

LES **DO**

#484 OCTOBRE 2018

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE



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

45^e année ISSN 0767-8293



N° SPÉCIAL
ALLAITEMENT

MAÏEUTIQUE L'allaitement maternel prolongé : témoignages de vingt femmes sur cette pratique

PÉDIATRIE Les pleurs du bébé • Accompagner l'oralité du nouveau-né et du nourrisson

GYNÉCOLOGIE/OBSTÉTRIQUE Engorgement mammaire : une prise en charge innovante avec la thérapie cellulaire active (Indiba®)

SANTÉ PUBLIQUE Allaitement, éducation et prise en charge en service de post-partum

SCIENCES HUMAINES Les caractéristiques fonctionnelles du lait chez les mammifères et les primates

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 RÉÉDUCATION 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



02

ÉDITORIAL

Adapter l'allaitement aux pratiques des mamans et à la bonne santé des bébés !

LA RÉDACTION DES D.O.

04

N° SPÉCIAL ALLAITEMENT

MAÏEUTIQUE

L'allaitement maternel prolongé : témoignages de vingt femmes sur cette pratique

HÉLÉNA MARIN

10

PÉDIATRIE

Les pleurs du bébé

NICOLAS FALAISE

14

Accompagner l'oralité du nouveau-né et du nourrisson

MICHELLE PASCALE HASSLER

18

GYNÉCOLOGIE | OBSTÉTRIQUE

Engorgement mammaire : une prise en charge innovante avec la thérapie cellulaire active (Indiba®)

CÉLINE DALLA LANA

22

SANTÉ PUBLIQUE

Allaitement, éducation et prise en charge en service de post-partum

SÉBASTIEN RIQUET

MICHELLE PASCALE HASSLER

25

SCIENCES HUMAINES

Les caractéristiques fonctionnelles du lait chez les mammifères et les primates

PIERRE FRÉMONDIÈRE

MICHELLE PASCALE HASSLER

28

HISTOIRE

Léon Dufour et l'œuvre de la Goutte de Lait ou comment nourrir les bébés au biberon « faute de mieux »

JÉRÔME JANICKI

32 KIOSQUE

32 AGENDA EN BREF

33 FICHE TECHNIQUE
IVG médicamenteuse :
les protocoles à respecter
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

34 ACTUALITÉS

L'Académie de médecine publie un rapport sur la bientraitance en obstétrique

35 Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique : résumé de l'Avis 129 du 25 septembre 2018

42 COMMUNIQUÉS

44 RECHERCHE

46 COLLOQUES & FORMATIONS



LES **DO**

ÉDITIONS ESKA

12 rue du Quatre-Septembre

75002 Paris

T. 01 42 86 55 65

F. 01 42 60 45 35

agpaedit@eska.fr

<http://www.eska.fr>

Photo de couverture

Studio 7042 - Pexels

POUR VOUS ABONNER,
RETOURNEZ-NOUS LE
BULLETIN EN **PAGE 27.**

LES ANNONCEURS

C2 Phénix Vivaltis

C3 Techmed

C4 Grandir Nature

03 Medela

09 DTF Médical

11 Mybubelly

13 Journée Lait maternel

17 Matilia

21 Journées Jean Cohen

45 19^e Journée sur l'AMP

46 ANSFL

46 NFERAIDO

46 CIRDH

47 Institut Naissance
& Formation

47 Méthode Dalla Lana

47 Association Nationale
Natation & Maternité

48 Médicformation

OURS

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF

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

SAGE-FEMME

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

CONCEPTION GRAPHIQUE

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

ÉDITION

Éditions ESKA

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

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF
serge.kebabtchieff@eska.fr

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

FABRICATION

Marise URBANO
agpaedit@eska.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

adv@eska.fr

PUBLICITÉ - CONGRÈS COMMUNICATION

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

MARKETING - CONGRÈS PUBLICITÉ

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

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Céline DALLA LANA, Sage-femme,
Consultante en lactation IBCLC, Formatrice
Méthode Dalla Lana®

Nicolas FALAISE, Pédiatre libéral, Marseille
Pierre FRÉMONDIÈRE, Aix Marseille Univ,
EUSM, Marseille - Aix Marseille Univ, CNRS,
EFS, ADES, Marseille

Michelle Pascale HASSLER, Aix-Marseille
Université, École universitaire de maïeutique
Marseille Méditerranée

Jérôme JANICKI, Docteur en histoire des
sciences (Lens)

Hélène MARIN, Sage-femme du CHU de
Rouen

Sébastien RIQUET, Aix-Marseille Université,
École universitaire de maïeutique Marseille
Méditerranée, Marseille - Laboratoire
éducatif et pratiques de santé EA 3412,
Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité,
Bobigny

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 : Octobre 2018

Adapter l'allaitement aux pratiques des mamans et à la bonne santé des bébés !

