : Petite Bibliothèque Payot. Collection Science de l'Homme. http://classiques.uqac.ca/classiques/rank_otto/don_juan/rank_don_juan_double.pdf p. 64.
13. Ricœur P. (1996). *Les paradoxes de l'identité*. L'information psychiatrique, n° 3, p 201-206.

une répartition des demandes de chacun des deux enfants entre chacun des deux parents, chaque jumeau semblant s'approprier son favori, en dépit des efforts égalitaristes de ceux-ci. Ainsi, selon Robin et al.⁸, dans un quart des cas, un des jumeaux est plus attaché au père qu'à la mère. Dans un tiers des familles, on retrouve même le jumeau de la mère et celui du père.

On peut remarquer que durant les dernières décennies, la place accordée au père dans les tâches de soins et de maternage est plus importante. Il est de plus en plus tôt impliqué dans la vie des jumeaux. Cependant, celle-ci est parfois différente de ce qu'elle aurait été s'il s'était agi d'une naissance unique. Devant l'importante surcharge de travail engendrée par l'arrivée des jumeaux, le père peut davantage participer au maternage. Selon Papiernik et al.⁹, il faut veiller à ce que le père ne devienne pas de ce fait une "seconde mère".

LA RELATION JUMEAU/JUMEAU : UN COUPLE À PART ENTIERE

→ L'IMAGE DU DOUBLE

Selon Robin¹⁰, la confrontation avec l'image de la gémellité rend mal à l'aise car elle vient contredire le principe fondamental de l'individu humain unique et distinct. Pour René Girard¹¹, le double de la gémellité est monstrueux, maléfique : « *Dans le cas des jumeaux, la symétrie et l'identité sont représentées de façon bien exacte ; la non-différence est présente en tant que non-différence, mais elle s'incarne en un phénomène si exceptionnel qu'il constitue une nouvelle différence* ». L'indifférenciation devient violence. Otto Rank¹² souligne quant à lui la dualité de l'âme de l'homme qui « *a amené avec lui son double visible...* ».

Dans tous les domaines et à toutes les époques, le double est un thème universel, inhérent à l'être humain, même unique. Dans sa célèbre étude sur le double, Rank écrit (qu') « *on atteint ici à de profonds problèmes de la nature humaine* ». Selon le dictionnaire Robert, le double d'une personne se dit de quelqu'un qui lui ressemble, qui est en pleine communion avec elle : c'est un *alter ego*. Le double se différencie du sosie qui n'a qu'une ressemblance physique. Le double est aussi une chose semblable à une autre, une réplique, une copie. Est double tout ce qui est répété deux fois, à l'identique, d'où la notion de dualité. Mais, est considérée également comme double, une personne ou un comportement qui ne révèle qu'un aspect des choses, l'autre restant caché(e), d'où la notion de duplicité. Le thème du double renvoie enfin au recul que l'homme prend par rapport à lui-même, à la question de la conscience de sa propre ambivalence, à l'image spéculaire que l'enfant voit dans le miroir, à l'ombre, à l'âme, au double vécu dans le réel.

Paul Ricœur¹³, en parlant de l'identité, souligne combien la question du même est au cœur de l'identité puisqu'elle atteste du sentiment de continuité, d'exister. Mais là encore, l'identité doit être entendue dans une double acceptation. « *L'identité, ce sont des traits qui permettent de reconnaître une chose comme étant la même* ». [...] « *Cela peut signifier déjà plusieurs choses : identité numérique de la même chose, qui apparaît plusieurs fois ; identité ontogénétique* »

ou de développement du même être vivant, de la naissance à la mort (le gland et le chêne); identité de structure: code génétique, empreintes digitales, groupe sanguin. Ce que nous cherchons à travers ces traits c'est la stabilité, si possible l'absence de changement, l'immuabilité du même ». Cette stabilité dans le temps écoulé définit la notion d'identité. Mais il y a aussi une deuxième identité, soumise à la variabilité du temps, qui remet en cause l'existence d'un moi permanent et immuable et pour autant ne remet pas en question « *le maintien de soi dans le cadre de la parole tenue* ». C'est ce que Ricœur nomme l'*ipséité* ou le fait de rester le même malgré le temps qui passe.

LA NOTION DE COUPLE

Définition

Il faut voir les jumeaux, qu'ils soient monozygotes ou dizygotes, comme un couple et non comme une simple paire d'individus. Pour R. Zazzo¹⁴, ils constituent un modèle d'étude du phénomène de couple. Dans son ouvrage "*Le paradoxe des jumeaux*", il distingue deux idées fondamentales: les jumeaux sont des couples excessifs et non d'exception et l'individualisation des jumeaux est un paradoxe puisqu'elle s'affirme en dépit des pouvoirs de l'hérédité et du milieu. Il définit la relation gémellaire qui existe dans tous les cas par le terme « *effet de couple* ».

Même hérédité, même milieu, donc même personnalité sauf accident, sauf maladie grave qui affecterait l'un des deux jumeaux. Les jumeaux "vrais" seraient le même individu en deux exemplaires. En fait, ce sont deux individus différents. Les jumeaux, génétiquement identiques (MZ), ne sont pas psychologiquement identiques. Cette constatation est paradoxale parce que l'on a tendance à croire que le biologique détermine quasi fatallement le développement psychique, parce que le milieu dans lequel les deux partenaires évoluent leur est commun. La relation gémellaire est à l'origine, pour chacun des jumeaux, des personnalités qui se différencient l'une par rapport à l'autre. La situation de couple peut créer des différences et des ressemblances à chacun des deux pôles. Ces effets peuvent être positifs ou négatifs.

Ce couple, Zazzo le définit comme une distribution plus ou moins stable des tâches, des activités quotidiennes. Cette distribution s'organise très tôt. C'est une organisation où chacun définit sa place, ses tâches, ses rôles. Mais aussi, où la personnalité s'affirme pour chacun, par l'autre et par rapport à l'autre.

Les parents ne sont pas neutres face à la construction du lien gémellaire. Cette relation privilégiée entre deux enfants ne se construit pas toute seule de façon inéluctable. Parfois, on a l'impression que les parents mettent en scène leurs jumeaux. Monique Robin, psychologue spécialiste de la gémellité, parle d'un véritable jeu de marionnettes. Dans ses observations, chaque parent leur attribue des intentions dans

De la même manière que la perte d'une mère peut entraîner la mort d'un nourrisson, la perte d'un jumeau peut avoir les mêmes conséquences sur le deuxième enfant du couple gémellaire.

la relation triadique parent-jumeaux. Ils semblent instaurer un dialogue entre les deux enfants et deviennent l'intermédiaire de leurs échanges au cours du premier développement. Certains parents idéalisent le couple gémellaire au point de s'effacer devant lui. La relation parent/enfant devient secondaire face à l'importance de la relation entre jumeaux.

On imagine que ce réseau de relations (qui existe chez les jumeaux dès la naissance du fait qu'ils vivent la plupart du temps en étroite proximité), tissé et renforcé jour après jour, puisse nuire à l'établissement des relations avec les parents et le monde extérieur.

On a pu dire que la société commençait avec trois individus. Un couple n'est pas une société: c'est un système d'une autre nature. Le problème est alors de savoir comment un couple s'intègre à un groupe.

L'attachement

On connaît la souffrance de certains enfants vrais jumeaux à la séparation remettant en cause leur attachement. Celui-ci est *a priori* considéré comme plus fort chez les vrais jumeaux. Gedda émet l'hypothèse de l'existence d'un même instinct de conservation créant ce lien particulier. Zazzo¹⁵ évoque une composante sensuelle qui potentialiserait l'attachement. La question de la sensorialité doit ainsi être évoquée. Les études en psychologie expérimentale ont démontré les capacités sensorielles des fœtus et des nouveau-nés et leur sensibilité à un certain nombre de *stimuli* mettant en jeu l'odorat, l'audition et la mémoire dans la constitution du lien mère/enfant. On peut alors s'interroger sur le rôle de cette sensorialité dans les rapports entre les jumeaux, surtout s'ils ont vécu dans la même poche amniotique. La clinique montre de fait une grande sensibilité de très jeunes bébés à la présence ou non de leur jumeau, qu'ils soient MZ ou DZ. Les jumeaux ont besoin l'un de l'autre pour exister. De la même manière que la perte d'une mère peut entraîner la mort d'un nourrisson, la perte d'un jumeau peut avoir les mêmes conséquences sur le deuxième enfant du couple gémellaire. Il existe chez les jumeaux ce que Zazzo appelle la "syntonie" émotionnelle, autrement dit, une intimité affective profonde, plus fréquente chez les monozygotes, et notamment chez les filles.

D'autre part, Goldberg¹⁶ avance l'hypothèse d'un attachement "*marginalement sûr*" entre les jumeaux. En d'autres termes, la présence d'un pair du même âge pourrait être un facteur de protection qui compenserait une carence dans les soins maternels et qui contribuerait au sentiment de sécurité de chacun des enfants.

Ce lien si particulier qui unit les jumeaux peut avoir des répercussions sur leur comportement respectif et provoquer un déficit de sociabilité. •

14. Zazzo R. (1984). *Le paradoxe des jumeaux*. Paris : Stock. Laurence Pernoud.

15. Zazzo R. 1979. *L'attachement, colloque épistolaire*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.

16. Goldberg S., Perrotta M., Minde K., Carter C. (1986). *Maternal behavior and attachment in low-birth-weight twins and singletons*. Child Development. 57, 34-46.

Caractéristiques du langage des jumeaux

PAR **FLORENCE CALMEIL**, ORTHOPHONISTE

L'INSTINCT DE COMMUNICATION

Pour l'enfant singulier comme pour le jumeau, la communication affective et instinctive précède la communication organisée, structurée en langage social. Mais la transition de l'une à l'autre se produit pour le jumeau selon des modalités très particulières.

Comme on l'a vu à propos de l'attachement, le contact physique avec la mère constitue à lui seul un premier mode de communication de l'enfant avec son entourage. Le jumeau, lui, trouve déjà dans la simple présence physique de son frère une part de sa dose indispensable d'affectivité brute et de contact. Le maternage se surajoute à une relation préexistante. Il ne crée pas chez les jumeaux, comme il le fait chez les nourrissons singuliers, la forme unique de la communication instinctive, puisque celle-ci se trouve déjà présente entre les deux enfants. Alors que pour l'enfant singulier, le contact avec l'extérieur est unique et nécessaire, il vient se présenter au couple de jumeaux comme un simple complément. Or, un enfant qui ne raisonne pas encore n'exige pas un complément; il se contente souvent de l'essentiel. Ceci ne veut pas dire qu'un jumeau soit moins attaché à sa maman qu'un autre enfant. Simplement, la quantité des échanges affectifs – et non leur qualité – est à partager entre elle et le frère ou la sœur. Et ils sont nécessairement plus immédiats et plus globaux avec le semblable qu'avec l'adulte. L'échange interne devient communication prioritaire.

Or, l'acquisition progressive du langage organisé dépend très étroitement des relations affectives de l'enfant avec son environnement. Celles-ci tendent naturellement à s'exprimer par la parole lorsque l'enfant devient capable d'émettre des sons différenciés, puis de les structurer. Pour la plupart des enfants, le besoin de communiquer se dirige donc vers la mère, puis vers l'ensemble de la cellule familiale. Le jumeau oriente ce désir d'expression autant vers la présence qui lui paraît la plus évidente, celle de son frère, que vers sa mère; ces deux relations se différencient sur un point important: dans le premier cas, l'expression est gratuite et libre tandis que dans le second elle est utilitaire (le bébé crie quand il a faim) et se codifie peu à peu

1. Day E.J. (1932). *The development of language in twins, Part I: a comparison of twins and single children*. Child Development. n° 3: 179-199.
2. Piaget J. 1923. *Le langage et la pensée chez l'enfant*. Paris : Delachaux et Niestlé.
3. Savic S. (1980). How twins learn to talk. New York : Academic Press.
4. Luria A.J., Youdovitch F.J. (1959). *Speech and the development of mental process in the child*. Londres : Staples Press.
5. Zazzo R. (1960). *Les jumeaux, le couple, la personne*. Paris : PUF.

Les jumeaux auraient un langage essentiellement axé sur les réactions émotionnelles et les nécessités du moment, à savoir une persistance tardive des modalités de langage infantile.

selon les exigences du langage socialisé. Les conditions de l'activité ludique, en particulier, font apparaître clairement le fait qu'une communication puisse se construire dans une liberté totale.

Par ailleurs, le jeu contribue à fausser davantage la balance des échanges affectifs et verbaux: d'une part, entre deux protagonistes partenaires, déjà en position de forte corrélation physique et psychologique, il développe une intuition aiguë en exigeant la prévision des réactions de l'autre et une compréhension immédiate et tacite; d'autre part, à s'exercer toujours avec le même partenaire et dans les mêmes conditions de complicité, il dessèche les relations des jumeaux avec l'extérieur, alors qu'il offre aux enfants singuliers une possibilité d'ouverture sans cesse renouvelée vers d'autres êtres.

Cette compréhension tacite entre jumeaux, mise en place par le contact gémellaire et exacerbée par le jeu, cette liberté dans l'élaboration des codes relationnels, constituent les conditions déterminantes d'un phénomène étonnant: la naissance de tout un système de communication et de compréhension unique, et propre à chaque couple. C'est le langage gémellaire.

UN LANGAGE ÉMOTIONNEL ET ÉGOCENTRIQUE

Les jumeaux auraient un langage essentiellement axé sur les réactions émotionnelles et les nécessités du moment, à savoir une persistance tardive des modalités de langage infantile. Day¹ observe cette persistance des habitudes infantiles du langage par le phénomène de désignation qui dure plus longtemps. On note également des réponses égocentriques et en rapport avec le contexte immédiat. Piaget², suite à son travail à l'Institut Rousseau de Genève, décrit trois types de réponses égocentriques, à savoir: la répétition ou écholalie, le monologue et le monologue duel ou collectif qui sont groupés parce que non significatifs individuellement.

Day observe également que la tonalité émotionnelle du langage est nettement plus élevée chez les jumeaux et note ainsi dans leur langage, la persistance d'interjections, d'ordres, de menaces plus fréquemment que chez les singulaires.

Pour Savic³, le contenu émotionnel soutenu des échanges gémellaires irait de pair avec les erreurs de langage des jumeaux, et que celles-ci ne seraient sûrement pas commises en d'autres circonstances.

Le couple gémellaire est fusionnel à tel point que la communication verbale vers autrui est plus difficile alors que la communication émotionnelle entre eux est bien plus riche. Et pour cause, leur interlocuteur principal est à leur mesure: linguistiquement simple, immotivé et relativement égocentrique.

LE PHÉNOMÈNE CRYPTOPHASIQUE

À propos de cette déroutante forme d'expression, Luria et Youdovitch⁴ parlaient de "*langage autonome*". René Zazzo⁵ adopta dans un premier temps le terme "*schizophasie*" puis, craignant l'ambiguïté apparente de ce mot, lui préféra celui de "*cryptophasie*", néologisme fabriqué à partir des mots grecs *crypto*, "caché", et *phasis*, "parole". D'autres psychologues utilisent l'expression "*cryptolangage*" et dans le roman de Michel Tournier⁶, il est question d' "*éolien*".

Le terme "*cryptophasie*" a été introduit par Zazzo et correspond à un "*isolement verbal à deux*" selon Frédéric Lepage⁷. Il s'agit de l'existence d'un langage particulier entre les jumeaux, qui peut prendre des formes variées: seuls quelques mots du vocabulaire sont déformés, inventés ou utilisés uniquement entre les jumeaux, comme une marque de connivence entre eux; ou bien, au moment de l'acquisition du langage, la déformation de l'articulation peut être telle que les parents ont du mal à comprendre les enfants pendant un certain temps; dans certains cas plus rares, il s'agit d'un vrai jargon inintelligible qui persiste et gêne les jumeaux dans leur développement intellectuel et leur scolarité.

On retrouve dans ce langage émotionnel et prisonnier du moment présent, de nombreuses écholalies et une absence de syntaxe. Aucune stabilité acoustique des concepts linguistiques n'a pu être mise en évidence.

L'existence de ce phénomène dans ses formes légères est très fréquente chez les jumeaux pendant la première enfance et disparaît assez vite le plus souvent. Il n'est pas restreint aux jumeaux, des camarades très proches ou des frères et sœurs peuvent aussi le présenter.

Ce langage n'est pas complètement "venu d'ailleurs". Les mots déformés ou l'utilisation de tournures grammaticales simplifiées proviennent en général de la langue des parents. Ce phénomène pourrait s'expliquer par les conditions particulières d'acquisition du langage des jumeaux: présence permanente du co-jumeau, apprentissage linguistique simultané et abords plus compliqués de la communication

6. Tournier M. (1975). *Les météores*. Paris : Gallimard.

7. Lepage F. (1980). *Les jumeaux*. Paris : Laffont.

8. Canter S. (1973). *Personality Differences and Biological Variations: A Study of Twins*. Oxford : Pergamon Press.

9. Savic S. (1980). *How twins learn to talk*. New York : Academic Press.

10. McEvoy S., DODD B. (1994). *Twin language or phonological disorder?* Journal of child language. 21. 2: 273-289.

Toutes les études faites sur les jumeaux indiquent un retard des acquisitions dans la prime enfance. Ce retard ne se comble, en général, que vers l'âge de trois ans et il a souvent disparu au début de la vie scolaire.

avec l'entourage adulte. Tout bébé présente, au moment de l'acquisition du langage, des déformations de certains mots ou de l'articulation. Ces déformations incompréhensibles par l'adulte seraient renforcées par le co-jumeau qui, lui, les comprendrait. Toutefois, il faut souligner que ces hypothèses reposent sur quelques études de cas isolés et qu'il n'existe pas d'enquête suivie sur la cryptophasie permettant de comprendre comment elle se constitue et comment elle évolue.

La cryptophasie n'est pas une originalité psychobiologique des jumeaux, ni le résultat d'une atteinte cérébrale à la naissance. C'est ce qu'a prouvé Sandra Canter⁸ en suivant le développement de jumeaux dont l'un était décédé pendant les premiers mois de la vie. Ainsi, chez le "survivant" aucun phénomène de cryptophasie n'a été décelé, alors qu'il présentait les mêmes caractéristiques physiologiques que les jumeaux non déparisés. Sandra Canter conclut donc son étude de la manière suivante: « *Pas de couple, pas de cryptophasie, pas de retard de langage* ».

La cryptophasie est donc une affaire de couples et non de gémellité.

Résidu de babillage pour Savic⁹, retard phonologique sévère pour Mc Evoy & Dodd¹⁰ qui entraînerait cette incompréhension du langage, le sujet est très controversé. Quoi qu'il en soit, si le terme de cryptophasie est encore aujourd'hui utilisé, il n'a plus la connotation négative que lui accordait Zazzo lorsqu'il le qualifiait d'"*effet de couple négatif*" car faisant, la plupart du temps, obstacle à l'acquisition du langage ordinaire. Cette notion exprime désormais plutôt la complicité des jumeaux entre eux qu'une gêne relationnelle avec l'extérieur.

LE RETARD DE LANGAGE

Toutes les études faites sur les jumeaux indiquent un retard des acquisitions dans la prime enfance. Ce retard ne se comble, en général, que vers l'âge de trois ans et il a souvent disparu au début de la vie scolaire. C'est au niveau de l'acquisition du langage que ce retard est le plus facilement observable. Il est plus important chez les jumeaux monozygotes que chez les dizygotes et chez les garçons que chez les filles. Il est également soumis à certains facteurs comme le niveau d'éducation des parents, de la scolarisation précoce et de la séparation des enfants.