Ce numéro de la revue *Les Dossiers de l'Obstétrique* consacré à l'allaitement, s'il s'intéresse à beaucoup d'aspects... bénéficie d'une actualité toute récente issue des propositions du CEPS.

L'allaitement présente des avantages indiscutables pour la maman et son bébé.

Il faut donc encourager les mamans à allaiter. Mais pour ce faire, il faut s'intéresser aux situations que rencontrent les mamans.

Dans certains cas, l'allaitement au sein n'est pas possible. Les mères ont alors recours à un tire-lait, notamment pour des raisons médicales (engorgement, mastite, allaitement douloureux), professionnelles (reprise de la vie active) ou personnelles (tire-allaitement).

LES CONDITIONS ACTUELLES DE REMBOURSEMENT ET LES PROPOSITIONS DU CEPS

Constatant une augmentation du recours au tire-lait, le ministère des Solidarités et de la Santé a publié le 24 juillet dernier un avis de projet visant à modifier en profondeur les modalités de prise en charge des tire-lait. Du fait des congés, il est passé inaperçu.

Depuis de nombreuses années, le système français privilégie la prise en charge de la location avec un forfait hebdomadaire de 12,07 € par semaine. Le projet du ministère de la Santé prévoit de limiter les primo-prescriptions de location à dix semaines, de baisser de manière très significative les tarifs de prise en charge de la location (avec un forfait hebdomadaire ramené à 7,50 € et la création d'un forfait de mise à disposition de 30 €) et d'introduire une participation à l'achat d'un tire-lait à usage individuel à hauteur de 105 €.

Si dans leur grande majorité les professionnels rencontrés reconnaissent le bien-fondé de certaines mesures, en particulier celles visant à améliorer la qualité de l'information communiquée lors de la dispensation, l'ampleur de cette réforme et des baisses de tarifs envisagées (l'impact de la baisse tarifaire sur la location serait de l'ordre de 25 % d'après les professionnels interrogés) semble les inquiéter vivement.

QUELQUES INTERROGATIONS

Ce projet d'avis du CEPS, soulève de nombreuses questions parmi lesquelles :

- Est-il possible d'exiger des prescripteurs que le choix entre location et achat soit fait une fois pour toutes

et de manière exclusive ? Cela ne semble pas évident lorsque l'on sait qu'un projet d'allaitement n'est jamais écrit d'avance, qu'il relève souvent d'un parcours complexe au cours duquel la maman peut faire face à des obstacles et à des complications médicales. Ne va-t-on pas rendre l'accès aux produits d'allaitement plus difficile pour les mamans ?

- Pourquoi valoriser d'un côté l'accompagnement de la maman via le forfait de mise à disposition des matériels de location et de l'autre côté prévoir une délivrance à la vente sans exigence de conseil spécifique ?
- Comment éviter que les matériels achetés grâce au remboursement, mais inutilisés – car pas ou plus adaptés à la situation des mamans et des bébés – ne se retrouvent pas relégués à la casse, dès le lendemain de l'achat ? Pour éviter de transformer une économie escomptée en gaspillage organisé, le mieux serait de suivre les recommandations des prescripteurs dans le choix des matériels et dans la façon d'accompagner le projet d'allaitement de chaque maman.
- Le modèle actuel avait l'avantage de permettre à la maman de rester en contact avec son pharmacien ou son prestataire et de pouvoir changer de matériel ou de prestataire en fonction de ses besoins et de l'évolution de sa situation.
- L'idée selon laquelle un seul modèle, un seul mode de mise à disposition de tire-lait conviendraient à toutes les femmes, toutes les situations, tous les revenus, est erronée. En fin de compte ce sont les spécialistes de la naissance qui sont les prescripteurs.