Ella J. Day (1932), Luria et Youdovitch (1956) et Zazzo (1960) parviennent à une conclusion identique: la condition gémellaire occasionne soit des retards importants soit des troubles de l'apprentissage du langage. Day observe qu'à âge égal, les phrases des jumeaux sont nettement plus courtes que

celles des autres enfants. À cinq ans, le vocabulaire d'un jumeau se compose d'autant de mots que celui d'un enfant de deux ans et demi ou trois ans. Enfin, les jumeaux maîtrisent mal les difficultés syntaxiques ou les problèmes de mise en relation de divers éléments dans une phrase.

Un facteur supplémentaire vient aggraver ces anomalies : la confusion entre les pronoms dans la personnalisation de la phrase. Le « *je* », le « *nous* », le « *vous* », le « *il* » à propos du frère, le « *elle* » à propos de la sœur sont employés avec des erreurs persistantes. D'autre part, les jumeaux sont généralement désignés par leurs deux prénoms associés ou par la locution « *les jumeaux* ». Il résulte de cet amalgame permanent que, si un enfant singulier réagit à l'appel de son prénom peu avant un an, un enfant jumeau n'aura la même attitude que vers deux ans. L'enfant singulier sait dire son prénom vers deux ans, le jumeau vers trois ans.

Néanmoins, les jumeaux ne sont pas forcément égaux face à leurs retards : le retard de langage peut être plus important chez l'un des jumeaux sans que le retard global soit différent. Dans un certain nombre de cas en effet, l'un des jumeaux prend l'habitude de répondre pour le couple, l'autre "délégant" ce rôle de communication à son jumeau. Ce dernier sera évidemment plus habile à utiliser le langage.

Plutôt qu'un retard, il s'agirait d'après les recherches récentes de Fabrice Bak¹¹, d'un décalage de l'acquisition du langage oral. Ce décalage traduit un retard global de la maturation cognitive qui se résorbe vers les six ans des enfants. Cet intervalle serait dû à l'existence d'une étape supplémentaire dans leur développement : celle de la fusion gémellaire. Cette étape qui leur est propre provoque un décalage de la maturation globale, y compris du langage. Ce qu'on appellera donc à tort "retard de langage" serait tout au plus un décalage maturatif. •

L'entretien prénatal précoce dédié à la grossesse gémellaire

INTERVIEW DE **SARAH MARINO**, SAGE-FEMME
PAR CHRISTINE TALOT, SAGE-FEMME

Sarah Marino est sage-femme référente du Centre des Grossesses Gémellaires (CGM) de l'Hôpital Femme/Mère/Enfant (HFME) de Bron. L'HFME est un des pôles du centre hospitalier universitaire de Lyon, rattaché au groupement Est des Hospices Civils de Lyon.

Quel a été le contexte de création du Centre des Grossesses Gémellaires (CGM) ?

Il a été créé fin septembre 2013, sous la coordination du Dr Mona Massoud, médecin du Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN), formée à la chirurgie laser du syndrome transfuseur/transfusé (STT) par le centre de référence de l'hôpital Necker. Pour rappel, 80 % des grossesses gémellaires sont bichoriales, parmi les 20 % restants de monochoriales, 15 % seront concernées par un STT. Antérieurement, les patientes nécessitant une coagulation des anastomoses placentaires par laser étaient adressées soit à l'hôpital Necker de Paris, soit à Clermont-Ferrand.

L'ouverture de cette unité spécifique de traitement laser a permis de renforcer les consultations et échographies dédiées aux grossesses gémellaires. Le projet a été pensé avec un "temps sage-femme" dévolu à l'accompagnement des patientes gémellaires. Ainsi, je reçois en entretien, dans la mesure du possible, les grossesses multiples pathologiques qui sont prises en charge spécifiquement au sein du CGM mais aussi les grossesses multiples ne relevant pas du CGM inscrites à la maternité et ayant un suivi classique de grossesse multiple sans complication. Je me déplace également au sein de l'unité des grossesses pathologiques pour effectuer des entretiens au lit de la patiente. Ma vacation consacrée aux entretiens prénatals précoces (EPP) ne représente que 20 % de mon temps de travail. J'ai également un temps dédié à la recherche sur les placentas des grossesses monochoriales comme tous les centres réalisant du laser.

Vous réalisez une vacation d'EPP avec des grossesses gémellaires au sein du CGM et vous avez l'expérience des EPP avec des grossesses uniques au sein du service de consultations classiques. Quelles patientes bénéficient des EPP du CGM ?

Au CGM, je réalise des EPP dédiés uniquement aux patientes gémellaires. Même si on n'aborde pas forcément que l'aspect gémellité, ce dernier reste très prégnant. Cela dépend également de la provenance de la patiente. Je reçois des patientes s'étant inscrites à la maternité classique parce

11. Bak F. (2004). Dégémelliser et dédramatiser. *Compte rendu de la conférence du gémellologue Bak F. lors de la première journée d'informations scientifiques sur la gémellité.* [Fédération jumeaux et plus. <http://www.jumeaux-et-plus.fr/content/view/88/108/>].

qu'elles ont eu l'information que l'hôpital réalise beaucoup d'accouchements de jumeaux. Mais je reçois aussi des patientes envoyées au centre en raison de pathologies.

En fonction de la raison pour laquelle elles sont dans le circuit, les attentes et apports ne sont pas les mêmes. La patiente sans pathologie va bénéficier d'un EPP "classique" reprenant ses envies, ses propres expériences, les informations à connaître... Je vais l'orienter vers la préparation à la naissance et les soutiens les plus adaptés pour elle. Puis, il y a les patientes qui viennent parce qu'elles sont déjà dans une procédure de prise en charge d'une pathologie en étant passées par le DAN. Certaines ont eu l'annonce d'un problème sur l'un des fœtus, d'autres présentent un STT. Mon rôle est alors de les préparer aux difficultés, voire d'évoquer le pire. Il y a également le cas où des éléments de gravité ont été annoncés à la patiente. Or, il s'avère que la situation est moins grave que prévue. Dans ce cas, mon rôle consiste à la réorienter vers un suivi plus classique.

Une grossesse gémellaire présente un facteur de risque 8 fois plus élevé de prématurité qu'une grossesse unique. Est-ce un élément de préoccupation évoqué par les patientes ?

Les patientes en sont souvent conscientes parce qu'elles se sont renseignées sur le suivi. Pour les monochoriales avec STT, l'attention est focalisée sur ce point. Elles ne voient pas les autres problématiques. Pour les autres grossesses gémellaires, c'est en effet la préoccupation principale. Je recadre alors sur la notion de prématurité, j'explique les statistiques, le fait qu'un accouchement gémellaire a lieu souvent aux alentours de 36 SA avec une prématurité moins médicalement délétère. Il m'arrive de recevoir des patientes présentant parfois des risques avérés de prématurité parce qu'elles arrivent pour l'EPP à 22 SA et me présentent une échographie du col défavorable ou même sont déjà porteuses de pessaire. De ce fait, je ne me positionne pas dans la même nécessité de réassurance. En clair, les patientes sont, soit dans une projection négative non objectivée, soit elles sont déjà dans des difficultés. J'adapte mon accompagnement.

La grossesse gémellaire est souvent présentée comme une épreuve marquée de difficultés physiques et psychologiques. Pensez-vous qu'il faille se former spécifiquement pour les entretiens avec ce type de patientes ?

Pour ma part, non, car j'exerce depuis plusieurs années en consultations avec des EPP pour toutes les patientes dont les gémellaires. Mon expérience passée en tant que sage-femme de DAN m'a appris comment aborder plus spécifiquement les grossesses pathologiques. Au bout de quelques mois d'EPP avec les grossesses multiples, j'ai pu identifier les questions et attentes récurrentes typiques liées à la gémellité. J'ai d'ailleurs par la suite créé des groupes pour les patientes dont la grossesse se déroulait normalement pour qu'elles puissent profiter de réponses collectives sur leurs préoccupations. Cela tourne souvent malgré tout autour de la prématurité. Sur un entretien qui dure trois quarts d'heure/une heure, je vais régulièrement passer une demi-heure à parler de la prématurité: comment on accouche dans ce cas, qu'est-ce que la néonatalogie,

qu'est-ce qu'il s'y passe, quelles sont les conséquences pour la mère et les enfants, l'allaitement ?

Vos patientes évoquent-elles des difficultés dans leur construction d'une parentalité multiple ?

C'est en effet un sujet de préoccupation. Les patientes qui ont des inquiétudes ont pu déjà poser un certain nombre de questions au médecin lors de la consultation médicale d'ouverture de dossier. Elles ont ensuite un temps de réflexion entre ce rendez-vous et l'EPP, ce qui constitue une base pour apporter aide et soutien à la construction de la parentalité. J'ai eu des cas où les patientes étaient en réelles difficultés, c'était dans un contexte de parcours d'AMP très compliqué avec double don, le fait qu'il y ait deux enfants a exacerbé les difficultés. Les patientes "avouent" presque toutes avoir été surprises, voire choquées, avoir pleuré à l'annonce de la grossesse gémellaire et encore plus à l'annonce de triplés. Il y a toujours la nécessité d'un temps de recul avant d'accepter l'idée de la grossesse multiple d'autant plus s'il existe déjà une fratrie.

Les patientes évoquent-elles des projets de naissance pour leur accouchement ?

Elles le demandent beaucoup moins spontanément que les grossesses singulaires. Pour celles qui ont des complications médicales, je ne l'aborde pas. Je l'évoque uniquement pour celles pour qui la possibilité est ouverte. Elles sont d'ailleurs souvent surprises qu'elles puissent y avoir droit. Pour les demandes spontanées, on discute de leurs idées qui vont permettre d'améliorer la vision qu'elles ont de la naissance. Je ne réalise pas les séances de préparation à la naissance mais je les oriente vers les modalités les plus adaptées. Lorsque je vois les patientes vers 32-33 SA qui ont déjà fait la préparation et qui ont un projet élaboré, on discute de la fin du parcours de façon plus précise puisqu'à ce terme des éléments de pronostics pour l'accouchement sont connus tels que le poids et la position des fœtus.

Quels sont les relais d'aides psychologiques ou autres que vous pouvez proposer ?

L'idée du médecin coordinateur lors de la création du CGM était de modéliser sur les "twin clinic" à l'anglo-saxonne. Le centre propose un chemin dédié à la prise en charge des STT ce qui permet la survie sans séquelle, à 80 % d'un jumeau, à 65 % des deux. En complément, le centre propose des temps dédiés pour les professionnels sages-femmes et pédopsychiatres. Lors de mes consultations classiques, il n'est pas rare d'attendre presque trois semaines pour avoir un rendez-vous avec le pédopsychiatre; les patientes du CGM ont un accès facilité réduisant le temps d'attente à une semaine. Un temps d'assistante sociale est aussi dédié. Sur Lyon, la problématique d'accès au logement est prégnante. J'ai également établi un véritable partenariat durable avec l'association « jumeaux et plus » avec, notamment, la participation à des congrès. Je me suis également rapprochée, et ce dès la mise en place du CGM, des groupes de sages-femmes libérales pour leur présenter le projet. L'idée est de créer un étayage au plus proche des patientes en lien avec les associations, les sages-femmes libérales et la PMI. •

Les soins gradués sont-ils des soins dégradés ?

PAR **ISABELLE DERRENDINGER**, DIRECTRICE DE L'ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE NANTES ET **SYLVIE MOREL**, SOCIOLOGUE

Le 27 décembre 2017, Le Monde publie un article titré « Consulter un gynécologue : la grande galère », qui tire la sonnette d'alarme sur les conditions d'accès aux soins médicaux pour les femmes.

S'appuyant sur les données fournies par l'Assurance Maladie, le journaliste précise que le nombre de gynécologues médicaux a chuté de 41,6 % entre 2007 et 2017, et que s'ils sont actuellement 1 136 sur le territoire français ; ils ne pourraient être que 531 en 2025. Les conséquences de cette « pénurie » sont détaillées : allongement considérable des délais de rendez-vous, dépassement d'honoraires, renoncement aux soins. Au terme de cette liste, le journaliste prédit « une mise en danger de la santé de millions de femmes, de jeunes filles en particulier ».

En réponse à cette alerte médiatique et devant la préoccupation grandissante des femmes exprimée sur les réseaux sociaux, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes publie un communiqué de presse le 29 décembre pour rappeler et réaffirmer publiquement le rôle primordial des sages-femmes auprès des femmes en bonne santé, et ainsi rassurer la population. Si ces publications mettent une nouvelle fois en première ligne une vieille querelle interprofessionnelle, elles posent surtout la question de la prise en charge de la santé génésique des femmes en France, organisée dans un parcours de soin dont l'efficience reste à construire.

Au travers de ce communiqué, les sages-femmes affichent leur volonté d'être reconnues et identifiées par les femmes comme un acteur de premier recours dans leur domaine de compétences qu'est la physiologie. Certains voient dans cette graduation des soins une « ubérisation » de la santé des femmes, à l'instar d'Odile Buisson en 2013. Cependant, faut-il considérer cette modification de l'offre de soin comme le signe de sa dégradation ? Et les sages-femmes comme des acteurs de santé « *low cost* » ?

La mobilisation de cet argument des « soins dégradés » par une poignée de médecins n'est pas nouvelle dans le débat portant sur l'inégalité géographique dans l'accès aux soins. En 2012, lorsque François Hollande s'engage à « garantir pour chaque Français un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015 », le SAMU-Urgences de France, un syndicat de médecins urgentistes, avançait déjà cet argument pour justifier son refus d'une « paramédicalisation » des urgences, soit une approche qui implique de déléguer certaines compétences de soins d'urgence, considérées comme médicales en France, à des professionnels non-médecins (infirmiers et/ou

Selon cette approche du problème, les « soins gradués » c'est-à-dire envisagés ici avec des paramédicaux, sont considérés comme des solutions « dégradées » et « non éthiques ».

ambulanciers privés). Lors des premières assises organisées en 2012 pour répondre à l'engagement de François Hollande, les élus du SAMU-Urgences de France ont en effet affirmé publiquement : « les « soins gradués » seraient, en fait des « soins dégradés » pour la partie de la population concernée ; il n'est, en effet, en rien légitime de considérer que certains patients (dans les villes) auraient accès à des médecins spécialisés en médecine d'urgence tandis que d'autres (dans les campagnes reculées) auraient seulement accès à des infirmières ». Selon cette approche du problème, les « soins gradués » c'est-à-dire envisagés ici avec des paramédicaux, sont considérés comme des solutions « dégradées » et « non éthiques ». Suivant ce raisonnement, seuls les médecins spécialistes ou ayant reçu une formation spécifique, à savoir les médecins correspondants SAMU, sont en capacité d'assurer l'efficience et la qualité des soins d'urgence en tout point du territoire.

Pour mieux comprendre les enjeux de cette controverse, approche médicale versus paramédicale des urgences, il est important de préciser le contexte de production de ce discours

Dans les faits, le discrédit public porté par ce syndicat sur l'approche paramédicale des urgences constitue une réponse à la politique de « paramédicalisation des secours » initiée depuis 2007 par la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France (FNSPF), via la création des véhicules de liaison infirmiers (VLI). L'objectif de cette politique, soutenue par le ministère de l'Intérieur, est de pallier l'insuffisance connue du maillage territorial par les services mobiles d'urgence et de réanimation, la FNSPF considérant par ailleurs que l'idée de médicaliser les urgences est désormais obsolète. En cela, elle s'oppose aux élus du SAMU-Urgences de France, pour qui seuls les médecins spécialisés – urgentistes – peuvent assurer un accès aux soins d'urgence de qualité, l'intervention d'autres professionnels de santé (non-médecins) constituant une « perte de chance » pour les patients.

Cet argumentaire visant à disqualifier sur le mode de l'évidence une approche pourtant en vigueur dans de nombreux pays européens (Autriche, Allemagne, etc.) et outre-Atlantique (Canada, États-Unis, etc.), n'est étayé par aucune référence scientifique. En outre, que l'on prenne

en compte les seuls polytraumatisés ou bien l'ensemble des interventions d'urgence pré-hospitalières, aucune étude n'a semble-t-il prouvé la supériorité du système médical d'urgence français sur l'approche paramédicale.

Comparant l'organisation des urgences médicales pré-hospitalières de l'hexagone au système paramédical anglais, Jean-Dominique Bellier concluait d'ailleurs, en 2001, dans sa thèse de médecine qu'« *en fait, le bénéfice de ces deux types d'organisation pré-hospitalière n'est pas clair. Deakin souligne d'ailleurs qu'il n'existe aucune preuve qu'un des deux systèmes soit supérieur à l'autre lorsqu'est prise en compte la traumatologie pré-hospitalière dans son ensemble* » (Bellier, 2001). Ses résultats rejoignaient ceux du Dr David Trewick qui, dans sa thèse de médecine, relève que « *jusqu'à présent, aucune étude prospective n'a comparé directement la survie des patients et la morbidité, à l'organisation des systèmes de secours* » (Trewick D., 2000).

Bien plus encore, selon l'auteur, une étude comparée de la prise en charge de l'accident cardio-respiratoire indiquerait que la Grande-Bretagne obtient de meilleurs résultats que la France, du fait notamment de la diffusion précoce du défibrillateur semi-automatique (DSA) parmi le personnel de secours alors que dans l'Hexagone, son usage « *l'a été réservé longtemps au corps médical* ». Ce blocage a conduit à ce qu'« *en matière d'équipement en défibrillateurs, la France accuse un retard significatif en comparaison avec certains pays comme la Grande-Bretagne, l'Autriche, les États-Unis, etc.* ». En effet, dans ces pays, « *le taux de survie après un arrêt cardiaque atteint 10 à 30 %, contre seulement 2 à 3 % en France* » (Aliot, Mansourati, Gueugniaud, Occulti, 2008). D'après les données de la Fédération Française de Cardiologie, il est pourtant aujourd'hui acquis que la mise en place du DSA dans les lieux publics ainsi que la formation de la population à son usage, a permis de réduire sensiblement la mortalité des victimes d'arrêt cardiaque. Or, il a fallu des années en France pour qu'une poignée de représentants élus de la profession médicale acceptent sa diffusion et, par là même, de former des professionnels non-médecins et la population à un acte qu'elle considérait comme relevant strictement de sa compétence.

La comparaison entre pays nous enseigne ainsi que des compétences considérées comme « naturellement » médicales en France, relèvent bien souvent chez nos voisins européens et outre-Atlantique de compétences propres de profession-

La comparaison entre pays nous enseigne ainsi que des compétences considérées comme « naturellement » médicales en France, relèvent bien souvent chez nos voisins européens et outre-Atlantique de compétences propres de professionnels de santé non-médecins.

nels de santé non-médecins. En restant dans le domaine de l'urgence, prenons l'exemple cette fois-ci des ambulanciers paramedics canadiens dont les compétences sont graduées². Dans ce pays, on distingue les techniciens ambulanciers qui ne disposent d'aucune compétence médico-technique avancée, des « paramedics » dont les soins incluent « *l'installation d'un tube (Combitube®) pour sécuriser les voies respiratoires, de même que l'administration de certains médicaments par voies intramusculaires, sous-cutanée, sous-linguale, orale, intranasale, et par inhalation.* » (Dodeler et Tremblay, p. 10). Ces gestes, réalisés sous protocoles validés par des médecins, sont considérés en France comme relevant du rôle médical et, à ce titre, ils restent interdits aux ambulanciers français.