NE PAS CONFONDRE VITESSE ET PRÉCIPITATION

Ce projet fait toujours l'objet de réflexions au sein des organismes en charge relevant du ministère de la Santé. Si l'idée d'une concertation est très bonne, on ne peut que regretter que cette consultation par le CEPS, publiée au Journal Officiel du 24 juillet qui concerne 25 000 Sages-femmes, 7 000 Gynéco-Obstétriciens, 3 000 Pédiatres, tous les généralistes, tous les pharmaciens, tous les parents et... 800 000 naissances par an, ait pour date limite de réponse le 30 août !

Les économies recherchées – très incertaines – ne risquent-elles pas de se faire *in fine* au détriment du service rendu à la maman et aux besoins du bébé ?

LA RÉDACTION DES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE



Technologie 2-Phase Expression®

Les tire-laits Medela ont une technologie unique qui imite le rythme naturel de succion du bébé avec une phase de stimulation suivie d'une phase d'expression.



Harmony™*



Swing™*



Swing Maxi™*



Freestyle®*



* Ces produits sont des dispositifs médicaux de classe IIa, CE0123.
Lire attentivement la notice et demandez conseil à un professionnel de santé.

L'allaitement maternel prolongé : témoignages de vingt femmes sur cette pratique

PAR HÉLÈNE MARIN, SAGE-FEMME DU CHU DE ROUEN

LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

Les bénéfices de l'allaitement maternel ont été amplement démontrés ^(1, 2, 3, 4) à la fois pour la mère et l'enfant. Concernant la mère, l'allaitement permet à celle-ci de perdre du poids plus rapidement dans les six mois suivant l'accouchement et de retrouver son poids pré-grossesse plus tôt. Il est aussi associé à une diminution de l'incidence de la dépression du post-partum. À long terme, l'allaitement permet une protection contre l'ostéoporose, le cancer du sein et de l'utérus.

Chez l'enfant, l'allaitement maternel permet une protection contre les infections de type : maladies diarrhéiques, infections respiratoires basses et infections au niveau de la sphère ORL, pendant plusieurs années en diminuant leur incidence et leur gravité.

De plus, l'allaitement maternel représente un enjeu de santé publique ⁽⁵⁾. En effet, celui-ci permet de faire des économies indirectes pour le système de santé. Comme nous l'avons décrit ci-dessus, les femmes et leurs enfants sont moins malades, par conséquent, les dépenses liées aux soins sont moindres. De même, les employeurs bénéficient d'économies dues à une baisse des congés maladie et donc une baisse de l'absentéisme parental.

Pour les mères non allaitantes, il est indispensable d'effectuer des dépenses supplémentaires pour l'achat du lait en poudre et pour tout le matériel nécessaire à l'allaitement artificiel. Ces dépenses ne sont pas négligeables, surtout pour les familles en difficultés financières.

De plus, pour pouvoir acheter ce matériel il faut obligatoirement dépenser de l'énergie liée à la production, aux transports et à la commercialisation des produits. C'est un argument non dérisoire pour les pays industrialisés qui essaient d'adopter une politique de « développement durable ».

Face à ces bienfaits, l'Organisation Mondiale de la Santé a émis les recommandations suivantes ⁽¹⁾ : « *Les nourrissons devraient être allaités exclusivement au sein pendant **les six premiers mois** pour une croissance, un développement et un état de santé optimaux. Après six mois, compte tenu de l'évolution de leurs besoins nutritionnels, les nourrissons doivent consommer des aliments de complément sûrs et adaptés du point de vue nutritionnel, tout en continuant à être allaités au sein **jusqu'à deux ans, voire plus** ».*

Malgré ces recommandations et d'après l'Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE), publiée le 22 septembre 2015 ⁽⁶⁾ : « *Seule une femme sur cinq ayant*

fait le choix d'allaiter, nourrit encore son bébé à 6 mois ». En effet, l'allaitement maternel comporte des difficultés dans son initiation, sa prolongation et son arrêt car l'influence de l'environnement est très présente.

Pour autant, une femme sur cinq franchit ces difficultés et perdure son allaitement maternel pour une durée qui, la plupart du temps, est indéterminée.

Nous nous sommes interrogés : **pourquoi certaines femmes font-elles le choix de prolonger leur allaitement au-delà de six mois et comment vivent-elles cette expérience ?**

Nous avons émis comme hypothèse que les femmes font ce choix afin de faire perdurer les bienfaits de l'allaitement maternel, mais qu'elles doivent faire face à des difficultés d'ordre social.

Les objectifs de l'étude étaient de déterminer les raisons du choix de ces femmes concernant leur allaitement maternel prolongé, de s'intéresser à leur vécu et d'identifier les difficultés qu'elles ont pu rencontrer et savoir comment elles les ont surmontées.

Vingt entretiens semi-directifs ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien : dix femmes ayant allaité au-delà de six mois et dix femmes ayant allaité au-delà de deux ans. Nous nous sommes basés sur les repères de l'OMS précédemment cités. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec l'accord des interrogées, puis retranscrits et enfin analysés. Une fois les analyses faites, nous avons pu mettre en évidence les résultats suivants.

LES CHOIX EFFECTUÉS AUTOUR DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Sur vingt femmes ayant eu un allaitement prolongé, dix-sept avaient un désir d'allaitement antérieur à la naissance de leur enfant (dont une même avant la grossesse). Sur ces dix-sept femmes, seulement trois avaient le désir de prolonger leur allaitement. Selon elles, les raisons de ce choix étaient dues aux avantages que l'allaitement maternel procure. Le côté pratique de l'allaitement maternel par l'absence de matériel à emmener et par l'absence de préparation de lait a été de nombreuses fois cité. De plus, elles décrivaient l'allaitement maternel comme une pratique n'ayant pas comme seule fonction l'alimentation.

Dans les premiers jours voire les premiers mois de vie de l'enfant, le côté nutritionnel de l'allaitement maternel prime sur le versant relationnel. Lorsque l'enfant grandit, cette tendance s'inverse : l'allaitement a comme principal but le

développement et le maintien d'une relation fusionnelle entre la mère et son enfant. Une mère interrogée a décrit son allaitement comme la prolongation de sa grossesse : « Après, oui, il y avait la relation avec l'enfant, c'est une petite prolongation de la grossesse », tout comme l'avait fait Émile Zola (1907) : « Il n'était pas d'épanouissement plus glorieux, de symbole plus sacré de l'éternité vivante : l'enfant au sein de la mère. C'était l'enfantement qui continuait, la mère se donnait encore toute pendant de longs mois, achevait de créer l'homme, ouvrait la fontaine de sa vie qui coulait de sa chair sur le monde »⁽⁷⁾.

LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Malheureusement, les femmes allaitantes doivent faire face à différents types de difficultés.

Des facteurs influençant de manière négative la durée de l'allaitement maternel ont été mis en évidence dans différentes études^(19, 20). Nous pouvons identifier les facteurs liés à la mère, non modifiables comme l'âge maternel, la primiparité, l'origine ethnique, le statut socio-économique, etc. Nous pouvons notamment identifier les facteurs modifiables liés à la mère comme : le tabac, la décision d'allaitement, la non-utilisation du tire-lait, l'anxiété et la dépression du post-partum.

L'enfant a, lui aussi, une influence concernant la durée de son allaitement. En effet, un âge gestationnel extrême (inférieur à 37 semaines d'aménorrhée ou supérieur à 41 semaines d'aménorrhée), le poids de naissance inférieur à 2,500 kg, la perte de poids de plus de 10 % par rapport au poids de naissance, les problèmes de succion et l'utilisation de la tétine sont des facteurs influençant de manière négative la longévité de l'allaitement maternel.

Les facteurs liés au système de soin ont aussi un rôle sur la durée de l'allaitement via : la mise au sein précoce, la proximité mère-enfant la nuit, la pratique de l'allaitement à la demande, la durée de l'hospitalisation, les informations données sur l'allaitement maternel, la connaissance des associations de soutien, le congé maternité, paternité et/ou parental et la reprise du travail.

Dans notre étude, ces femmes ont rencontré les difficultés suivantes : les difficultés d'ordre anatomique (comme les crevasses, les engorgements, etc.), les difficultés d'ordre pédiatrique (comme les suctions peu productives de l'enfant), mais elles ont surtout été confrontées à des difficultés d'ordre social. En effet, l'allaitement maternel est valorisé dans son initiation et ses débuts, mais par la suite, les mères témoignaient d'une apparition puis d'une augmentation du nombre de remarques et de regards insistants avec des notions d'étapes.