Cette comparaison présente ici l'intérêt de faire apparaître la relativité culturelle de la frontière juridico-professionnelle entre acte médical et non médical qui, dans l'Hexagone, tend trop souvent à être naturalisée. Ces études montrent au contraire qu'elle est le produit d'une construction socio-culturelle (Pasveer et Akrich, 1996 ; Morel, 2018). Rarement mobilisées dans les débats, voire occultées, ces études jettent ainsi le trouble sur l'argumentaire des « soins dégradés » en rappelant l'existence d'autres formes de coopérations interprofessionnelles. Ces travaux démontrent par ailleurs que le « transfert de tâches », la « délégation de compétences » ou encore, les « pratiques avancées³ », quel que soit le nom qu'on leur donne, ne sont pas forcément synonymes de « soins dégradés » ou d'une « ubérisation » de la santé, loin s'en faut (Reynaudi, Sauneron, 2011).

Plus largement, un rapport d'évaluation de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) et de la Haute Autorité de Santé (HAS), publié en 2008, a d'ailleurs souligné les résultats positifs de seize expérimentations de « transferts de compétences » menées entre 2003 et 2007⁴ (HAS, 2008). Ces expérimentations portaient sur des actes techniques et médico-techniques variés (échographie, échocardiographie, explorations fonctionnelles digestives, suivi de patients recevant des chimiothérapies à domicile), ainsi que sur des actes médicaux (consultation de prévention et de dépistage pour le suivi des maladies chroniques). Leur évaluation montre, entre autres, que la délégation d'actes médicaux à des professionnels non-médecins bien formés (avec de la théorie et de la pratique), permettait la réalisation de soins dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour les patients. Au regard de ces résultats scientifiques, la notion de « soins dégradés » apparaît finalement relever davantage de l'argument d'autorité et de la formule politico-média que du raisonnement scientifique. À cet égard, une recherche doctorale menée sur la question de l'inégalité géographique dans l'accès aux

1. Il précise que son étude a juste pour objectif de « poser la question de l'intérêt de la médicalisation des secours ».
2. Nous aurions aussi pu prendre l'exemple allemand, suisse, autrichien ou encore, anglais. En Allemagne par exemple, on distingue trois grades d'ambulanciers : les Rettungshelfen, les Rettungssanitäter et les Notfallsanitäter. En France, la formation est graduée depuis 2007 (auxiliaire ambulancier, ambulancier diplômé d'État), mais la formation d'un ambulancier DEA reste encore largement inférieure à ses homologues européens
3. La notion de pratique avancée en soins infirmiers a été officialisée par l'article 119 de la loi de modernisation du système de santé promulguée le 26 janvier 2016. Cette appellation remplace la notion de délégation de tâches médicales validée par la HAS et reconnue par l'ARS, en application de l'article 51 de la loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPST) promulguée le 21 juillet 2009.
4. Ces expérimentations ont été menées suite à la publication de l'article 131 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui donne une base juridique aux transferts de tâches.

soins d'urgence montre que le débat sur l'accès aux soins d'urgence gagnerait à se déplacer d'une approche dominante en termes de « déserts médicaux » et donc de répartition géographique des médecins, vers une approche en termes de répartition des compétences entre les professionnels (Morel, 2014).

Qu'en est-il de l'organisation de l'offre de soins concernant la santé des femmes ?

Si l'enjeu ne se situe pas ici au niveau d'une délégation médicale à une profession paramédicale, le spectre des « soins dégradés » n'en reste pas moins brandi par une poignée de médecins dans le débat sur les inégalités d'accès aux soins gynécologiques. À l'instar du débat sur les urgences, il apparaît bien comme étant le symptôme de la vision « médecin-centrée » de ce problème de santé publique, fondée ici sur une méconnaissance des compétences des sages-femmes. En cela, il se rapproche du discrédit porté sur l'approche paramédicale des urgences.

À ce titre, les années 1970 ont marqué un tournant en faisant émerger la notion de risque périnatal. Perçue auparavant comme un état physiologique, la périnatalité se définit dès lors comme une situation potentiellement dangereuse. En 1972, le ministère de la Santé édite une brochure précisant que l'accouchement dit normal est une notion *a posteriori*. Tout accouchement comporte donc un risque et doit être surveillé. Cette perception de la naissance va changer définitivement l'approche obstétricale. La maternité va devenir, pour les femmes et les professionnels qui les accompagnent, une source de préoccupation permanente, nécessitant un environnement de plus en plus technique à visée sécuritaire, trouvant sa légitimité dans une *evidence based medicine* qui compose le socle scientifique des décisions cliniques de plus en plus soumises aux actions juridiques. Elle engage parallèlement les pouvoirs publics à centrer les décisions politiques sur l'hôpital, lieu de la médecine programmée et d'urgence pour tous, visant à réduire les inégalités sociales et territoriales.

S'il compose la principale structure de l'enseignement clinique, l'hôpital concentre aussi la recherche fondamentale et appliquée. Il héberge ce qu'Ulrich Beck définit comme une « *professionnalisation réussie* » : il délivre à la clinique et aux médecins qui l'exercent le cercle du pouvoir professionnel. Fondé sur la triade soin-enseignement-recherche, il leur confère une dimension « sub-politique », illustrée par les sociétés savantes qui définissent les enjeux de santé publique et le niveau de risque acceptable pour la population, fondé sur des niveaux de preuve scientifique. Dès lors, la scientification croissante de la santé des femmes laisse de côté la dimension holistique, préoccupation au cœur des débats actuels.

Ces orientations ont conduit à ce qu'Ulrich Beck nomme la « *déstandardisation du travail* » : la segmentation de l'exercice professionnel des sages-femmes hospitalières, parallèlement à la diminution de l'exercice libéral, a contribué à la fragmentation de cette prise en charge de la santé des femmes, reléguant la profession au rang d'auxiliaire médicale.

Tout comme la démonstration a été faite que la notion de « soins dégradés » des urgences n'est pas fondée scientifiquement dès lors que les professionnels paramédicaux sont

1/3 des grossesses est non désiré et la moitié va donner lieu à une IVG... 1 femme sur 5 entre 25 et 50 ans n'a pas bénéficié de frottis cervico-utérin au cours des cinq dernières années... 12 % des femmes n'ont aucun suivi gynécologique entre 20 et 23 ans...

bien formés, il apparaît nécessaire de lever le malentendu à propos de la formation initiale en maïeutique, les détracteurs des sages-femmes évoquant souvent une faiblesse de leur formation en comparaison des douze années d'étude nécessaires pour devenir médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique.

Si le programme des études est certes sans commune mesure avec les trois cycles des études de médecine, seul le troisième cycle de formation médicale est consacré à la spécialisation dans sa dimension physiopathologique. Il ne s'agit donc plus d'opposer la « faiblesse » d'une formation en 5 ans à une en 12 ans, mais un parcours de spécialisation en 4 ans centrés sur la physiologie en santé générésique pour les sages-femmes *versus* 6 ans de spécialisation faisant une part importante à la pathologie et aux techniques opératoires pour les médecins.

Si la formation initiale ne justifie donc pas la crainte de l'« ubérisation » de la santé des femmes évoquée par Odile Buisson, intéressons-nous aux indicateurs de santé de celles-ci : les résultats ne démontrent pas la supériorité du système actuel fondé sur l'action médicale spécialisée.

La principale spécificité des femmes est la santé reproductive, qui nécessite une prise en charge optimale afin d'éviter les grossesses non désirées, les interruptions volontaires de grossesse (IVG), les complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Le suivi gynécologique s'attache particulièrement à permettre le dépistage des cancers gynécologiques, les consultations de régulation des naissances, la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles, la prévention et le dépistage des violences, des troubles de la sexualité, la prise en charge des IVG.

Aujourd'hui, en France, un délai d'attente de 4 à 8 mois est nécessaire pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste. Un tiers des grossesses est non désiré et la moitié va donner lieu à une IVG. De même, 1 femme sur 5 entre 25 et 50 ans n'a pas bénéficié de frottis cervico-utérin au cours des cinq dernières années contrairement aux recommandations des sociétés savantes. Par ailleurs, 12 % des femmes n'ont aucun suivi gynécologique entre 20 et 23 ans et 40 % ne réaliseraient pas de frottis réguliers⁵. *Last but not least*, les femmes les plus défavorisées ou habitant un territoire de santé à faible densité de gynécologues médicaux ne bénéficient, quant à elles, d'aucun suivi régulier⁶.

5. www.e-cancer.fr/presse/8592-cancer-du-col-de-luteras-une-campagne-pour-savoir-ou-realiser-son-frottis

6. B. Jacques, S. Purges. *L'accès aux soins en santé générésique et reproductive des femmes précaires et/ou migrantes du Médoc : analyse sociologique*, Rapport final pour l'IREPS, Janv. 2014, 133 p.

S'agissant de la contraception, les études révèlent que même si 75 % des femmes déclarent utiliser un moyen contraceptif, les échecs demeurent fréquents. Sur ce point, il a été mis en évidence un manque important d'informations, notamment concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et de contraception d'urgence (délai d'efficacité, moyens de recours). La prévention des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées se révèle aussi insatisfaisante chez les jeunes. Selon l'enquête *Health Behaviour School-Aged Children* de l'OMS, 23 % des Françaises âgées de 15 ans ont déjà eu des rapports sexuels contre 32 % des garçons : seuls 41 % des adolescents utilisent des préservatifs lors de leurs rapports sexuels et seulement 19 % des filles utilisent un moyen contraceptif supplémentaire combiné au préservatif. En 2009, 339 045 boîtes de contraception d'urgence ont été distribuées par des infirmières scolaires françaises.

Par ailleurs, l'absence de dépistage est estimée à 23,7 % alors même qu'il est reconnu comme étant le principal facteur de risque du cancer du col. Et selon une étude réalisée par la Société française de Colposcopie et Pathologie cervico-vaginale, 43,1 % des femmes ont bénéficié d'un frottis dans un délai supérieur à trois ans. Enfin, il a été mis en évidence par plusieurs enquêtes « *un manque d'information médicale précise et compréhensible* » potentiellement anxiogène lors de la réalisation des dépistages par frottis. Une étude menée en France et en Europe⁷ en 2014 a permis d'observer, dans le cas d'un résultat anormal, une anxiété pour 74 % des cas, un stress pour 38,6 % et 25 % d'incompréhension. Ces valeurs sont supérieures aux observations menées dans les autres pays. Certes, nous constatons depuis plusieurs années une augmentation des politiques de prévention et de dépistage : des campagnes d'informations ont été mises en place et des primes à la performance sont attribuées aux médecins généralistes afin que ces objectifs soient atteints. Cependant, en 2012, encore 46 % des patientes n'ont pas eu un dépistage du cancer du sein alors qu'un quart des décès féminins survenus avant 65 ans pourrait être évité si la pathologie était diagnostiquée précocement. Pour expliquer ces résultats insatisfaisants, les spécialistes sont tentés de mettre en avant leur faible démographie : cet argument ne résiste pas à l'analyse des résultats obstétricaux qui restent tout aussi insatisfaisants alors même que la démographie des gynécologues-obstétriciens n'est pas mise en cause.

En France, bien que le suivi de la grossesse fasse l'objet de recommandations parfaitement codifiées par la Haute Autorité de Santé, l'enquête périnatale nationale conduite en 2016 a en effet montré que 71,5 % des femmes n'avaient pas d'entretien prénatal précoce, avec de grandes disparités régionales, et que 22 % des primipares ne suivaient pas de séances de préparation à la naissance et à la parentalité. De même, 8,5 % des femmes interrogées ne bénéficiaient pas non plus, du nombre de consultations recommandé et près de 8 % déclaraient leur grossesse après le premier trimestre. Ces résultats insatisfaisants s'expliquent, selon les Observatoires Régionaux de Santé (ORS), par un accès difficile aux soins dans un délai raisonnable rencontré par

La problématique actuelle de la santé des femmes gagnerait à se déplacer d'une approche alarmiste sur la démographie des gynécologues vers une approche ciblée sur la répartition des compétences entre professionnels, visant à lutter contre les inégalités sociales et territoriales.

la population sur certains territoires. Mais aussi, par un manque d'informations et d'actions de prévention auprès de la population. Sur ce dernier point, l'enquête de périnatalité de 2016 révèle en effet que le contexte social des femmes s'est dégradé depuis la précédente enquête de 2010 : si leur niveau d'études s'est élevé avec près de 55 % des femmes enceintes qui ont réalisé des études supérieures, la situation professionnelle des familles s'est altérée avec 28 % des familles bénéficiaires d'aides sociales de l'État. Par ailleurs, l'étude démontre que le rôle des sages-femmes, comme acteur de premier recours, semble mieux pris en compte même si le gynécologue-obstétricien reste le professionnel le plus consulté.

Au regard de l'ensemble de ces données, il nous semble important de rappeler ici les compétences des sages-femmes

Depuis la loi HPST de 2009, elles sont habilitées à pratiquer les consultations gynécologiques de prévention. Elles réalisent les frottis et peuvent dépister un cancer ainsi que prescrire des examens. Elles ont aussi la possibilité de prescrire tous les moyens de contraception et même, de poser et retirer un stérilet ou un implant contraceptif. Depuis 2016, elles sont également habilitées à prescrire et pratiquer les IVG médicamenteuses, à vacciner l'entourage de la femme et du nouveau-né. Dans ce contexte, la question de la filiarisation de l'offre de soin en santé génésique, qu'occulte l'argument des « soins dégradés » bien plus qu'il ne l'éclaire, apparaît au centre du débat. Et le verrou majeur bloquant toute réforme dans l'approche du problème de l'inégalité d'accès aux soins, que ce soit dans le domaine des soins gynécologiques ou d'urgence, apparaît donc bien d'ordre culturel et corporatiste.

Dans son projet stratégique 2013-2016, la Haute Autorité de Santé a déclaré vouloir « *répondre aux principaux enjeux de la régulation par la qualité et l'efficience que sont des parcours de soins efficents et des approches centrées sur le patient en renforçant l'expertise et les modalités d'évaluation du système de santé.* » Selon les différentes études internationales, cette démarche consistant à considérer le patient comme une personne unique afin de construire une alliance thérapeutique entre ses attentes et la demande des professionnels, permet d'améliorer sa prise en charge. Cette approche holistique permet une meilleure observance, une diminution de la sous et sur-utilisation des soins médicaux ainsi qu'une diminution des coûts liés à la multiplication des examens ou des consultations de spécialiste. Tout comme le débat sur l'accès aux soins d'urgence, la problématique actuelle de la

7. Id.

santé des femmes gagnerait à se déplacer d'une approche alarmiste sur la démographie des gynécologues vers une approche ciblée sur la répartition des compétences entre professionnels, visant à lutter contre les inégalités sociales et territoriales.

Selon la HAS, la méthode centrée sur le parcours suppose une coordination de l'ensemble des déterminants et des acteurs qui interviennent, intégrant l'organisation des soins, d'une stratégie thérapeutique et de prise en charge, dans une perspective de parcours personnalisé pour un patient donné. Au vu des différentes spécificités territoriales, cette méthode doit se baser sur l'observation et l'analyse des difficultés et de l'état de santé des différentes populations, données fournies par les ORS. Chaque ARS, acteur majeur de la régulation des soins sur le territoire, doit donc prendre en main ce projet de parcours de santé des femmes afin de répondre aux besoins personnalisés de la population féminine qu'elle représente.

Au regard de la persistance voire de l'aggravation du problème de l'inégalité territoriale dans l'accès aux soins gynécologiques et d'urgence, il nous semble désormais urgent de sortir des postures défensives « médecin-centrées » qui ne font qu'opposer les professionnels entre eux et inquiéter inutilement la population pour, enfin, reconnaître les rôles de chacun dans un respect des compétences partagées visant un objectif commun : favoriser l'accès à des soins de qualité pour tous. Œuvrer à cette dimension collective nous permettra alors de « faire en sorte que la population reçoive la combinaison optimale, et non additionnelle des bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût. ⁸ » •

8. HAS, projet stratégique 2013-2016.

RÉFÉRENCES

- Pr Aliot E., Pr. Mansourati, J. Pr Gueugniaud P.Y., Occulti J., « Arrêt cardiaque », Cespharm, Éducation et prévention pour la santé, fiche technique, décembre 2008.
- Beck U. (2008) *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Édition Flammarion.
- Bellier Jean-Dominique, *Les secours sanitaires d'urgence pré-hospitaliers en France et en Angleterre : état des lieux, organisation et fonctionnement en Ille-et-Vilaine et dans le West country*, Thèse de doctorat de médecine. Sous la direction de Brajul Jean-Paul, Université Rennes I, 2001.
- Bernis (de) L. (2010) *Mortalité maternelle, estimations et stratégies*. Communication orale au Colloque MAE, Mortalité Maternelle.
- Brodin M., Naiditch M. (2001) *Les politiques publiques de santé et l'organisation des soins périnataux*. In : Pédiatrie hospitalière (Progrès en pédiatrie n° 8), Drouin.
- Buisson O., 2013 « *Saie temps pour les femmes, futures mères si vous saviez* », Édition J.-C. Gawsewitch. 240 p.
- Carricaburu D. (2005) *De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public*. In : Sociologie du travail, n° 47, 245-262.
- Cohen D., McDaniel R.R. Jr., Crabtree B.F., Ruhe M.C., Weyer S.M., Tallia A. et al. (2004) *A practice change model for quality improvement in primary care practice*. J Healthc Manag May ; 49 (3) : 155-68.
- Derrendinger I. (2016), *Représenter le modèle périnatal français. La théorie des biens communs d'Elinor Ostrom*. Editions Universitaires Européennes. 96 p.
- Dodeler, N., Tremblay, D.-G., 2011, *Conciliation emploi-famille et horaires de travail chez les paramédics (ambulanciers)*, Téluq-Arucs-GATS, 50 p.
- European perinatal health report. (2010) *Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe*. Accessible en ligne.
- Haute Autorité de Santé, « *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopérations entre professionnels de santé ?* », 2008.
- International Confederation of Midwives (2013) *Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme*. <http://internationalmidwives.org>
- Morel S., 2014, *L'urgence à plusieurs « vitesses » : fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence en France. Genèse et réalité d'un sous-champ sanitaire*, Doctorat de sociologie, Université de Nantes.
- Morel S., « *De transporteurs à soigneurs ? Vers une segmentation du travail des ambulanciers privés français* », Sociologie du Travail, 60 (1), 2018.
- OMS (2014) Banque mondiale, UNFPA, UNICEF. *Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2013*. Genève : OMS.
- Pasveer, B., Akrich, M., 1996. *Comment la naissance vient aux femmes : Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*. Broché, Paris.
- Reynaudi M. et Sauneron S. (2011), « *Quelles opportunités pour l'offre de soin de demain ? (volet 1), Les coopérations entre professionnels de santé* », La note d'analyse, n° 254, Centre d'analyse stratégique.
- Ronsmans C. & Graham W. J. (2006) *Maternal mortality : who, when, where, and why*, www.thelancet.com Vol 368 30 : 1189–200.
- Souza JP, Gürmezoglu AM, Vogel J, et al. (2013) *Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality. The WHO multicountry survey on maternal and newborn health : a cross-sectional study*. Lancet ; 381 : 1747 – 55.
- Trewick D., « *Aide Médicale Urgente : comparaison du système français (Nantes) au système britannique (Southampton) au travers deux pathologies cibles : l'arrêt cardio-respiratoire et la douleur thoracique, d'origine cardiaque, extra-hospitaliers : mise en œuvre du protocole (de néphrologie)* », Thèse d'exercice, Médecine, sous la direction du Docteur Frédéric Berthier, Université de Nantes, 2000, [chapitre III].
- Yee LM et coll. (2015) *Mode of delivery preferences in a diverse population of pregnant women*. Am J Obstet Gynecol 212 : 377.e1-24.
- <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-établissements>.
- http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/12/27/consulter-un-gynecologue-la-grande-galere_5234776_1651302.html#Zh9LjEoiWhPwmBcy.99.

sonicaid Team 3

La nouvelle génération de cardiotocographes ante et intrapartum



Prise en charge des triplés



Archivage des tracés
Base de données patientes



Ecran tactile intuitif
Double affichage numérique ou tracé



Paramètres maternels
Surveillance RCM, PNI, SpO₂

HUNLEIGH



Analyse OXFORD

Système expert breveté et exclusif d'aide à la décision. Critères de Dawes & Redman. Base de données de 100 000 tracés CTG.



TECHMED

Le spécialiste du monitoring fœtal

Retrouvez-nous sur www.techmed.fr ou contactez-nous au 01 48 03 88 88

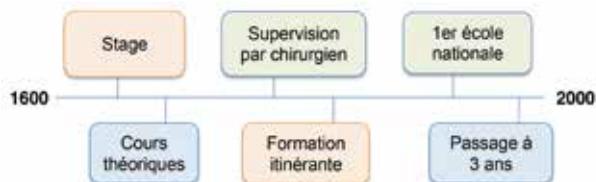
8 rue de l'Hôpital Saint-Louis 75010 Paris - Tél : 01 48 03 88 88 - info@techmed.fr

Approche historique de l'évolution des Écoles de Sages-femmes en France

PAR **DOMINIQUE BONNET**, SAGE-FEMME ENSEIGNANTE AU CHU DE TOULOUSE
DOCTEURE EN SCIENCES DE L'ÉDUCATION AIX-MARSEILLE-UNIVERSITÉ.

Dans le contexte de l'évolution de la formation initiale des sages-femmes, c'est l'approche historique de ce processus qui nous intéresse. Cette formation n'est pas vraiment un sujet moderne : sa trace est repérée dès 1640.

ÉVOLUTION DE LA FORMATION ET DES PROGRAMMES DE FORMATION À TRAVERS L'HISTOIRE



LA TRANSMISSION

Au XVII^e siècle, l'influence de la sage-femme sur la population est prégnante : leur disponibilité est un de leur principal atout. Ainsi, les institutions de l'époque veulent maîtriser cette profession en normalisant une formation permettant son exercice : l'Église met en place cette réforme.

À l'époque, enfanter n'est pas sans risque : la femme a des obligations relevant de tâches domestiques épuisantes et la régulation des naissances n'est pas du tout à l'ordre du jour mettant en danger les femmes plus âgées : ces complications sont la cible de la mise en place d'une formation des matrones.

Madame Le Boursier Du Coudray, sage-femme parisienne, met en avant la disparité entre Paris et la Province. Elle se déplace en Province, au contact des matrones pour mettre en avant des techniques nécessaires dans la pratique de l'obstétrique. La formation utilise un mannequin qui permet une pratique en simulation. Ce format de formation améliore surtout la communication dans une époque où chaque région a son patois. Madame Le Boursier Du Coudray propose une série de fiches qui résument ses préceptes. C'est elle qui fait entrer l'enseignement des matrones dans un processus didactique.

Comment alors, apprenaient les matrones en exercice, antérieurement à ce programme ? Le nom même de sage-femme et leur place dans la société donnent des explications : cette professionnelle relève de la sagesse philosophique et doit pouvoir prétendre à accéder à la vie de chacun (Coulon-Arpin, 1982). Le savoir est oral, lié à l'expérience. D'ailleurs, c'est sa confrontation à une médecine relevant de la science et donc de processus contrôlables que les techniques d'apprentissage de Madame Le Boursier Du Coudray prennent le pas.

Toute femme du territoire doit pouvoir bénéficier d'un savoir-faire identique. L'apprentissage est majoritairement sur le mode oral (Lemétayer, 2000). Nous avons pu observer le maintien de ces sources d'information lors d'un séjour outre-mer, où des habitudes locales persistent. L'exercice en obstétrique a donc un ancrage dans le savoir profane qui est certainement l'héritage de ces pratiques très anciennes. Ces pratiques persistent au-delà de la modernité et sont à prendre en compte dans l'apprentissage.

L'histoire de l'apprentissage en maïeutique relève de la rupture, tellement les méthodes proposées d'une période à une autre sont différentes. Cependant, ceci n'a pas amené la disparition des sages-femmes : de nouveaux processus ont émergé, améliorant même l'efficacité de leurs pratiques (Beauvalet-Boutouyrie & Renard, 1994). Ce résultat peut considérer que cet événement peut se reproduire dans l'orientation de la formation en sciences maïeutiques.

LES CONNAISSANCES

Les historiens relatent une transmission orale des maladies des femmes par les sages-femmes dès les premiers siècles de notre ère (Coulon-Arpin, 1982). Dans la Rome antique, l'approche clinique du corps de la femme est gérée par les sages-femmes car les médecins, qui sont des hommes, n'ont pas accès aux corps des femmes (Gourévitch, 1984). Ces connaissances alimentent les connaissances en médecine.

En France, le terme de *sage-femme* est retrouvé aux alentours de 1268 (Gourévitch, 1984). Du latin *sapere*, il traduit avisée, intelligence, jugement, prudence, bon sens, science, savoir. Autant de mots qui traduisent le statut de la sage-femme autant par sa posture sociale que par ses connaissances. À cette période faste fait suite une étape difficile de la médecine. L'Église prend le pouvoir et désapprouve cette liberté face à l'examen des femmes. Cela pourrait ressembler à un recul du rayonnement de la profession mais l'histoire montre qu'il n'en est rien.

- **En 1630**, les hôpitaux de Paris organisent une formation dans la maternité de l'Hôtel-Dieu. Les apprentissées¹ sont en stage pour trois mois. Pendant ce stage de formation exclusivement clinique, elles assistent aux accouchements, soit trois cents à quatre cents accouchements qui s'inscrivent donc dans un enseignement clinique : les étudiants observent, discutent des cas et pratiquent à leur tour. Ce dispositif ressemble, en partie, à celui proposé actuellement aux étudiants en sciences maïeutiques.
- **En 1670**, un budget est prévu pour la mise en place d'un enseignement théorique. Un allongement de la durée des études est discuté : trois ans sont déjà envisagés mais la mise en œuvre n'a pas lieu.

SCIENCES HUMAINES

- **En 1720**, un chirurgien supervise l'enseignement. Cette direction est perpétuée puisqu'il y a toujours un directeur technique dans la plupart des écoles de sages-femmes.
- **En 1759**, tout le territoire français est concerné par la formation itinérante de Madame Boursier du Coudray : 5 000 sages-femmes sont formées en 25 ans.
- **En 1802**, la première École nationale de sages-femmes est inaugurée à Paris : la formation se fait en six mois.
- **En 1814**, à Port Royal, la formation est prolongée à un an.
- **Ce n'est qu'en 1922** que le diplôme d'infirmière est mis en place. Des infirmières travaillent dans le service des suites de couches.
- **En 1932**, c'est la profession d'assistante sociale qui est réglementée. Les sages-femmes assurent jusqu'alors tous les services autour des familles. Cette offre de soins est déjà, à l'époque, très disparate sur le territoire.
- Les sages-femmes doivent valoriser leurs compétences : la durée des études s'allonge **en 1930**, à trois ans.
- **En 1973**, les études de sages-femmes deviennent indépendantes de celles d'infirmières.
- Avant l'époque moderne de la formation initiale en sciences maïeutiques, il est à noter le passage à quatre ans d'études **en 1985** : l'étudiant doit rédiger un mémoire de fin d'études.

LA GOUVERNANCE

La formation se déroule généralement à l'hôpital et est supervisée par les universités.

L'article 60 de la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – dite loi HPST – prévoit que « *La formation initiale des sages-femmes peut être organisée au sein des universités* », consacrant ainsi la possibilité d'une intégration universitaire des Écoles de sages-femmes.

LES PERSPECTIVES

Actuellement, le programme de formation initiale en sciences maïeutiques met en avant le lien nécessaire avec un modèle d'organisation universitaire des diplômes. La validation d'un grade de Master nécessite un enseignement par des universitaires. La démarche de recherche est identifiée et permet l'intégration au système L.M.D. Des outils pédagogiques favorisant l'implication de l'étudiant sont investis par les équipes enseignantes. Les méthodes relevant de l'analyse réflexive sont mises en avant (Courtin, 2015).

Historiquement, la formation initiale est basée sur le bémoriorisme (Morel, 1991) ; la réflexivité est désormais prise en compte. L'École de sage-femme, plusieurs fois centenaire, va devoir être lisible dans un système universitaire (Janicki, 2010). Daele (2010) décrit ces modes d'adaptation. Ces réflexions guident la manière d'envisager la situation dans laquelle peut se retrouver la formation initiale des sages-femmes dans le système L.M.D. En d'autres termes, comment se situent les étudiants qui se trouvent désormais aux portes de ces changements ?

En 2011, l'universitarisation de la formation initiale des sages-femmes désigne cette formation sous le terme « *formation en sciences maïeutiques* ». L'évolution de la formation initiale en maïeutique peut entraîner des situations ambivalentes : nécessité de mettre en place des actions au sein de

SITUATION UNIVERSITAIRE DES ÉCOLES DE SAGES-FEMMES EN FRANCE

École universitaire	Marseille
Écoles rattachées à une UFR de médecine	Amiens, Fort de France, Clermont, Dijon, Lyon, Montpellier, Saint Quentin en Yvelines, Université libre de Lille, Nîmes
Écoles hospitalières	Angers, Besançon, Bordeaux, Bourg en Bresse, Brest, Caen, Échirolles, Lille, Limoges, Metz, Nancy, Nantes, Nice, Paris Baudelocque, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Saint-Antoine, Saint Denis de la Réunion, Strasbourg, Suresnes, Toulouse

l'université connue pour son ancrage théorique et nécessité de maintenir son savoir-faire pratique. La profession de sage-femme devient plus lisible dans ses actions de formation.

Les théories n'ont pas d'application directe dans une pratique mais elles contribuent à faire que cette pratique, cette façon d'exercer un métier, soit plus lucide et puisse être argumentée ou questionnée [...]. Le cadre peut toujours fonctionner à partir d'idées toutes faites sur ce qu'est apprendre. Mais il peut aussi essayer de repérer dans le labyrinthe des théories de l'apprentissage celles qui peuvent enrichir et éclairer son expérience (Donnadieu, Genton & Vial, 1988, p. 16).

Ces phénomènes existent en formation initiale en maïeutique et motivent une recherche sur l'apprentissage en formation initiale pour définir ce qui est proposé aux étudiants pour accéder à la compétence. « *L'apprentissage peut alors se définir comme processus par lequel un sujet transforme des savoirs en connaissance* » (ibid, p. 20). Les apports théoriques dispensés en formation initiale mis en lien avec l'activité pratique permettent l'installation de la connaissance. Cette mobilisation des connaissances a une incidence sur la pratique de l'individu. Ce processus est au cœur de l'apprentissage et du parcours d'apprentissage. L'innovation est présente dans les dispositifs de formation et difficile à appréhender (Avanzini, 1999). Finalement, nous reprendrons Meirieu (1995) qui parle de « courage des commencements » quand de nouvelles méthodes sont initiées : menées à bien, elles font passer du « dire au faire ». Toutes ces mises en garde semblent convenir à la page qui s'écrit concernant la formation des sages-femmes. •

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Avanzini, G. (1999). *Innovation et formation*. Recherche et Formation, n° 31.
- Beauvalet-Boutouyrie, S. & Renard, J. (1994). *Des sages-femmes qui sauvent les mères* ?
- 1777-1807. *Histoire, économie et santé* (Vol. 13), Numéro 13/2, p. 269. [Page Web consultée le 26 septembre 2016]. Accès : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/hes_07525702_1994_num_13_2_1697
- Coulon-Arpin, M. (1982). *La Maternité et les Sages-femmes*. Tome I. Paris : Éditions Roger Dacosta.
- Courtin, V. (2015). *Apprentissage par simulation et activité du formateur*. Thèse de Doctorat en Sciences de l'Éducation. Université Montpellier II. [Page Web consultée le 26 septembre 2016]. Accès : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-01319381/document>
- Daele, A. (2010). *Le conflit sociocognitif à l'université : une revue de la littérature et quelques propositions*.
- Texte présenté au Colloque de l'AIPU, Rabat. Mai 2010 [Page Web consultée le 26 septembre 2016]. Accès : https://pedagogieuniversitaire.files.wordpress.com/2010/04/aipu2010t3-100_adaele.pdf
- Donnadieu, B. Genton, M. & Vial, M. (1998). *Les théories de l'apprentissage*. Paris : Masson.
- Janicki, J. (2010). *Joseph Raulin (1708-1784). Histoire d'un accoucheur*. Les dossiers de l'obstétrique, n° 394.
- Gourévitch, D. (1984). *Le mal d'être femme, la femme et la médecine à Rome*. Paris : Édition les belles lettres.
- Lemétayer, M-F. (2000). *Biographie de Madame Lachapelle*. Les Dossiers de l'Obstétrique, n° 283, p. 2 à 13.
- Meirieu, P. (1995). *La pédagogie entre le dire et le faire*. Paris : ESF.
- Morel, M-F. (1991). *Comptes rendus. Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 3 (46), 636-640. [Page Web consultée le 26 septembre 2016]. Accès : <http://www.persee.fr>

ART. 5

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

PAR B. MARC *, I. HANAFY *, M. LECLERE *, A. ABAZA **, E. WAFO ***, J. REBOUL-MARTY ***

INTRODUCTION

Les violences faites aux femmes sont un enjeu majeur de santé publique. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a évalué que les femmes victimes de violences perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé^[1]. Les violences conjugales affectent durablement et profondément la santé physique, mentale et génésique des victimes jusqu'à la dépression (symptômes anxiodépressifs), la psycho-somatisation (maladies chroniques) et le syndrome de stress post-traumatique (PTSD)^[2]. Elles constituent également un danger pour la santé maternelle et périnatale multipliant par 1,9 le risque de fausse couche et augmentant de 17 % celui d'une naissance prématurée^[3].

Tavaillant depuis un certain temps sur le sujet des violences conjugales, nous intervenons tant auprès des auteurs que des victimes, dans la prise en soins, mais également dans la prévention (souvent secondaire) dont on sait qu'elle est beaucoup plus difficile d'atteindre pour les femmes victimes. Les associations sont présentes, les brochures distribuées, les affiches placardées, mais aucune ne suffit à permettre d'engager les démarches aisément. Le système de santé est, en France, le lieu de premier recours pour les femmes victimes de violences^[3]. À partir de ces constatations, il est apparu que le repérage des victimes de violences faites aux femmes, maltraitances de toutes natures (verbales, socio-économiques, psychologiques, physiques et/ou sexuelles)^[4], doit être un outil diagnostique donné aux soignants hospitaliers, en particulier dans les services comme le service de gynécologie-obstétrique dans lequel les femmes sont suivies pour leur grossesse, avant de leur permettre une action pénale, judiciaire ou sociale et d'envisager la protection des femmes et des enfants.

Les unités médico-judiciaires, tout comme les services judiciaires, savent bien le délai entre le premier fait de violences commis et la première plainte, seule à même de déclencher tout le dispositif judiciaire et social de protection, largement développé par la Convention d'Istanbul récemment signée par le Conseil de l'Europe^[5]. Ce délai peut avoir des conséquences fatidiques, bien répertoriées par un bilan médico-légal annuel^[6] mais aussi des conséquences sur la santé physique, psychique et génitale des victimes^[2, 3].

À force d'études, de lectures, de constats professionnels (d'un point de vue médico-psycho-légal), nous nous sommes aperçus qu'il fallait une incitation toujours plus directe pour espérer des résultats. Dans le but de repérer vite pour agir plus tôt, un simple questionnaire portant sur différents types de violences pouvant justifier d'un repérage a été proposé aux femmes suivies dans un service de gynécologie-obstétrique du Grand Hôpital de l'Est Francilien (site de Marne-la-Vallée).

Le questionnaire proposé est concis (5 questions), simple (réponses par *oui* ou *non*) et direct (phrases courtes, mais ciblées sur les cinq types de violences que l'on rencontre dans la maltraitance conjugale : verbales [insultes, cris], socio-économiques [relations, finances], psychologiques [intimidations, humiliations], physiques [coups, matériel et/ou sexuelles [rapports forcés]]. Il est accompagné simultanément d'une information aux patientes victimes, dans le cadre de cette étude, menée dans l'esprit du quatrième plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016)^[7]. Le but est que, si un questionnaire posé à l'occasion d'une consultation au long d'un suivi de grossesse contient une ou des réponses positives, la patiente soit recontactée, un mois plus tard, au numéro qu'elle aura donné, pour juger du suivi et des effets sur la protection de la femme enceinte.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les violences faites aux femmes sont un enjeu majeur de santé publique. Elles touchent tous les milieux socioculturels, religieux, économiques, ruraux ou urbains. On estime que 30 % de la gent féminine aurait subi des violences conjugales, et 38 % des homicides de femmes sont réalisés par leur partenaire intime ; en France, au cours de l'année 2015, 136 personnes sont décédées, victimes de leur partenaire ou ex-partenaire de vie (conjoint, concubin, pacsé ou bien « ex » dans les trois catégories)^[6].

MOTS-CLÉS : violences faites aux femmes, grossesse, service de gynécologie-obstétrique, unité médico-judiciaire, TRAQUE-VFF, prévention, protection judiciaire et sociale.

* Service des Urgences Médico-Judiciaires (U.M.J.) du Grand Hôpital de l'Est Francilien, G.H.E.F., site de Marne-la-Vallée, France

** Fédération de la recherche clinique (Grand Hôpital de l'Est Francilien, G.H.E.F., site de Meaux, France)

*** Service de gynécologie-obstétrique (Grand Hôpital de l'Est Francilien, G.H.E.F., Marne-la-Vallée, France)

**** Département d'information médicale (Grand Hôpital de l'Est Francilien, G.H.E.F., Marne-la-Vallée, France)

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Le système de santé est le lieu de premier recours pour les femmes victimes de violences : en France, un quart des femmes victimes en parlent premièrement à un médecin (alors que 18 % seulement se rendent au commissariat de police).

À partir de ces constatations, il apparaît que le repérage des victimes de violences faites aux femmes, maltraitances de toutes natures (verbales, socio-économiques, psychologiques, physiques et/ou sexuelles – Cf. questionnaire *infra*), doit être un outil diagnostique donné aux soignants dans le monde hospitalier, en particulier dans les services ciblés : services des urgences, de gynécologie-obstétrique, de chirurgie et de psychiatrie.