Ces étapes peuvent correspondre à l'âge de l'enfant : « Non, j'ai eu des réflexions comme « tu allaites encore ? Il tète toujours ? » Et ça depuis qu'ils ont 6 mois [...] », mais elles peuvent aussi correspondre à une acquisition de l'enfant, comme l'acquisition de la marche, ou de la parole, ou encore d'une poussée dentaire.

Bien que les effets bénéfiques de l'allaitement maternel sur la santé soient largement reconnus, les opinions en matière de durée optimale de l'allaitement maternel sont très divergentes.

En effet, l'allaitement maternel est valorisé dans son initiation et ses débuts, mais par la suite, les mères témoignaient d'une apparition puis d'une augmentation du nombre de remarques et de regards insistants avec des notions d'étapes.

INTÉRÊT NUTRITIONNEL DE L'ALLAITEMENT MATERNEL PROLONGÉ ?

L'allaitement maternel a fait ses preuves jusqu'aux deux ans de l'enfant. D'après l'OMS⁽¹⁾ : « le lait maternel est aussi une source importante d'énergie et de nutriments pour les enfants de 6 à 23 mois. » En effet, en moyenne, il couvre 70 % des besoins énergétiques des enfants âgés de 6 à 8 mois, 55 % de 9 à 11 mois et 40 % de 12 à 23 mois.

Après les deux ans de l'enfant, le lait maternel a-t-il encore un intérêt nutritif ? Il existe très peu de données sur la valeur nourrissante du lait maternel pendant l'allaitement prolongé (au-delà de deux ans).

Une étude Israélienne⁽⁸⁾ a montré que le lait humain, fourni par les mères qui ont allaité depuis plus d'un an, contient des taux de graisse et de calories plus importants que les mères qui ont allaité durant de plus courtes périodes. Pendant les allaitements prolongés, la proportion de graisse du lait maternel ingérée par l'enfant peut être importante du point de vue de l'apport énergétique. En effet, une diminution du volume de lait consommé par un enfant qui mange des aliments solides, peut être compensée par une augmentation de la concentration de calories présentes dans le lait maternel. Une des limites de cette étude est qu'il était impossible de mesurer précisément le volume de lait et donc le taux de graisse et de calories consommés au sein par chaque enfant pour des raisons techniques évidentes.

Compte tenu de cette étude, nous pouvons en déduire que l'allaitement maternel continue de s'adapter à l'enfant d'un an, voire au-delà de deux. Mais il n'apporte que peu d'éléments nutritifs car l'enfant étant diversifié depuis l'âge de 4 à 6 mois, les substances nécessaires à sa croissance sont apportées par les aliments solides.

Il a été prouvé par plusieurs études^(2, 11, 12) que le taux d'anticorps dans le lait maternel ne cesse d'augmenter tout au long de la croissance de l'enfant mais que leur durée de vie reste inchangée ; quelques semaines. L'allaitement maternel apporte des facteurs immunologiques permettant de lutter contre des infections comme nous l'avons énoncé précédemment ; il a donc un rôle majeur chez le jeune enfant dont le système immunitaire est encore immature. C'est lors de la première année de vie de l'enfant, que son système immunitaire va se développer en amassant son « capital de mémoire immunitaire » à chaque rencontre avec un agent infectieux. C'est pourquoi, au-delà de deux ans, l'apport de facteurs immunologiques par le lait maternel n'est qu'un surplus de ceux que fabrique l'enfant lui-même.

Pour conclure, nous pouvons dire que l'allaitement maternel tardif apporte peu d'intérêt d'un point de vue nutritionnel même s'il s'adapte à l'enfant plus âgé. Mais il

est important de préciser que l'enfant a besoin d'apport lacté jusqu'à ses trois ans, car jusqu'à cet âge, les besoins nutritionnels sont toujours importants. Il est donc nécessaire que l'enfant absorbe quotidiennement : de l'eau, des protéines, glucides, lipides, minéraux (calcium et fer) et des vitamines, notamment les vitamines D et K. Le lait de vache seul ne permet pas d'apporter tous les nutriments indispensables car il est pauvre en fer et en acides gras essentiels et est trop riche en protéines.

LA PLACE DU PÈRE

Lors de la naissance d'un enfant, il y a un remaniement de la cellule familiale ; le passage de la dyade à la triade. La place du père a donc son importance dans la relation mère et enfant.

De nombreux cliniciens spécialistes de la petite enfance se sont intéressés à ce sujet, comme Hurstel (1987), Cupa (1994), Aubert-Godard (1999), Parat (2003), Siksou (2003), Dublineau et Roman (2004). Ils ont alors décrit l'importance de la fonction paternelle de séparation dans la construction de l'individuation de l'enfant, passant par la possibilité de se détacher du sein maternel.

Aubert Godard (1999) fait une remarque pertinente en disant que les deux fonctions femme et mère « *se trouvent réunies sur le sein, ce qui peut devenir source de confusion et de trouble.* »⁽¹³⁾. Ou encore, Hélène Parat en se questionnant : « *Naissance de l'amour, permanence du désir... , sein nourricier, objet érotique, ou sein érotique, objet nourricier... comment penser ces oppositions, quels en sont les enjeux, un sein peut-il être à la fois nourricier et érotique ?* »^(14, 15).

Les avis sont alors partagés, le pédopsychiatre et auteur Marcel Rufo (29 novembre 2003) donne le sien en disant : « *Ça ne se partage pas un sein.* »

Concernant les pères de notre étude, nous avons pu distinguer trois profils différents. Soit le père était favorable à l'allaitement et participait fortement aux autres tâches afin d'aider sa compagne, soit il était impuissant face aux obstacles et voulait vite sevrer son enfant, soit il évoluait avec l'allaitement. Les pères qui ont évolué avec l'allaitement sont des pères qui ont été convaincus par les avantages et les bienfaits de celui-ci et souhaitaient alors le prolonger.

Certaines mères se sont exprimées sur le changement dans leur vie intime, expliquant qu'il n'était pas dû à l'allaitement mais plutôt à l'arrivée d'un enfant au sein du foyer voire au sein du lit conjugal (huit femmes sur vingt pratiquaient le co-dodo).

L'ALLAITEMENT MATERNEL ET LA SOCIÉTÉ

La vision de l'allaitement maternel tardif par la société dépend d'un certain nombre de facteurs : la région, les cultures familiales, la durée de l'allaitement, le sexe de l'enfant (plus négative si l'enfant est de sexe masculin).

Les principales craintes sont les répercussions potentielles de l'allaitement prolongé sur l'enfant. Dans les années 1950, la population pensait que l'autisme était dû à un allaitement trop long, ce qui ne fût jamais démontré. Aujourd'hui, les frayeurs se portent sur la future sexualité de l'enfant (crainte de l'homosexualité), une future dépendance exagérée de l'enfant envers sa mère, ou encore d'éventuels troubles psychotiques que pourrait développer l'enfant.

Certaines mères se sont exprimées sur le changement dans leur vie intime, expliquant qu'il n'était pas dû à l'allaitement mais plutôt à l'arrivée d'un enfant au sein du foyer voire au sein du lit conjugal (huit femmes sur vingt pratiquaient le co-dodo).

D'après le pédopsychiatre, M. Dugnat⁽¹⁶⁾ : « *En reprenant les discours populaires, nous avons pu constater que les arguments critiques contre l'allaitement long se basent essentiellement sur la protection de l'enfant, présenté comme victime d'une mère trop accaparante, voire malsaine.* » Gilza Sandre Pereira⁽¹⁷⁾ dit que ce lien entre plaisir de la mère et inceste vient d'une confusion entre la sensation provoquée par une stimulation physique et la signification qu'on lui donne. La sensation provoquée est le plaisir de la mère, plaisir qui appartient aux conceptions archaïques permettant la survie. En effet, l'Homme prend plaisir à manger et à se reproduire ce qui permet de maintenir l'espèce humaine en vie. La question est de savoir si le plaisir pour la mère d'allaiter se rapproche plus du plaisir du coït ou du plaisir d'engendrer la satiété chez son enfant ? La dualité du sein érotique et du sein nourricier apparaît encore une fois à travers ce questionnement. Marcel Rufo s'exprime : « *L'enfant doit pouvoir oublier le plaisir procuré par l'allaitement, n'en garder que des traces inconscientes, et non pas des images précises qui viendraient l'embarrasser.* ». La principale interrogation est de savoir si l'enfant pourra développer seulement une gêne ou une dépendance excessive pour sa mère ou encore pire, un trouble du comportement plus tard.