Cet état des lieux est dans l'esprit du quatrième plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016)^[7] et dans celui de la circulaire DGOS/R2/MIPROF/2015/345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgences, de référents sur les violences faites aux femmes.^[8]

DÉROULEMENT DU PROTOCOLE

- Le protocole *Tracer, Repérer et Accompagner au moyen d'un Questionnaire Utilisé dans les hôpitaux de l'Est Francilien les Violences Faites aux Femmes (TRAQUE-VFF)* est une étude observationnelle de l'efficacité du repérage des situations de violences faites aux femmes, par des professionnels de santé hospitaliers formés, mesurée sur les critères de mise en route d'actions personnalisées de santé publique et/ou de protection.
- Le protocole TRAQUE-VFF est une *Formation/Action* qu'il est possible de décliner en trois points :

A. Former les professionnels soignants (médicaux et non-médicaux) pour le repérage, la prise en charge, l'information et l'orientation des femmes victimes de violences au moyen de formations régulières (par les intervenants de l'UMJ, des associations, du service social) avec utilisation des outils pédagogiques mis à disposition par la MIPROF et explication de l'entretien spécifique et de l'emploi du questionnaire de repérage dans leur pratique de soins.

B. Faciliter le repérage des victimes de violences faites aux femmes par l'utilisation d'un questionnaire comportant **cinq questions** (dont l'utilisation est expliquée aux professionnels) dont la réponse demandée est binaire *OUI* ou *NON* :

- 1 *Votre partenaire vous a-t-il déjà rabaisée, insultée, humiliée ?*
- 2 *A-t-il déjà essayé de contrôler ce que vous faites (au travail, à la maison) ?*
- 3 *Avez-vous déjà eu peur de ce que votre partenaire fait ou dit ?*
- 4 *Vous a-t-il déjà menacée physiquement ou a-t-il déjà été violent ?*
- 5 *Vous a-t-il déjà imposé des rapports sexuels que vous ne vouliez pas ?*

C. Apporter aux femmes victimes de violences faites aux femmes une réponse sanitaire, sociale et juridique dans le cadre d'une prise en charge coordonnée des femmes victimes par tous les acteurs concernés (notamment par les services des urgences, de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie, de chirurgie et de psychiatrie, par les psychologues, médecins légistes, le service social, et

les associations d'aide aux victimes). Cette réponse fait appel aux partenaires utiles au sein de l'établissement hospitalier (en particulier l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) et les services sociaux) ainsi que les autres acteurs locaux institutionnels et associatifs impliqués dans la prise en charge des femmes victimes.

- Selon les réponses au premier questionnaire, un contact est repris avec les victimes, téléphoniquement, selon des modalités de discréetion prédefinies. L'action de prévention est vérifiée chez les femmes dont le questionnaire s'est avéré positif (sur au moins une question) et qui ont reçu une réponse adéquate, par un questionnaire de suivi à un mois (effectué par un rappel téléphonique) pour savoir quelles ont été les suites données par la personne (plainte, consultation d'un juriste, prise en charge sanitaire et/social).

Ce rappel évalue les effets à un mois de la prise en charge et de l'information donnée en relevant les éléments suivants :

- « *Avez-vous consulté un médecin au sujet des VFF ?* »
- « *Avez-vous consulté un psychologue ?* »
- « *Avez-vous consulté un juriste des associations d'aide aux victimes (au GHEF, site de MLV ou sur le département 77) ?* »
- « *Avez-vous eu recours au service social (au GHEF, site de MLV ou sur le département 77) ?* »
- « *Avez-vous bénéficié d'une consultation auprès de l'U.M.J. (hors réquisition – médicale et/ou psychologue) ?* »
- « *Avez-vous déposé plainte ?* »
- « *Avez-vous bénéficié d'un examen sur réquisition à l'U.M.J. (médical et/ou psychologique), après plainte judiciaire ?* »
- « *Avez-vous intenté une action judiciaire autre (civile, affaires familiales, juge des enfants) ?* »
- « *Sur une échelle de 1 à 5, à combien estimeriez-vous l'intérêt du questionnaire posé par un professionnel de la santé dans les démarches que vous avez effectuées ?* »
- « *Sur une échelle de 1 à 5, à combien vous trouvez satisfait du questionnaire posé par un professionnel de la santé dans lors d'un accueil pour un autre motif ?* »

Critères d'inclusion et de non-inclusion

Peuvent être incluses les femmes adultes enceintes suivies par le service gynécologie-obstétrique du GHEF, site de Marne-la-Vallée (et bénéficiant d'une dizaine de rendez-vous en neuf mois) ayant accepté l'entrée dans l'étude observationnelle respectant strictement les conditions du secret professionnel (passation du questionnaire et acceptation d'un rappel téléphonique à un mois de distance).

Les motifs de non-inclusion comprennent le refus des patientes, la minorité des femmes enceintes, les femmes enceintes privées de liberté ou hospitalisées sous contrainte, les femmes pour lesquelles le barrage de la langue rend impossible la compréhension du questionnaire et de ses annexes.

ANALYSE STATISTIQUE

Suivant les règles éthiques de la recherche, celles de la clinique hospitalière et la déontologie médicale et psychologique, les données sont recueillies pour analyse de façon anonyme grâce à un système de codage. La confidentialité la plus stricte est respectée à chaque étape du déroulement de ce protocole, du premier questionnaire posé à l'occasion d'une des consultations au long du suivi de la grossesse et lors de l'entretien à un mois, si les réponses ont été positives.

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Les résultats obtenus de chaque participante font ensuite l'objet d'un traitement statistique anonymisé avant de faire l'objet de synthèses et présentations.

Les femmes sollicitées qui ne voudront explicitement pas participer à cette étude, envisageant la possibilité qu'une crainte les fasse prendre cette décision, reçoivent des éléments simples et rapides quant à la possibilité d'être entendues si elles étaient victimes de violences conjugales. À celles qui répondent, si au moins une réponse positive est donnée, sont donnés conseils et orientation, avant que celles qui auront donné au moins une réponse positive ne soient rappelées un mois plus tard afin de répondre à un second questionnaire téléphonique visant à évaluer les démarches médico-socio-psycho-judiciaires et l'impact de l'intervention primaire.

Deux objectifs primaires ont été définis :

- Repérage des violences faites aux femmes (dépistage, aide à la révélation, orientation et prévention) ;
- Effet du repérage sur une prise en charge sanitaire, sociale, judiciaire.

Les critères d'observation du repérage comportent :

- Le taux d'exhaustivité jugé par le rapport entre le nombre de femmes vues pour le suivi de leur grossesse et le nombre de femmes ayant accepté de participer ;
- Le taux de réponses jugé par rapport au nombre de questionnaires positifs par rapport au nombre d'entrées enregistrées dans le service cible et au nombre de réponses positives par questionnaire (de 1 à 5 possibles) par rapport au nombre total de passations ;
- Le nombre (mensuel) de questionnaires correctement remplis.

Les critères d'observation des effets du repérage comportent le nombre de rappels possibles, le nombre d'acceptations du questionnaire à un mois, les effets sur la prise en charge sanitaire, sociale et judiciaire des questionnaires remplis par le professionnel

Un objectif secondaire a également été défini, celui de la validation de la formation des professionnels selon le nombre et la qualité de questionnaires remplis et leurs effets.

Ses critères d'observation sont :

- Le nombre de questionnaires remplis par professionnel formé et par mois après sa formation (juger l'intégration dans la pratique au fil des mois et à distance de la formation initiale) ;
- La qualité de la passation des questionnaires (de une à cinq questions posées et de zéro à cinq réponses positives) par professionnel formé et par mois après sa formation (juger l'intégration dans la pratique des soignants au fil des mois et à distance de la formation initiale).

MÉTHODOLOGIE STATISTIQUE

Le nombre d'inclusions a été défini, sur une période d'un an, en estimant que 75 % des femmes suivies pour leur grossesse dans le service de gynécologie-obstétrique du site hospitalier de Marne-la-Vallée (3 600 accouchements/an) accepteraient de répondre au questionnaire 1, donc un nombre d'inclusions de 2400 à 2880 en fonction des fourchettes d'estimation.

Comme dans la population générale, le taux de femmes ayant subi, au moins une fois au cours de leur vie, une violence conjugale est de 30 %, l'hypothèse était que le taux de

questionnaires positifs serait identique (*oui* à au moins 1 des 5 questions) donc, sur 2 400 à 2 880 inclusions (questionnaires « passés »), le nombre de réponses positives serait compris entre 720 et 860. Sur le nombre de femmes identifiées comme subissant une violence conjugale, l'hypothèse initiale était que 20 % pourraient enclencher une action sanitaire sociale ou judiciaire soit de 140 à 170 procédures diverses.

- **Analyse statistique (efficacité selon les critères primaires et secondaires) :** les analyses statistiques seront faites avec le logiciel SAS version 9.3.
- **Une analyse uni-variee descriptive finale** reposera sur des items qualitatifs décrits par des pourcentages et un intervalle de confiance à 5 % (par exemple : les taux de réponse positive au questionnaire initial) et sur des items quantitatifs (par exemple l'âge) décrits par leur moyenne et leur écart-type.
- **Une analyse uni-variee comparative finale** sera établie par rapport aux réponses au second questionnaire, avec deux groupes de femmes identifiés :
 - « *Action +* » : celles ayant enclenché une action suite à la détection de la violence conjugale ;
 - « *Action -* » celles qui ne l'ont pas fait (lui-même composé de *deux sous-groupes* : celles qui ne veulent pas le faire et celles qui vont le faire, i.e. ayant eu besoin d'un délai de réflexion plus grand ou de la deuxième incitation que constitue ce second questionnaire).

Le test du Chi2 comparera le taux de réponses positives à chaque question du questionnaire 1 entre les groupes « *Action +* » et « *Action -* », permettant ainsi de déterminer lesquelles permettent de prédire l'enclenchement de l'action ; ce seront les variables prédictives de l'action. Le test du Chi2, le taux de satisfaction et le taux d'efficacité estimé par la participante elle-même entre les groupes « *Action +* » et « *Action -* ».

RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES

L'étude a pu débuter en avril 2017, après des formations des différents professionnels du service de gynécologie-obstétrique du GHEF, site de Marne-la-Vallée (Dr E. Wafo) avec des difficultés de mise en place de formations complètes, au vu de la charge de travail des différents professionnels impliqués, formés et formateurs.

- Plus de 1 100 femmes ont été suivies pour leur grossesse de début avril 2017 à fin juillet 2017, mais seulement 303 questionnaires d'inclusion ont été réceptionnés par la psychologue de l'U.M.J. chargée de recontacter les femmes à un mois, selon les modalités définies.
- Les femmes interrogées étaient le plus souvent au second ou bien au troisième trimestre de leur grossesse (moyenne : 2,56).
- Lorsque les questionnaires ont été proposés, la réponse a été très majoritaire (97,7 %, 7 refus de participation) et le questionnaire a presque toujours été rempli dès sa première présentation (293/303 ; moyenne 1,02), demandant rarement une seconde (9/303) ou troisième présentation (1/303).
- Parmi les 296 questionnaires remplis, 34 femmes ont donné au moins une réponse positive soit 11,5 %, pourcentage relativement faible sans doute par sous-estimation de certaines violences ou par la courte vie en couple.

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

En effet, la population concernée par ces questionnaires était jeune, au moins dans la vie génésique, car le nombre moyen d'enfants à charge était de 1 (moyenne : 0,99), avec un grand nombre de primigestes parmi les femmes ayant répondu au questionnaire, ceci confirmant l'existence des violences conjugales dès les premiers temps des vies de couple, et souvent leur renforcement lors, ou autour, d'une grossesse.

- La réponse positive à la question : « *Votre partenaire vous a-t-il déjà rabaisée, insultée, humiliée ?* » concerne 22/34 (7,26 % de la totalité des 303 réponses) des femmes ayant répondu positivement. Celle à la question « *A-t-il déjà essayé de contrôler ce que vous faites (au travail, à la maison) ?* » : 12/34 (3,96 % de la totalité des réponses). Celle à la question « *Avez-vous déjà eu peur de ce que votre partenaire fait ou dit ?* » : 18/34 (5,94 % de la totalité) et 12/34 (3,96 % de la totalité des réponses) d'entre elles ont répondu positivement à « *Vous a-t-il déjà menacée physiquement ou a-t-il déjà été violent ?* ».
- Enfin 5/34 des femmes ayant répondu positivement (1,65 % de la totalité des réponses) ont indiqué que leur partenaire leur avait imposé des rapports sexuels qu'elles ne voulaient pas.
- Pour 15 des 34 femmes ayant signalé avoir été victimes de violences, celles-ci étaient multiples, de trois ou quatre formes pour 10 de ces 34 femmes.
- En ce qui concerne l'évaluation secondaire, parmi les 34 femmes ayant répondu positivement à une des propositions du questionnaire de dépistage, 30 ont été rappelées, 3 sont en attente de rappel (délai d'un mois non écoulé entre le questionnaire d'inclusion et la date théorique d'appel) et une n'a pas souhaité être rappelée.
- Parmi les 30 femmes rappelées, 11 échecs d'appel sont survenus, deux femmes ont refusé de répondre à ce second questionnaire, une autre réfutant ses réponses au questionnaire d'inclusion.
- Seize réponses au **questionnaire de suivi** ont été données, indiquant quelles suites avaient été données par les femmes enceintes au repérage des violences qu'elles subissaient et à l'information qui leur avait été donnée. Les femmes ayant répondu ont indiqué, concernant les **actions de prévention** qu'elles avaient enclenchées :
 - Avoir consulté leur médecin à ce sujet (1/16 : 6,2 %) mais ne pas avoir eu recours à une consultation sans réquisition à l'U.M.J.;
 - 3 sur 16 avoir consulté un psychologue (18,7 %);
 - 2 un service juridique (12,5 %) et 3 un service social (18,7 %).

Concernant les **actions judiciaires**, on note :

- 2 dépôts de plaintes (1 faite et 1 intention de le faire) (12,5 %),
- 2 dépôts de mains courantes, ce qui peut sembler surprenant pour les délits qu'elles révèlent mais qui indiquent encore des freinages dans la procédure pénale (12,5 %),
- 1 consultation sur réquisition judiciaire à l'UMJ (6,2 %),
- 2 sollicitations d'un juge des affaires familiales (12,5 %).

Sur le nombre de femmes identifiées comme subissant une violence conjugale, l'hypothèse initiale était que 20 % pourraient enclencher une action sanitaire, sociale ou judiciaire. Sur les 30 femmes repérées et qui ont pu être réinterrogées, dans cette première partie de l'étude, on note 16 actions de ce type,

soit 53 %, ce qui semble nettement supérieur à l'hypothèse retenue. Mais en fait, seules 9 femmes sur les 30 ont enclenché ces 16 actions, souvent multiples (psychologue et juriste, plainte et consultation sur réquisition à l'UMJ, consultation du service social et recours à un juge civil), donc un pourcentage de 30 %, néanmoins supérieur à l'hypothèse émise.

CONCLUSION

Les violences au sein du couple sont un problème majeur avec des implications multiples, socialement et économiquement impactantes [3, 4]. Leur nature est plurielle et les impacts de ces différentes violences sont profonds [9], avec des conséquences sur la morbidité et la mortalité [2, 6].

Repérer ces violences pour agir plus tôt, en utilisant un simple questionnaire portant sur différents types de violences, proposé par des professionnels formés à son utilisation, a été utilisé pour les femmes suivies dans un service de gynécologie-obstétrique du Grand Hôpital de l'Est Francilien, recontactées ensuite par les psychologues du service médico-judiciaire pour évaluer les actions de protection entreprises. La facilité de réponse à ce questionnaire (97,7 % de réponses), dont 96 % à la première présentation a été la première évidence de cette enquête, avec une adhésion facilitée de professionnels de santé à cette méthodologie simple et bien acceptée.

Les premiers résultats intermédiaires montrent aussi que 30 % des femmes ainsi repérées ont entrepris au moins une action de protection, chiffre supérieur à l'hypothèse de départ de l'étude, encourageante pour la mener à bout et analyser à son issue les données obtenues, avant de proposer plus largement ce protocole de repérage aux nombreux services concernés par les violences faites aux femmes, ouvrant la possibilité d'une véritable prévention. •

RÉFÉRENCES

- [1] OMS. *La violence à l'encontre des femmes*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/> (consulté le 31 août 2017).
- [2] *Étude multi-pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. Premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes (2005)*. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9241593512/fr/> (consulté le 31 août 2017).
- [3] ONVFF. *Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes*. La lettre de l'Observatoire nationale des violences faites aux femmes n° 6, mai 2015. http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_ONVFF_no_6_mai_2015_violences_et_sante.pdf (consulté le 31 août 2017).
- [4] 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://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 31 août 2017).
- [5] Conseil de l'Europe. *Traité n° 210. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*. <http://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210> Consulté le 6 août 2017.
- [6] Ministère de l'Intérieur. *Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple (année 2015)*. <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/partition-du-rapport-annual-concernant-les-morts-violentes-au-sein-du-couple/> Consulté le 31 août 2017.
- [7] Ministère des Droits des femmes. *Quatrième plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016)*. http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_22112013.pdf Consulté le 31 août 2017.
- [8] Ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Circulaire DGOS/R2/MIPROF/2015/345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgences, de référents sur les violences faites aux femmes. http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/12/cir_40284.pdf Consulté le 31 août 2017.
- [9] HANAFY I, MARC B. (2017). *Le dictionnaire médico-psycho-légal*. Éditions In Press, Paris, 2017.

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

3^e PARTIE

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

En quittant la ville de Lens dans le Pas-de-Calais évoquée dans les deux premières parties de cette série, le visiteur du passé laisse derrière lui une zone géographique sans ondulations. Il découvre par ailleurs que l'Artois-Gohelle a connu des accidents de terrain importants qui ont profité aux stratégies allemands durant la Première Guerre mondiale. Arrivés les premiers au sommet de la colline sanglante du côté de Vimy, les ennemis y creusèrent des lignes de tranchées et dominèrent de fait toutes les plaines des charbonnages et la plaine de Douai. Avant 1914, la société des Mines de Lens employait à la veille de la Grande Guerre, 16 400 ouvriers et ouvrières et extrayait 3 870 000 tonnes de charbon chaque année. La société des Mines de Liévin entraînait de son côté dans les entrailles de la concession plus de 8 000 ouvriers et ouvrières qui sortaient 1 800 000 tonnes de charbon par an. Les deux villes se ressemblaient aussi architecturalement. Le dédale de rues étroites qui séparaient chaque maison des corons rouges où ne demeuraient que femmes, enfants et vieillards a donné aux soldats allemands bien des difficultés pour en assurer son contrôle.

LA MORT AU BOUT DE LA ROUTE DE LIÉVIN

Après avoir envahi Lens, les soldats allemands, viscéralement motivés par la course à la mer, envahirent la ville voisine, à savoir Liévin, dans la nuit du 4 au 5 octobre 1914. Le silence de la population liévinoise fut éloquent. D'un côté, un brin mal à l'aise devant tant de nonchalance, leur entrée réveilla les angoisses des Liévinois et surtout des Liévinoises et de l'autre, les soldats qui ne s'embarrassaient guère d'eux, n'entrevirent de leur nouvel asile qu'un monde peuplé de femmes, d'enfants et de vieillards. Tous gardèrent un retrait certain comme une sorte de condition de survie. Seuls les hommes manquaient à l'appel, comme évaporés, leur absence fit deviner qu'ils devaient être mobilisés.