Aucune étude n'a montré que l'allaitement maternel nuit à l'autonomie de l'enfant. Au contraire, M. Ainsworth (1973) a découvert qu'un attachement sécurisant à la mère par l'allaitement maternel permettait aux enfants de créer des liens avec d'autres enfants et de devenir plus indépendants comparé à un autre groupe d'enfants nourris au biberon. Dans l'étude de M. Fergusson et M. Woodward (1999), les enfants allaités pendant une plus longue durée avaient tendance à percevoir leurs mères plus solidaires et moins surprotectrices⁽¹⁸⁾.

Une étude⁽¹⁹⁾ sur la relation entre la durée de l'allaitement maternel et les résultats psychosociaux mesurés entre les âges de 15 et 18 ans a été menée dans une cohorte de 999 enfants néo-zélandais. Après un ajustement, pour les différentes expositions socio-économiques, psychologiques et maternelles en début de vie, il a été démontré qu'une plus longue durée de l'allaitement maternel était positivement associée à la santé et le bien-être du développement cognitif (QI plus important), éducatif (niveau d'instruction plus élevé) et psychologique (santé mentale) des enfants et des adolescents. Par conséquent, les programmes de santé publique visant à accroître la durée de l'allaitement pourraient être bénéfiques à long terme pour l'enfant et l'adolescent.

Concernant la famille des femmes interrogées de notre étude, certaines familles respectaient et ne jugeaient pas le choix qui avait été effectué autour de leur allaitement, alors

que d'autres faisaient part de remarques redondantes et de moqueries cachées.

Certaines mères ont déclaré ne pas avoir eu de problème particulier lors de l'allaitement dans des lieux publics. Contrairement à d'autres qui ont exprimé un problème de pudeur et de positionnement de l'enfant et cela dès la maternité lors des visites et par la suite lorsque l'enfant grandit.

Concernant l'allaitement maternel sur le lieu de travail, les mères se sont exprimées sur différents problèmes qu'elles ont rencontrés. En effet, l'heure légale d'allaitement pouvait être refusée par l'employeur, les collègues pouvaient ne pas respecter le choix effectué par la mère : une des mères a subi des insultes sur son lieu de travail, expérience très mal vécue pour celle-ci, la poussant à aller jusqu'à porter plainte. Des mères ont notamment vécu des mastites à répétition dues à l'utilisation du tire-lait non productive et à la non-acceptation du biberon par l'enfant.

LA PLACE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

La sage-femme a un rôle important pendant toute la grossesse, à l'accouchement et dans le post-partum immédiat et tardif ; elle doit prôner l'allaitement maternel en informant les couples sur les bienfaits de celui-ci, les accompagner et les guider.

Malheureusement la principale problématique que les femmes interrogées ont abordée concernant les professionnels de santé est la discordance des discours ainsi que la connaissance incomplète voire la méconnaissance de ces derniers au sujet de l'allaitement maternel. De plus, de nombreuses mères se sont senties responsables et ont très mal vécu la « mauvaise prise de poids » de leur(s) enfant(s). Mais il a été mis en avant un problème d'ordre technique : l'utilisation par les professionnels de santé des anciennes courbes de poids (antérieures à 2006) du carnet de santé. Celles-ci ne prennent pas en compte le type d'allaitement de l'enfant, ce qui pouvait provoquer une courbe de poids faussement en dessous de la moyenne pour un enfant allaité au sein. En effet, la croissance pondérale d'enfants allaités au sein versus enfant au biberon croît plus rapidement les trois premiers mois puis ralentit par la suite. Mais leur taille et leur périmètre crânien sont identiques tout comme leur développement psychomoteur.

Face à des remarques et incitations au sevrage, la réponse des mères était inexacte concernant la durée de leur allaitement et l'initiation du sevrage. Dans cette période qu'elles qualifiaient de « faiblesse », celles-ci cherchaient du soutien, qu'elles trouvaient auprès de certaines associations. Ces femmes désiraient échanger autour de l'allaitement et des expériences de chacune (qu'elles soient bonnes ou mauvaises) afin de lutter contre l'isolement.