Camouflées dans leurs maisons éventrées par les bombes britanniques, françaises et allemandes qui ont saccagé les corons, la mairie, l'église et les Grands Bureaux des Mines, les Liévinoises ont souffert sans se plaindre. Elles ont donc vécu *in situ* la tyrannie allemande. Elles ont été séquestrées, isolées, confrontées aux manques et beaucoup sont mortes d'épuisement. Refaisons le voyage des Liévinois qui ont été confrontés à cette tension-là à travers l'éphéméride

Camouflées dans leurs maisons éventrées par les bombes britanniques, françaises et allemandes qui ont saccagé les corons, la mairie, l'église et les Grands Bureaux des Mines, les Liévinoises ont souffert sans se plaindre.

suivante : en janvier 1916, seuls 9 200 Liévinois flottaient encore dans ce bouillon de gravats (pour mémoire la ville comptait 25 698 habitants en 1914).

Pire, le brouhaha des obus qui traversaient les maisons en fit « presque » oublier l'horreur silencieuse, la douleur, les angoisses, les larmes des habitantes coincées dans leur cave et seules ou presque face à leur destin. Il n'y a, par exemple, aucun mot pour décrire l'histoire de ces deux Liévinoises, complètement déchiquetées sur leur lit le 27 avril 1916 par un obus qui traversa leur maison sise avenue des Grands Bureaux. Heureusement, les vivres arrivaient encore dans ce triste cloaque, des villes de Douai et de Valenciennes. En novembre 1916, plus aucune lueur d'espoir ne nimbait les visages des 2 500 derniers habitants « sanglés » à leur cave. La vie semblait sans horizon.

Au bout de la rue de Liévin, le visiteur du passé entre dans la ville d'Angres où la folie meurtrière des Allemands se heurta aux Alliés qui tentèrent de la soustraire au désir d'anéantissement de l'ennemi. L'histoire d'Angres durant la Grande Guerre, c'est donc la chronique d'une dérive oppressante à souhait, obsédante comme un cauchemar. Le sort d'Angres était bel et bien jeté en octobre 1914. La folie surréaliste de la guerre commença avec la guerre de position. Le 20 mars 1916, le notaire lensois, Léon Tacquet¹, décrivit dans son journal, tenu au jour le jour, les premiers instants de l'invasion d'Angres. « *Un évacué d'Angres raconte que les premiers mois de l'invasion d'Angres, les Allemands avaient enfermé dans l'église du village tous les hommes de 18 à 80 ans, qu'ils y étaient gardés par des sentinelles et que leur nourriture leur était apportée par leur femme ou leur famille, qu'un jour, un obus français était tombé sur l'église et avait tué une dizaine d'habitants et blessé une trentaine d'autres. De fait, les Allemands, les enfermèrent dans une maison du village. Un obus toucha la maison et les Allemands libérèrent les habitants* ».

1. Le journal du notaire a été publié par la revue *Gauheria* après une longue étude menée par l'archéologue, historien et latiniste Bernard Ghienne.

MON PAPA EN GUERRE: « ALERTEZ LES BÉBÉS ! »

Au début du conflit, pour protéger la tête des soldats des éclats d'obus, tous portaient une simple calotte en acier nommée la cervelière. Avec l'arrivée du casque Adrian en 1915, la cervelière fut abandonnée et ne servit plus aux soldats que d'ustensile de cuisine. Ainsi, la cervelière décatie laissa place au casque Adrian. Le nouvel équipement des Poilus n'empêcha pas les obus de mutiler atrocement leurs corps et de semer la mort. Au détour des lettres écrites par les soldats, on y lit la menace qui pesait sur eux au quotidien de ne plus revoir leurs proches et par conséquent on y devine la mort.

Lisez les mots de Joseph Thomas qui écrit du front à son fils de 8 mois, nous sommes le 5 août 1915 : « *Mon petit Armand, tu es encore bien jeune et ne peux comprendre ce qui se passe en ce moment, la guerre, ses horreurs et souffrances. Cette carte sera un souvenir de ton père et il souhaite qu'à l'avenir les hommes soient meilleurs et que jamais tu n'aies besoin et sois forcé de mener la vie que je subis en ce moment en compagnie de beaucoup de papas qui ont laissé comme moi des petits anges chez eux [...] Le moment venu, je serai sûrement auprès de toi pour te diriger mais si mon espoir était déçu, en mémoire de ce père que tu n'aurais pas connu, redouble de gentillesse pour ta mère et ceux qui t'élèveront.* » Il perdit la vie au début de l'année 1916. Ces lettres sont à retrouver dans le livre de J.-P. Guéno et J. Pecnard, *Mon papa en guerre. Lettres de pères et mots d'enfants*.

Revenons au terrain. Sur cette étroite arête qu'est la colline de Lorette, qui s'étend du bois de Bouvigny à la route de Béthune, où la bestialité s'est exercée de jour comme de nuit, ce sont des milliers de soldats qui sont tombés. Au total, 151 106 Britanniques, 42 946 Français et 110 808 Allemands sont inhumés dans le Pas-de-Calais². Les femmes occupaient une place importante dans les pensées des soldats comme en témoignent les graffitis sculptés dans la craie par les soldats positionnés près de Bouvigny³.

Cette promenade de Lens à Béthune organise aussi une rencontre avec les hommes et les femmes venus des quatre coins de la planète. À cela s'ajoutera l'accumulation d'éléments visuels tout au long de notre parcours virtuel comme les monuments aux morts, les plaques commémoratives, les croix du souvenir, les mémoriaux, les cimetières militaires, les stèles ou les vitraux du souvenir dans les églises qui constituent un repère commode auquel il faut être attentif pour retrouver la présence des très nombreux régiments venus pêle-mêle du Royaume-Uni, d'Inde, du Portugal⁴, de Pologne, du Maghreb, de Nouvelle-Zélande⁵, de Chine, du Canada ou d'Allemagne et de tous les départements de la France métropolitaine et d'Outre-Mer⁶.

En sous-conclusion, rappelons que, jamais discrète, l'armée ennemie préoccupa à partir d'octobre 1914 le quotidien des habitants des corons lensois des fosses 1, 9, 9 bis, 11, 11 bis, 12 et 12 bis situés le long de la route de Béthune. Même s'ils ne comprenaient pas la langue de Goethe, les Lensois ont dû encaisser les chocs infligés par les Allemands jusqu'à leur évacuation progressive du bassin minier qui s'étala de la fin de l'année 1916 au début de l'année 1917.

Ce sont donc des milliers de personnes qui vivaient dans les corons entourant la route de Béthune à Lens⁷. Pour ne

pas avoir à affronter la colère des forces ennemis, les Lensois n'essayèrent pas au début de l'occupation allemande de détricoter les règles imposées par l'ennemi. Il n'y avait rien à gagner à tenter de ferrailler contre un ensemble d'ordres « stupides ». Un exemple : les ennemis passèrent le 6 octobre 1914 une consigne dans laquelle ils imposaient aux habitants de la cité n° 11 d'aller puiser l'eau au coron voisin (coron n° 9).

Il était donc hors de question de prendre le risque d'accroître les tensions tant que les corons seraient en embuscade.

ÉMILIENNE MOREAU OU L'HÉROÏNE DE LOOS

Hommage doit être rendu aux résistants parmi lesquels figura Émilienne Moreau. Jusqu'à l'irruption en octobre 1914 des troupes allemandes dans Loos-en-Gohelle, Émilienne Moreau, 16 ans, y vivait paisiblement. Par deux fois, écoeurée par la violence qui ponctuait son quotidien, elle offrit de précieux renseignements aux alliés. La première fois, le 6 octobre 1914, elle montra les caches ennemis aux soldats français et répéta son acte héroïque le 25 septembre 1915 en renseignant les Britanniques. Le talon d'Achille des Allemands se nomme donc Émilienne Moreau.

Frêle mais tonique et inventive, Émilienne Moreau, clamemurée dans l'épicerie de ses parents face à l'église de Loos-en-Gohelle (aujourd'hui la mairie) fut accusée par les Allemands de collusion avec les alliés et pour cela sa tête fut mise à prix. En revanche, du côté français et britannique, on lui tressa des lauriers.

2. Il y a quelques décennies encore, les vestiges de la Grande Guerre affleuraient ici et là de la terre d'Artois. À la faveur des labours, on lisait en observant le paysage, le souvenir des combats du côté de Loos-en-Gohelle, de Grenay, de Mazingarbe, d'Hulluch, de Vermelles, d'Haisnes-lez-La-Bassée, d'Auchy-les-Mines, de Givenchy-lez-La-Bassée, de Cuinchy, de Festubert, de La Couture, de Richebourg ou de Neuve-Chapelle. De nos jours, happés par la soif du Souvenir, les archéologues continuent à chercher les traces du conflit, à enregistrer et à transporter dans les musées ce dont ils ont été les témoins ici. Au fil des trouvailles, éclats d'obus, coupe-barbelés, baïonnettes, casques, monnaies, bottes... on en vient à accepter les réalités du conflit, et presque, à les toucher. Les musées mêmes scénarisés comme le musée Alexandre Villedieu de Loos-en-Gohelle, entièrement rénové durant l'hiver 2014/2015, ou le *Lens'14-18*, le musée de la Grande Guerre à Souchez ouvert en mai 2015, restent le médium de prédilection des curieux et des pèlerins.
3. « *Sains-en-Gohelle - Des visages sculptés dans la craie* ». L'Avenir de l'Artois, jeudi 26 avril 2018, p. 23.
4. « *Macron commémore les 100 ans du "Verdun portugais" et défend l'Europe.* » www.parismatch.com - 9 avril 2018.
5. « *Des milliers d'Australiens dans la Somme pour les 100 ans de la bataille de Villers-Bretonneux* ». www.leparisien.fr - 25 avril 2018.
6. Les tourniquets de cartes postales de l'après-guerre étaient alimentés d'offres photographiques différentes que l'on soit à Lens, sur le front d'Ablain-Saint-Nazaire, à Vermelles ou à Béthune. Si nous ne pouvons ignorer la représentation sur les cartes postales de la période de 1914-1918 des corons, des terrils, des chevalements et des ruines présentes entre Lens et Béthune, nous ne pouvons ignorer la volonté des services de communication des belligérants d'ouvrir leurs coulisses en glissant devant l'objectif leurs soldats en tenue de combat. Dans cette optique, lorsque les soldats allemands prirent le 3 octobre 1914 la prospère cité minière que fut Lens pour y élire domicile, ils vinrent avec leurs photographes, outils de la propagande allemande. Au-delà des clichés photographiques, l'adversaire exposa sa puissance militaire et dénonça l'état du patrimoine lensois endommagé par les tirs d'artillerie des alliés. Ensuite, de Lens à Vermelles qui céda sous de fortes poussées allemandes menées du 6 au 10 octobre 1914, le rapport à l'espace n'est pas le même. Sous le feu nourri des belligérants, les photographes militaires, en bons « reporters-photographes » envoyés sur ordres, rapportèrent les vues du terrain avec l'idée d'une propagande par l'image. Enfin, la ville de Béthune, située à la frontière entre la zone non-occupée et la ligne de front, servit de « rade d'attente » pour les soldats britanniques. Hors de portée dès la fin 1914 des grosses pièces d'artillerie allemande jusqu'au mois d'avril 1918, les soldats britanniques s'ancrèrent dans le territoire bethunois. Sur les cartes postales tout y semble si calme, si rassurant.
7. Cette route mène aujourd'hui à la maternité du Centre Hospitalier de Lens.

Le journal *Le Matin* du 28 novembre 1915 écrit : « *Mademoiselle Moreau, cette héroïne de 17 ans, vient d'être décorée de la Croix de guerre. On sait qu'à Loos, après la prise de ce bourg par les troupes anglaises, Mademoiselle Moreau organisa dans sa maison un poste de secours et y transporta les blessés auxquels elle prodigua, sous le feu ennemi, les soins les plus dévoués. Deux Allemands, logés dans une maison voisine tiraient sur le poste, la jeune fille s'arma d'un revolver et, aidée par des infirmiers anglais, les mit hors d'état de nuire. La cérémonie a eu lieu hier matin à Versailles. Le général de Sailly a épingle la croix sur la poitrine de l'héroïque jeune fille et les troupes de garnison, réunies sur la place d'Armes, ont ensuite défilé, rendant les honneurs. La veille, le Président de la République avait reçu Mademoiselle Moreau, qui lui avait été présentée par Jean Dupuy, sénateur. Monsieur Poincaré adressa ses félicitations à l'héroïque jeune fille pour sa sublime conduite* ».

LE PIED DE TRANCHEE

Dans ce voyage au long cours sur la route historique de la Grande Guerre entre Lens et Béthune, trouvons le temps de faire escale devant les centres hospitaliers actuels pour nous souvenir des 1 % de soldats français qui ont été soignés dans les hôpitaux militaires car ils ne pouvaient plus composer avec les atroces assauts du pied de tranchée, affection causée par la plongée ininterrompue des parties inférieures du corps dans l'eau des tranchées.

LES SOLDATS FRANÇAIS MONTRENT UNE SENSIBILITÉ AUX PIEDS ET LES FEMMES VIENNENT À LEUR RESCOURSSE

Engourdissements, brûlures, sensations de morsures, amputations, tels étaient les symptômes incontrôlables et imprévisibles de ce mal terrible dont les soldats français souffraient. Dans la ville de Beuvry, près de Béthune, en dehors de quelques rares « apnées » passagères hors du sol humide et froid, les Poilus vivaient à proximité de la *Loisne*, un cours d'eau qui prend sa source aux collines d'Artois et se jette dans le canal de Beuvry, sur la rive gauche du canal à gabarit. Réunis autour du marais de Beuvry-Annequin qui borde le canal d'Aire à La Bassée, leur santé se dégradait avec des affections aux pieds nommées « pieds de tranchée » ou « gelure des pieds ». L'humidité a aussi révélé un impact sur d'autres parties du corps comme la constipation, des fièvres, des diarrhées, des rhumatismes, des néphrites, des héméralopies et la main de tranchée.

Au loin, derrière l'hôpital de Beuvry, se devine la commune de Nœux-les-Mines où, engloutis dans la boue des tranchées et le cerveau « cramé » par les horreurs du quotidien, les Poilus ont souffert du pied de tranchée. Louis Barthas raconte dans ses *Carnets de guerre*, le quotidien de son camarade Lados qui, vautré dans la boue de Nœux-les-Mines, ne put échapper à la malédiction du pied de tranchée.

8. Louis Barthas, *Les carnets de guerre de Louis Barthas*, tonnelier, 1914-1918. Paris, Librairie François Maspero, 1978.
9. Les populations restées à l'arrière ne furent pas oubliées. On créa ainsi pour elles à Arras en 1917, le « *Vestiaire départemental* » qui fournissait des vêtements aux populations. Pour en savoir plus consultez l'article « *Création du Comité des réfugiés du Pas-de-Calais* » sur le site Internet : www.archivespasdecalais.fr

Dans les tranchées miséreuses et étriquées, les soldats, qui conservaient trop longtemps leurs chaussures et leurs bandes molletières, ne pouvaient échapper à la malédiction du pied de tranchée.

LE PORTRAIT PAR LOUIS BARTHAS DES PIEDS EN PUTRÉFACTION SON CAMARADE LADOS

La simple évocation par Louis Barthas des pieds de son ami, le soldat Lados, plongés dans la boue de la ligne de front à Nœux-les-Mines, kidnappe l'esprit du lecteur car le récit est d'une incroyable intensité. Lisez plutôt : « *Le froid avait enflé ses pieds qui s'étaient ensuite crevassés, ils ne formaient plus qu'une plaie, le major se contentait de lui donner des bains chauds, chose improbable à la tranchée. Il l'exemptait simplement de corvées : « vous pouvez bien, disait-il, monter la garde aux crêneaux ». À chaque relève, on voyait ce tableau : le soldat Lados, deux heures à l'avance, partait les pieds enveloppés de chiffons, dans des sacs à terre et appuyé sur des bêquilles, se traînait vers la première ligne où comme l'on pense, on le laissait reposer* »⁸.

Retour en arrière.

Pour échapper aux conséquences du pied de tranchée, il suffisait de supprimer les bandes molletières. Dans les tranchées miséreuses et étriquées, les soldats, qui conservaient trop longtemps leurs chaussures et leurs bandes molletières, ne pouvaient échapper à la malédiction du pied de tranchée. Pour circonscrire le danger, l'armée française adopta les caillettes dans les tranchées et remplaça les bandes molletières par des chaussettes.

Du côté allemand, belge ou italien, il n'y a presque aucune entrave pour laisser les pieds des soldats respirer. Pétris d'une mémoire insignie, les stratégies des autres armées dissonaient en proposant d'autres équipements. Les soldats allemands portaient des bottines, les soldats belges équipés de petites guêtres de cuir très évasées vers le haut et les troupes italiennes portaient des guêtres tricotées.

LE TRICOT DU SOLDAT

À l'arrière, les femmes pensaient aussi aux soldats qui souffraient du froid et du pied de tranchée et, pour les soutenir, elles participaient à l'opération baptisée « *le tricot du soldat* ».

« *Tricotez, aiguilles de France. L'hiver vient, ils ont froid nos gars. Tricotez toutes en cadence. Pour les héros, les fils de la France qui luttent et meurent là-bas* » (Amélie de Néry).

Fernand Laudet écrivait en 1915 : « *Au mois de septembre dernier, à la veille de la seconde campagne d'hiver, je faisais ici un nouvel appel en faveur de l'« Œuvre du vêtement des combattants » qui, depuis le début de la guerre, fonctionnait aux bureaux de l'administration du Foyer, 11 rue Servandoni, et je disais aux lecteurs de La Revue Hebdomadaire : « Puisque nos soldats continuent de combattre, continuons de veiller sur eux, gardons la santé à ceux qui luttent sans relâche en France et aux Dardanelles »* » (La Revue Hebdomadaire, 25 décembre 1915).⁹

« Depuis deux mois, les Allemands occupent les environs de Béthune et depuis un mois, ils lancent sur la ville une moyenne de 20 à 30 obus par jour qui tombent toujours dans le même quartier, c'est-à-dire dans le quartier des Sœurs, celui de Lille, boulevard Victor Hugo, rue Basse-de-Lille et la Grand-Place... »

UN BÉBÉ EST DÉCHIQUETÉ PAR UN OBUS DANS SON BERCEAU À BÉTHUNE

Béthune devint donc, dès l'automne 1914 une ville angoissée. Les Béthunois avaient conscience d'être désormais à proximité de la zone de feu. Puis, le 26 octobre 1914, un trouble allant au-delà de l'horreur s'abattit pour la première fois sur la cité. Des avions allemands enfermèrent la ville dans une spirale sanglante en lâchant des bombes qui firent de nombreuses victimes. L'automne 1914 est synonyme d'effroi pour les habitants de Béthune.

Il y a des épisodes de la Grande Guerre qui sont des bornes dans l'Histoire. L'automne 1914 en est une pour la ville de Béthune. Le journal *La Croix* du 4 décembre 1914 rappelle combien les stratégies allemands souhaitaient envahir Béthune. « Depuis deux mois, les Allemands occupent les environs de Béthune et depuis un mois, ils lancent sur la ville une moyenne de 20 à 30 obus par jour qui tombent toujours dans le même quartier, c'est-à-dire dans le quartier des Sœurs, celui de Lille, boulevard Victor Hugo, rue Basse-de-Lille et la Grand-Place. C'est ce qui explique pourquoi les 9/10^e de la population de ces quartiers ont quitté Béthune. Les dégâts causés par les obus ne sont pas énormes. Malheureusement, on estime qu'ils ont tué à l'heure qu'il est dix civils et blessé une vingtaine d'habitants. Des obus sont tombés sur l'hôpital. Une bombe a éclaté dans la cour en face du bureau de l'économie et les vitres de l'établissement ont été réduites en miettes. Des bombes sont tombées dans le jardin de l'Hospice, dans le Jeu de Paume, rue du Château, rue Paterne, rue Saint-Pry, dans la cour de la gendarmerie, chez M^{me} Veuve Dupré, chez M. Paul Manessier, chez M. Duquesne, brasseur. Les immeubles habités par les abbés Dubar et Caron, vicaires, semblent avoir été particulièrement visés par les Boches. Un obus est tombé chez M. l'abbé Dubar. Dans la maison de la rue Saint-Pry, un bébé a été déchiqueté par un obus, dans son berceau ».

CONCLUSION

Là se referme cette histoire méconnue des femmes et des mères durant la Grande Guerre. Même si durant quatre années, les soldats allemands sont restés aux portes de Béthune sans jamais y pénétrer, ils ont sans cesse soumis la

ville à de forts pilonnages. En pleine bataille des Monts des Flandres et alors que le 9 avril 1918, les troupes allemandes reprenaient Richebourg au nord-est de Béthune, les autorités décidaient d'évacuer la ville de ses habitants le 12 avril 1918. Ce départ ne cessa jamais de hanter l'imaginaire des Béthunois. Dix jours plus tard, le 22 avril 1918, la ville de Cambrin faisait à son tour l'objet de violents combats.

L'exode des derniers Béthunois fuyant les bombardements laissa le champ libre aux Allemands dans un monde plus dévoyé que jamais. Le journal *Le Matin* du 27 mai 1918 précise que les Allemands s'acharnaient sur Béthune. « *Ils frappent sur la ville de trois côtés ; 900 à 2 000 obus incendiaires ou toxiques ravivent quotidiennement l'avalanche. Rage précipitée : comme si le salut de l'Allemagne exigeait qu'il n'en restât pas en huit jours pierre sur pierre* ».¹⁰

Le voyage virtuel le long de la route de Lens à Béthune nous a permis de revoir l'histoire de la Grande Guerre en accéléré.

Aujourd'hui, suivre la route de Lens à Béthune, c'est redécouvrir la géographie de la peur dans une zone où la tension passée reste palpable tant les paysages sont restés intacts. Edward Neafay décrivait cette terre sans abri par ces mots : « *Le champ de bataille de Loos est aujourd'hui le plus visible de tous les champs de bataille de la Grande Guerre, même de toutes les guerres* ».

Suivre la route de Béthune, c'est aussi approcher les ascensions et les chutes des troupes ennemis qui ont émaillé les années 1914, 1915, 1916, 1917 et 1918.

Suivre la route de Béthune, c'est faire exister le volet britannique du conflit, le souvenir de Lord Kitchener (1850-1916), de Douglas Haig (1861-1928) ou de John French (1852-1925) qui nous semblent désormais familiers et des *Tommies* aux allures de jeunots qui, les premiers, à Loos-en-Gohelle ont été obligés de disperser le gaz chlorique.

Suivre la route de Béthune durant le Centenaire, c'est montrer que nous ne sommes pas indifférents à l'histoire de ces hordes de soldats dépenaillés et aux gueules bûrées qui, loin d'être vidés de la plus élémentaire humanité, n'étaient que de simples hommes ordinaires, pris dans la spirale de la guerre.

Ce voyage dans le temps, le long de la route de Béthune, même le regard plein d'émotion, nous change en historien car au « Panthéon des pires », la Grande Guerre dans cette zone ébranlera toujours les mémoires. •

10. L'exode des derniers Béthunois fuyant les bombardements laissa le champ libre aux Allemands dans un monde plus dévoyé que jamais. Le journal *Le Matin* du 27 mai 1918 précise que les Allemands s'acharnaient sur Béthune. « *Ils frappent sur la ville de trois côtés ; 900 à 2 000 obus incendiaires ou toxiques ravivent quotidiennement l'avalanche. Rage précipitée : comme si le salut de l'Allemagne exigeait qu'il n'en restât pas en huit jours pierre sur pierre* ».

Journée à thème du Collège National des Sages-Femmes de France

Lundi 4 juin 2018
ASIEM - 6 rue Albert de Lapparent - 75007 PARIS

"Le nouveau né : une mission de la sage femme" *

8h30

Accueil

Ouverture de la journée

Sophie GUILLAUME (Présidente du CNSF)

9h00

Le nouveau né : de la maternité au domicile

- Prise en charge de la douleur du nouveau né en maternité : salle de naissance et suites de couches

Elizabeth WALTER (Paris)

- Accompagner le début de l'allaitement maternel

Agnès DORUT (Clermont Ferrand)

10h30

Pause et visite des stands

11h00

Le nouveau né : de la maternité au domicile

- Critères de retour précoce à domicile
Elisabeth BROC (Annecy)

- Alimentation, courbes de poids et sortie de maternité

Virginie RIGOURD (Paris)

- Quelle surveillance de l'ictère néonatal en maternité et à domicile ?

Anne CORTEY (Paris)

12h30

Pause déjeuner libre

14h00

Le nouveau né à domicile

- Première visite à domicile : quand, comment, quel examen ?
Alexandra FREYSSINET (Verdun)

- Les rythmes du sommeil : quels conseils ?
Isabelle SOUKSI (Nîmes)
- Guthrie, test auditifs : articulation avec les établissements
Françoise DUMEZ (Paris)

15h30

Pause et visite des stands

16h00

Le nouveau né à domicile

- Place de l'auscultation cardiaque à domicile
Adrien GANTOIS (Le Pré-Saint-Gervais)

- Signes d'appel à domicile pour une consultation spécialisée
Azzedine AYACHI (Paris)

17h00

Clôture

17h15

Fin de la journée

* Sous réserve de modifications

Commissariat général : Cerc-Congrès (agissant pour le compte du CNSF)

17 rue Souham - 19000 TULLE

Tel : 05 55 26 18 87 - Mail : inscription@cerc-congres.com - Site : www.cerc-congres.com

N° de formation du CNSF : 11940627094

Droit d'inscription (employeur, non membre du CNSF et autres professions) 130€ - Membre du Collège 80€

ACCOUCHEMENT. LES FEMMES MÉRITENT MIEUX

DE MARIE-HÉLÈNE LAHAYE

Depuis les années 1960, l'hôpital est devenu le lieu de l'accouchement. Disparues les terreurs d'autan et les souffrances d'un autre âge: la périnatalité y est aujourd'hui reine pour supprimer les douleurs. Pourtant, dès que l'on questionne les femmes sur leur expérience, nombreuses sont celles qui font part de vexations, d'intimidations, de coercitions, voire de brutalités et de violences. Ce qui devait être un heureux événement se transforme en cauchemar sous la pression des médecins qui suivent les protocoles hospitaliers. "On m'a volé mon accouchement". Le refus d'entendre les femmes et la domination que les soignants exercent sur elles est à l'origine de traumatismes physiques et psychiques considérables. Un grand nombre des dépressions post-partum ou des syndromes de stress post-traumatique trouvent probablement là leur cause. Restée longtemps cachée, cette violence commence à apparaître au grand jour, alors que la parole des femmes se libère enfin. L'obstétrique est profondément misogyne. Elle considère les femmes comme faibles, malades, dangereuses, dont le corps serait inadapté pour mettre les enfants au monde. En analysant les pratiques autour de l'accouchement à travers la littérature scientifique, les recommandations des instances de santé et les travaux d'historiens et d'anthropologues, Marie-Hélène Lahaye signe un document majeur, livre-clé dans la réorientation des politiques à mener autour des droits des femmes.



Éditions Michalon

296 Pages - Prix: 20 €
Format: 125 x 190 mm
Parution: 4 janvier 2018
ISBN: 978-2-84186-876-6
www.michalon.fr

LA PETITE FILLE SUR LA BANQUISE

RÉCIT

DE ADÉLAÏDE BON

« J'ai neuf ans. Un dimanche de mai, je rentre seule de la fête de l'école, un monsieur me suit. Un jour blanc. Après, la confusion.

Année après année, avancer dans la nuit.

Quand on n'a pas les mots, on se tait, on s'enferme, on s'éteint, alors les mots, je les ai cherchés. Longtemps. Et de mots en mots, je me suis mise à écrire. Je suis partie du dimanche de mai et j'ai traversé mon passé, j'ai confronté les faits, et phrase après phrase, j'ai épousé la violence à force de la nommer, de la délimiter, de la donner à voir et à comprendre.

Page après page, je suis revenue à la vie. » A. B.

Quand ses parents la trouvent en pleurs, mutique, Adélaïde ignore ce qui lui est arrivé. Ils l'emmènent au commissariat. Elle grandit sans rien laisser paraître, adolescente puis jeune femme enjouée. Des années de souffrance, de solitude, de combat.

Vingt ans après, elle reçoit un appel de la brigade des mineurs. Une enquêtrice a rouvert l'affaire dite de l'électricien, classée, et l'ADN désigne un cambrioleur bien connu des services de police. On lui attribue 72 victimes mineures de 1983 à 2003, plus les centaines de petites filles qui n'ont pas pu déposer plainte.

Au printemps 2016, au Palais de justice de Paris, au côté de 18 autres femmes, Adélaïde affronte le violeur en série qui a détruit sa vie.

Avec une distance, une maturité et une finesse d'écriture saisissantes, Adélaïde Bon retrace un parcours terrifiant, et pourtant trop commun. Une lecture cruciale.



Éditions Grasset

256 Pages - Prix: 18,50 €
Format: 140 x 205 mm
Parution: 14 mars 2018
EAN: 9782246815891
www.grasset.fr

AGENDA EN BREF

● 22-23-24-25 MAI 2018

MARSEILLE
46^{es} Assises Nationales
des Sages-Femmes
assises-sages-femmes.eu

● 30-31 MAI 2018

Faculté de Médecine de BREST
15^{es} Journées "Les événements de l'année en Médecine 2018".
Réunion transversale en gynécologie-obstétrique, cardio-vasculaire et endocrinologie
eska.fr

● 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
cere-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^{me} Congrès International Emergences Hypnose et Douleur
hypnoses.com

● 27-28 SEPTEMBRE 2018

PARIS 3^e
Forum Sein 2018
eska.fr

● 14-15 SEPTEMBRE 2018

MARSEILLE
8^{es} Rencontres à Deux Mains
ra2m.fr

● 4-5-6 OCTOBRE 2018

PAU
Congrès INFOGYN
congres-infogyn.com

● 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)
cere-congres.com

HISTOLOGIE DU COL UTÉRIN

PAR PAULINE QUIQUANDON, SAGE-FEMME

Deux épithéliums composent le col de l'utérus comme l'illustre le schéma ci-dessous :

► **Au niveau de l'exocol :** l'épithélium est de type malpighien, aussi appelé pluristratifié, pavimenteux, ou non kératinisé, il est en continuité avec l'épithélium de la muqueuse vaginale.

► **Au niveau de l'endocol :** l'épithélium est de type cylindrique, glandulaire et muco-sécrétant.

► **Entre les deux épithéliums :** la jonction pavimento-cylindrique (JPC) [1].

La définition d'un col normal se base sur l'aspect et le siège des différents tissus du col en fonction de l'âge et des différents états hormonaux (notamment la grossesse et la prise d'œstro-progestatifs). Est également considéré comme normal l'ectropion péri-orifice ainsi que l'extériorisation de la jonction pavimento-cylindrique au-delà de cinq millimètres de l'orifice externe du col [1]. Ainsi, suivant le climat hormonal (fonction des taux circulants d'œstrogènes, progestérone et androgènes), l'aspect de l'épithélium varie.

L'examen sous colposcopie permet de déterminer les limites des épithéliums en utilisant le test à l'acide acétique 3 % puis le test au Lugol à 2 % :

► **L'épithélium malpighien** est lisse, de couleur rosée voire translucide, et sans orifice glandulaire. Pendant la période d'activité génitale, l'épithélium est épais, et ne change pas de coloration sous l'effet de l'acide acétique. En revanche il est chargé en glycogène lui donnant sa couleur brun acajou avec le Lugol. •

► **L'épithélium glandulaire** quant à lui est recouvert d'un revêtement plus ou moins granuleux et de mucus plus abondamment présent lors de la période pré-ovulatoire. Il présente une couleur rouge qui correspond à la vascularisation du tissu conjonctif sous-jacent vu à travers cet épithélium, très mince. Lorsque de l'acide acétique à 2 % ou 3 % est appliqué, il pâlit, il est alors mis en évidence des orifices glan-

dulaires, ainsi que des papilles qui ont un aspect en « grain de raisin ».

► **La jonction pavimento-cylindrique (JPC)** nécessite, pour être visible, l'application d'acide acétique : les papilles sont surplombées par l'épithélium malpighien, ainsi que par un liseré blanc transitoire à la partie interne de l'épithélium pavimenteux. Cependant le siège de cette jonction varie au cours de la vie, notamment en fonction du climat hormonal. Pendant la puberté et la grossesse, la jonction déborde sur l'exocol et forme un ectropion qui apparaît plus fréquemment au niveau de la lèvre antérieure du col, alors qu'elle s'ascensionne à la ménopause. Une extériorisation de la jonction se fait aussi pendant la phase ovulatoire. La jonction s'ascensionne également en cas d'intervention sur le col comme une conisation chirurgicale ou un laser [2]. La jonction marque la limite interne de la zone de transformation métaplasique. D'autant plus que 90 % des lésions pré-cancéreuses du col se développent dans cette zone. Une métaplasie se définit par une transformation réversible par laquelle une cellule épithéliale ou mésenchymateuse va être remplacée par une cellule épithéliale ou mésenchymateuse d'une autre nature, de morphologie et de fonctions différentes. Il s'agit de la zone de transformation qui est donc un point de départ privilégié des infections à HPV. •

RÉFÉRENCES

- [1] Morice P, Castaigne D. *Cancer du col utérin*. Masson Édition, Paris, 2005.
- [2] Blanc B. *Dépistage du cancer du col de l'utérus*. Springer Paris 2005.
- [3] *La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles*. Organisation Mondiale de la Santé 2007. (Consulté le 1^{er} novembre 2013). Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9241547006/fr/>

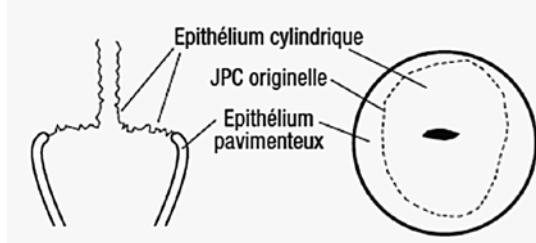


Schéma : Col de l'utérus d'une femme en âge de procréer^[3]

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 23.04.18

SEMAINE EUROPÉENNE DE LA VACCINATION 2018

Les Ordres des professions de santé réaffirment leur engagement en faveur de la vaccination en France

La semaine européenne de la vaccination 2018 s'est tenue du 23 au 29 avril. Cette année, l'accent a été mis sur la vaccination des enfants pour prévenir les maladies infantiles et protéger leur vie. Pour la France, le thème porte essentiellement sur la vaccination du nourrisson afin de relayer et mener des actions pédagogiques sur l'extension des obligations vaccinales de l'enfant de moins de deux ans. À cette occasion, les Ordres des professions de santé rappellent leur soutien à l'obligation vaccinale chez les enfants et en faveur de la vaccination des professionnels de santé.

Dans un contexte de couverture vaccinale largement insuffisante, notamment pour les vaccins précédemment « recommandés », et alors que certaines maladies infectieuses réémergent, les Ordres des professions de santé soutiennent l'extension de l'obligation vaccinale décidée par le gouvernement. Il s'agit d'un **enjeu majeur de santé publique auquel il est indispensable de répondre au plus vite**. La vaccination, bien plus qu'un acte individuel, permet de protéger collectivement la population des maladies infectieuses et ainsi de sauver des millions de vies.

Par ailleurs, à l'heure où la prévention et l'amélioration de la couverture vaccinale sont des priorités de santé publique, **il est également primordial que les professionnels de santé se sentent concernés par leurs propres vaccinations**. En effet, ils sont quotidiennement en contact avec des personnes plus ou moins fragiles et donc des vecteurs potentiels de transmission du virus pour leurs patients, leurs collaborateurs et leurs proches. En se faisant vacciner, les professionnels de santé s'investissent dans la protection de la santé des Français et participent à l'effort national pour améliorer la couverture vaccinale. Les Ordres des professions de santé ont ainsi tous déployé des actions d'informations régulières pour favoriser la vaccination des professionnels de santé et répondre aux enjeux de santé publique. •

Conseil national de l'Ordre des pharmaciens
Conseil national de l'Ordre des sages-femmes
Conseil national des médecins
Conseil national des chirurgiens-dentistes
Conseil national des masseurs kinésithérapeutes
Conseil national des pédicures podologues
Conseil national des infirmiers

COMMUNIQUÉS

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 09.04.18

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

SANTÉ SEXUELLE Agnès Buzyn présente la feuille de route à 3 ans de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle

À l'occasion de sa visite du Planning Familial à Lille et dans la suite du lancement du Plan prévention le 26 mars 2018, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, annonce la feuille de route 2018-2020 de la stratégie nationale de santé sexuelle.

La stratégie nationale de santé sexuelle vise à favoriser, à horizon 2030, le développement des politiques publiques en faveur de la santé sexuelle, allant de l'éducation à la sexualité à la santé reproductive, en passant par la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles et du VIH.

Issue des propositions du comité national de pilotage placé sous la présidence du Pr. Patrick YENI, la feuille de route 2018-2020 définit des actions prioritaires.

Elle porte **26 mesures concrètes** qui permettront :

- **d'améliorer l'information et la formation dans le domaine de la santé sexuelle**, notamment par l'organisation en région de campagnes annuelles de dépistage des IST,
- **d'améliorer l'offre générale en santé sexuelle**. Il s'agira notamment de garantir sur le territoire l'accès aux différentes méthodes d'IVG tout en renforçant la confidentialité de cet acte, d'étendre les missions des Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) aux consultations de contraception et de prévention des IST, de transformer la consultation longue « IST/contraception » mise en place chez le médecin généraliste et le gynécologue pour les jeunes filles entre 15 et 18 ans en une consultation globale « santé sexuelle » au bénéfice de tous les jeunes, filles comme garçons ;
- **de renforcer l'offre de santé sexuelle destinée aux populations et territoires prioritaires**. Des centres de santé sexuelle, d'approche communautaire, seront expérimentés dans des villes à forte prévalence VIH et IST. En outre-mer, l'offre de santé sexuelle pour les jeunes sera renforcée, avec un accent mis sur le déploiement des actions « hors les murs », le soutien au développement associatif et la promotion d'actions innovantes ;
- **d'accompagner des projets innovants en santé sexuelle**. Dans plusieurs régions sera expérimenté un « *pass pré-servatifs* » donnant aux jeunes un accès à titre gratuit à une offre de préservatifs dans le cadre d'un programme d'information et de prévention. Le site de la Boussole qui permet aux jeunes de connaître leurs droits sociaux va être élargi aux questions de santé et de santé sexuelle ;
- **de promouvoir et de mieux coordonner la recherche en santé sexuelle**, en confiant à l'Alliance nationale pour les Sciences de la vie et de la Santé (AVIESAN), en lien avec l'Alliance thématique nationale des Sciences humaines et sociales (ATHENA) la mission de coordination et d'animation de la recherche et en garantissant le maintien d'un haut niveau de recherche sur le VIH et les hépatites virales au sein de l'ANRS. •

PLUS D'INFORMATIONS

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf

Impact of perinatal asphyxia on parental mental health and bonding with the infant: a questionnaire survey of Swiss parents**OBJECTIVE**

To compare current mental health symptoms and infant bonding in parents whose infants survived perinatal asphyxia in the last 2 years with control parents and to investigate which sociodemographic, obstetric and neonatal variables correlated with parental mental health and infant bonding in the asphyxia group.

DESIGN

Cross-sectional questionnaire survey of parents whose children were registered in the Swiss national Asphyxia and Cooling register and of control parents (Post-traumatic Diagnostic Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Mother-to-Infant Bonding Scale).

RESULTS

The response rate for the asphyxia group was 46.5 %. Compared with controls, mothers and fathers in the asphyxia group had a higher frequency of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms ($p < 0.001$). More mothers ($n = 28$, 56 %) had a symptom diagnosis of either full or partial PTSD than controls ($n = 54$, 39 %) ($p = 0.032$). Similarly, more fathers ($n = 31$, 51 %) had a symptom diagnosis of either partial or full PTSD than controls (n

= 19, 33 %) ($p = 0.034$). Mothers reported poorer bonding with the infant ($p = 0.043$) than controls. Having a trauma in the past was linked to more psychological distress in mothers ($r = 0.31$ (95 % CI 0.04 to 0.54)) and fathers ($r = 0.35$ (95 % CI 0.05 to 0.59)). For mothers, previous pregnancy was linked to poorer bonding ($r = 0.41$ (95 % CI 0.13 to 0.63)). In fathers, therapeutic hypothermia of the infant was related to less frequent PTSD symptoms ($r = -0.37$ (95 % CI -0.61 to -0.06)) and past psychological difficulties ($r = 0.37$ (95 % CI 0.07 to 0.60)) to more psychological distress. A lower Apgar score was linked to poorer bonding ($r = -0.38$ (95 % CI -0.64 to -0.05)).

CONCLUSIONS

Parents of infants hospitalised for perinatal asphyxia are more at risk of developing PTSD than control parents.

Horsch A, Jacobs I, Gilbert L, Favrod C, Schneider J, Morisod Harari M, Bickle Graz M. BMJ PAEDIATR OPEN. 2017 11 SEP-TEMBRE; 1 (1): E000059.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

mental health: santé mentale - *bond*: lien affectif - *cooling register*: register des hypothermies médicales - *scale*: échelle - *poorer*: plus pauvre.

Risk of maternal mortality in women with severe anaemia during pregnancy and post partum: a multilevel analysis

BACKGROUND ► Anaemia affects as many as half of all pregnant women in low-income and middle-income countries, but the burden of disease and associated maternal mortality are not robustly quantified. We aimed to assess the association between severe anaemia and maternal death with data from the WHO Multicountry Survey on maternal and newborn health.

METHODS ► We used multilevel and propensity score regression analyses to establish the relation between severe anaemia and maternal death in 359 health facilities in 29 countries across Latin America, Africa, the Western Pacific, eastern Mediterranean, and southeast Asia. Severe anaemia was defined as antenatal or postnatal haemoglobin concentrations of less than 70 g/L in a blood sample obtained before death. Maternal death was defined as death any time after admission until the seventh day post partum or discharge. In regression analyses, we adjusted for post-partum haemorrhage, general anaesthesia, admission to intensive care, sepsis, pre-eclampsia or eclampsia, thrombocytopenia, shock, massive transfusion, severe oliguria, failure to form clots, and severe acidosis as confounding variables. These variables were used to develop the propensity score.

Suite p. 48 >

FINDINGS ▶ 312 281 women admitted in labour or with ectopic pregnancies were included in the adjusted multilevel logistic analysis, and 12 470 were included in the propensity score regression analysis. The adjusted odds ratio for maternal death in women with severe anaemia compared with those without severe anaemia was 2.36 (95 % CI 1.60-3.48). In the propensity score analysis, severe anaemia was also associated with maternal death (adjusted odds ratio 1.86 [95 % CI 1.39-2.49]).

INTERPRETATION ▶ Prevention and treatment of anaemia during pregnancy and post partum should remain a global public health and research priority.

Daru J, Zamora J, Fernández-Félix BM, Vogel J, Oladapo OT, Morisaki N, Tunçalp Ö, Torloni MR, Mittal S, Jayaratne K, Lumbiganon P, Togoobaatar G, Thangaratinam S, Khan KS.

LANCET GLOB HEALTH. 2018 MAR 20. PII: S2214-109X (18) 30078-0.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

low income: faibles revenus - *disease*: maladie - *to aim*: avoir pour but - *health facilities*: installations sanitaires - *blood sample*: prise de sang - *multilevel and propensity score regression analyses*: régression logistique multivariée et scores de propension.

Predictors of sleep-disordered breathing in pregnancy

BACKGROUND

Sleep-disordered breathing (SDB) is common in pregnancy, but there are limited data on predictors.

OBJECTIVES

The objective of this study was to develop predictive models of sleep-disordered breathing during pregnancy.

STUDY DESIGN

Nulliparous women completed validated questionnaires to assess for symptoms related to snoring, fatigue, excessive daytime sleepiness, insomnia, and restless leg syndrome. The questionnaires included questions regarding the timing of sleep and sleep duration, work schedules (eg, shift work, night work), sleep positions, and previously diagnosed sleep disorders. Frequent snoring was defined as self-reported snoring \geq 3 days per week. Participants underwent in-home portable sleep studies for sleep-disordered breathing assessment in early (6-15 weeks gestation) and mid pregnancy (22-31 weeks gestation). Sleep-disordered breathing was characterized by an apnea hypopnea index that included all apneas, plus hypopneas with \geq 3 % oxygen desaturation. For primary analyses, an apnea hypopnea index \geq 5 events per hour was used to define sleep-disordered breathing. Odds ratios and 95 % confidence intervals were calculated for predictor variables. Predictive ability of the logistic models was estimated with area under the receiver-operating-characteristic curves, along with sensitivities, specificities, and positive and negative predictive values and likelihood ratios.

RESULTS

Among 3705 women who were enrolled, data were available for 3264 and 2512 women in early and mid pregnancy, respectively. The corresponding prevalence of sleep-disordered breathing was 3.6 %

and 8.3 %, respectively. At each time point in gestation, frequent snoring, chronic hypertension, greater maternal age, body mass index, neck circumference, and systolic blood pressure were associated most strongly with an increased risk of sleep-disordered breathing. Logistic regression models that included current age, body mass index, and frequent snoring predicted sleep-disordered breathing in early pregnancy, sleep-disordered breathing in mid pregnancy, and new onset sleep-disordered breathing in mid pregnancy with 10-fold cross-validated area under the receiver-operating-characteristic curves of 0.870, 0.838, and 0.809. We provide a supplement with expanded tables, integrated predictiveness, classification curves, and an predicted probability calculator.

CONCLUSION

Among nulliparous pregnant women, logistic regression models with just 3 variables (ie, age, body mass index, and frequent snoring) achieved good prediction of prevalent and incident sleep-disordered breathing. These results can help with screening for sleep-disordered breathing in the clinical setting and for future clinical treatment trials.

Louis JM, Koch MA, Reddy UM, Silver RM, Parker CB, Facco FL, Redline S, Nhan-Chang CL, Chung JH, Pien GW, Basner RC, Grobman WA, Wing DA, Simhan HN, Haas DM, Mercer BM, Parry S, Mobley D, Carper B, Saade GR, Schubert FP, Zee PC

AM J OBSTET GYNECOL. 2018 FEB 2. PII: S0002-9378 (18) 30080-2.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

snoring: ronflement - *restless leg syndrome*: syndrome des jambes sans repos- *shift work*: travail posté - *to achieve*: obtenir - *screening*: dépistage - *clinical setting*: cadre clinique - *trials*: essais.

Vaginal antimycotics and the risk for spontaneous abortions

BACKGROUND

Spontaneous abortions are the most common complication of pregnancy. Clotrimazole and miconazole are widely used vaginal-antimycotic agents used for the treatment of vulvovaginal candidiasis. A previous study has suggested an increased risk of miscarriage associated with these azoles, which may lead health professionals to refrain from their use even if clinically indicated.

OBJECTIVE ▶ The aim of the current study was to assess the risk for spontaneous abortions following first trimester exposure to vaginal antimycotics.

STUDY DESIGN ▶ A historical cohort study was conducted including all clinically apparent pregnancies that began from January 2003 through December 2009 and admitted for birth or spontaneous abortion at Soroka Medical Center, Clalit Health Services, Beer-Sheva, Israel. A computerized database of medication dispensation was linked with 2 computerized databases containing information on births and spontaneous abortions. Time-varying Cox regression models were constructed adjusting for mother's age, diabetes mellitus, hypothyroidism, obesity, hypercoagulable or inflammatory conditions, recurrent miscarriages, intrauterine contraceptive device, ethnicity, tobacco use, and the year of admission.

RESULTS ▶ A total of 65,457 pregnancies were included in the study: 58,949 (90.1 %) ended with birth and 6508 (9.9 %) with a spontaneous abortion. Overall, 3246 (5 %) pregnancies were exposed to vaginal antimycotic medications until the 20th gestational week: 2712 (4.2 %) were exposed to clotrimazole and 633 (1 %) to miconazole. Exposure to vaginal antimycotics was not associated with spontaneous abortions as a group (crude hazard ratio, 1.11; 95 % confidence interval, 0.96-1.29; adjusted hazard ratio, 1.11; 95 % confidence interval, 0.96-1.29) and specifically for clotrimazole (adjusted hazard ratio, 1.05; 95 % confidence interval, 0.89-1.25) and miconazole (adjusted hazard ratio, 1.34; 95 % confidence interval, 0.99-1.80). Furthermore, no association was found between categories of dosage of vaginal antimycotics and spontaneous abortions.

CONCLUSION ▶ Exposure to vaginal antimycotics was not associated with spontaneous abortions.

Daniel S, Rotem R, Koren G, Lunenfeld E Levy A.

AM J OBSTET GYNECOL. 2018 MAR 3. PII: S0002-9378 (18) 30172-8.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

widely: largement - *previous*: antérieure - *miscarriage*: fausse couche - *to refrain*: s'abstenir - *intrauterine contraceptive device*: dispositif intra-utérin.



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 Prénatale
(IPPrénat) s'impose dans
l'accueil de l'enfant”**

- 8h15 Accueil - café
- 9h00 - 9h30 **Ouverture des 29^{es} Journées.** Bruno BELIN, Président du Département de la Vienne - Micheline BOIVINEAU, Présidente de l'ANSFT
- 9h30 - 10h00 **La maltraitance fœtale.** Dr Anne-Laure SUTTER, Psychiatre et pédopsychiatre UMB Bordeaux
- 10h00 - 10h15 **Origine du dispositif IPPrénat.** Louisette DADU et Cécile WALLART, Sages-femmes du Département de la Vienne
- 10h15 - 10h30 **Suivi en prénatal : jongler entre accompagnement et évaluation.** Cécile SIMON, Sage-femme du Département de la Vienne
- 10h30 - 10h45 Échanges avec la salle
- 10h45 - 11h00 Pause
- 11h00 - 11h30 **Rédaction d'une IPPrénat.** Dr Agnès CHAVET-BARON, Gynécologue-obstétricienne du Département de la Vienne
- 11h30 - 11h45 **L'annonce au couple.** Laurent HERVIER, Responsable de la Maison

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

- 11h45 - 12h00 Échanges avec la salle
- 12h00 - 14h00 Repas libre

14h00 - 14h40 Le temps à la maternité : 2 témoignages à la maternité du CHU de Poitiers. Dr Violette CHANGEUR, Pédopsychiatre Maternité et CMPEA Poitiers - Emmanuelle GONNORD, Assistante sociale du CHU Poitiers à la maternité du CH de Châtellerault - Takako IRI, Sage-femme coordinatrice à Châtellerault

- 14h40 - 15h00 **En cas de placement, coordination de la prise en charge de l'enfant et de ses parents.** Estelle RUSSEL, Coordinatrice PMI-ASE du Département de la Vienne
- 15h00 - 15h15 Échanges avec la salle
- 15h15 - 15h30 Pause

15h30 - 15h50 Le temps d'accompagnement et d'évaluation par la pouponnière. Jeanne PUYO, Responsable de l'IDEF petite enfance 86

- 15h50 - 16h10 **Bilan.** Dr Agnès CHAVET-BARON, Gynécologue-obstétricienne du Département de la Vienne
- 16h10 - 16h30 Échanges avec la salle

JOURNÉE DU 8 JUIN

“Analyse de la pratique”

9h00 - 10h00 Étude d'une 1^{re} situation clinique. Cécile SIMON, Sage-femme du Département de la Vienne - Dr Françoise MOLENAT, Pédopsychiatre du CHU Montpellier

- 10h00 - 10h15 Échanges avec la salle
- 10h15 - 10h30 Pause

10h30 - 11h30 Étude d'une 2^{re} situation clinique. Cécile WALLART, Sage-femme du Département de la Vienne - Dr Françoise MOLENAT, Pédopsychiatre du CHU Montpellier

- 11h30 - 12h00 Échanges avec la salle
- 12h00 - 13h30 Repas libre

13h30 - 16h30 Compagnie Noctilus Théâtre (théâtre interactif en milieu professionnel)

“Et les émotions dans tout ça ?”

Le ressenti des professionnels.

Jeudi 7 juin à 18h30 - 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, PUFR, 2017.

Inscription jusqu'au 18 mai 2018 à l'adresse mail : archives@departement86.fr (indiquer “inscription conférence de sages-femmes”)

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

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

Formations bi-annuelles

Prochaines formations

- ▷ Clamart (92)
 - Stage prénatal : les 22, 23, 24 octobre 2018
 - Stage postnatal : le 26 avril 2018

► Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes

Programme et inscription

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

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

N'féraido®
modelages
la accompagnant
Bientraitance

**OUI
A LA BIENTRAITANCE
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 : nouvelles dates à venir

Dates Fribourg
Cycle II : 4 au 6 mai 2018

Dates Agen
Cycle II : 21 au 23 nov 2018

oooooooooooo

Volet uro-gynécologique**

Rééducation manuelle par voie externe

Modelages : Bassin, organes pelviens & périnée

Dates Paris
8 au 10 octobre 2018

Dates Agen
19 au 21 sept 2018

** Francine Augère S.F.

oooooooooooo

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

FORMATION

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

Pratiquer dès le lendemain du séminaire



Institut
Naissance
& Formations



Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh

Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

Calendrier 2018

PROGRAMME EN 3 ÉTAPES

- 1^{re} et 2^e étapes présentielle (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 Dalem
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

Préparation Globale à la Naissance©

Méthode de Valors ®

Formation alternant théorie et pratique (sophrologie obstétricale), afin de :

- Potentialiser la physiologie en prénatal / postnatal
- Favoriser un travail rapide et quasiment indolore
- Eviter l'apparition de la pathologie / dystocie

Formations en 2018 (Niveau I) (DPC - FIFPL)

- Lille : 5, 6, 7 novembre 2018
- Rennes : 3, 4, 5 décembre 2018

Inscriptions sur le site de l'ADCO

Contact : Mme Drugmanne Aurore
Sage-femme, Sophrologue et Formatrice
06.45.31.66.99 ou nposagesfemmes@gmail.com
Site : www.nposagesfemmes.org



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)
Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
Date : 7-8 juin 2018

LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE GYNÉCOLOGIE DE PRÉVENTION

Intervenante : Annie Siven (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 : www.ansfl.org

LA PRATIQUE LIBÉRALE : CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS

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

INITIATION À LA PENSÉE CRITIQUE LES SAGES-FEMMES

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)
Date : www.ansfl.org

LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES À BAS RISQUES

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)
Date : 14-15 juin - Lieu : Libourne (33)

ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ

Intervenante : Odile Tagawa (SF)

- Session I : Prénatal
Dates : 27-28 sept 2018 - Lieu : Marseille
11-12 oct 2018 - Lieu : Essonne (91)
- Session II : Postnatal
Dates : 24-25 janvier 2019 - Lieu : Marseille
7-8 février 2019 - Lieu : Essonne (91)

Toutes nos formations : FIF-PL

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

50 | D.O. 480

*Dossiers de l'Obstétrique - Éditions ESKA


*Charte
éthique de bonne
pratique*

Unité d'enseignement Hypnose médicale et périnatalité

Aucun pré-requis

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

5 jours / 35 H
 3 jours / 21 H
 4 jours / 28 H

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

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

Clés et leviers pour un usage facile de l'hypnose

5 jours / 35 H
 3 jours / 21 H
 4 jours / 28 H
 3 jours / 21 H
 2 jours / 14 H
 3 jours / 21 H

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

- Hypnose médicale et périnatalité - Praticien

5 jours / 35 H



**CERTIFICATION TECHNICIEN
EN HYPNOSE MÉDICALE ET PÉRINATALITÉ**

98 HEURES DE FORMATION



**CERTIFICATION PRATICIEN
EN HYPNOSE MÉDICALE ET PÉRINATALITÉ**

Au total 203 HEURES DE FORMATION
comportant la certification Technicien

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



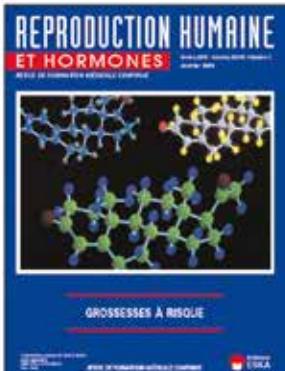
contact@medicformation.fr



01 40 92 72 33

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'OBSTÉRIQUE
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



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



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



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.

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

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

NOUVEAU

Spinafol®

acide folique 400 µg



**PRÉVENTION PRIMAIRE DES ANOMALIES
EMBRYONNAIRES DE FERMETURE
DU TUBE NEURAL** (AFTN) chez les femmes
sans antécédent particulier d'AFTN et qui désirent concevoir

A partir du mois précédent la conception et jusqu'à 3 mois
après la conception*



NOUVEAU



Tardyferon®

fer 50 mg

**TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA CARENCE
MARTIALE DE LA FEMME ENCEINTE**

lorsqu'un apport alimentaire
suffisant en fer ne peut être assuré

La supplémentation en fer systématique chez les femmes enceintes en prévention d'une carence martiale n'est pas recommandée. Cependant, la supplémentation en fer oral peut être proposée aux femmes enceintes identifiées à risque de carence martiale (antécédents d'anémie ou saignements récents, grossesses multiples ou rapprochées, adolescentes, carences nutritionnelles, hémoglobinopathies...) après prise en compte des autres sources d'apport (alimentation, polyvitamines...)**

Les mentions obligatoires de Spinafol® 400 µg et Tardyferon® 50 mg sont disponibles sur la base de données publique des médicaments <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

* RCP Spinafol® 400 µg - Rubrique Posologie et mode d'administration

** HAS - Avis de la Commission de transparence Tardyferon® 50 mg, mai 2016



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