SEVRAGE

Les avis sont partagés concernant la période du sevrage, notamment par rapport à la phase d'apparition ou de disparition des dents de lait.

Soranus et Galien étaient deux médecins romains qui ont écrit ce qui devait rester la référence occidentale standard sur les soins prodigués aux nourrissons jusqu'au XVIII^e siècle. Galien pensait que le sevrage complet ne devrait pas être

Malgré tous ces obstacles, ces femmes étaient unanimes concernant la volonté de renouveler l'expérience de l'allaitement maternel prolongé si cela était possible.

réalisé avant les trois ans de l'enfant, et Soranus pensait que l'enfant ne devait pas être sevré avant l'apparition de toutes ses dents de lait. Ou encore, Jacques Ballexserd, médecin, a écrit en 1762 : « *Les dents qui leur viennent annoncent que la nature a parlé et que leur estomac encore faible est pourtant assez fort pour digérer les aliments plus solides que le lait.* » ⁽²⁰⁾.

Katherine A. Dettwyler, nutritionniste et professeur d'anthropologie à l'Université du Delaware à Newark, est connue pour son travail sur l'étude de la durée de l'allaitement chez les humains et les autres mammifères, principalement les primates non humains.

Elle a remarqué que chez les primates la durée de gestation est plus longue, le poids de naissance (par rapport au poids adulte) est plus élevé, le cerveau (par rapport au poids corporel total) est plus lourd, la durée de dépendance à l'adulte est plus longue, la maturité sexuelle est plus tardive, la durée de vie est plus longue et l'âge du sevrage complet est plus tardif par rapport aux autres mammifères.

Selon elle, si l'Homme sevrage sa progéniture sur le modèle des primates, en faisant abstraction des croyances et coutumes, la plupart des enfants devraient se sevrer entre 2,5 et 7 ans, ceci est déterminé par le poids, la longueur de la gestation et l'éruption dentaire ⁽²¹⁾.

Une étude ⁽²²⁾ a montré que 57 % des enfants se sevrèrent spontanément lorsque leur mère les allaite au début d'une nouvelle grossesse. Plusieurs hypothèses ont été émises concernant l'origine du sevrage : changements hormonaux, modification de la composition du lait, ou encore parce que la plupart des enfants arrivaient dans l'âge du sevrage naturel (entre 2 et 6 ans) et se sont arrêtés de téter par leur propre volonté.

Dans notre étude, nous avons pu distinguer deux types de sevrage : le sevrage induit par la mère et le sevrage induit par l'enfant (il est alors dit naturel). Une dualité a été retrouvée dans plusieurs discours : le désir maternel d'un sevrage naturel et un allaitement ne dépassant pas un certain âge, ou une certaine étape (comme la marche ou l'entrée à l'école par exemple). C'est pourquoi, le sevrage peut être une période mal vécue par les femmes allaitantes. En effet, dans différents témoignages nous avons retrouvé une culpabilité maternelle et la notion de deuil.

Malgré tous ces obstacles, ces femmes étaient unanimes concernant la volonté de renouveler l'expérience de l'allaitement maternel prolongé si cela était possible.

Grâce à ces témoignages, nous avons pu conclure que ces femmes font ce choix afin de faire perdurer les bienfaits nutritifs et surtout relationnels de l'allaitement maternel. Mais elles sont confrontées à des difficultés d'ordre anatomique, pédiatrique et principalement d'ordre social auprès de leur conjoint, leur entourage, leurs collègues de travail, des professionnels de santé et d'inconnus.

Comment ont-elles surmonté ces difficultés ?

Sur toutes les femmes interrogées, seulement la moitié avait repris une activité professionnelle. Ces femmes ont profité de l'heure légale d'allaitement afin d'utiliser leur tire-lait.

Pour les allaitements dans les lieux publics, les mères disaient avoir dépassé les obstacles en faisant passer les besoins de l'enfant en priorité. De plus, elles utilisaient différentes techniques comme le port d'un T-shirt à grande encolure, d'un voile ou encore en se mettant à l'écart, afin d'être la plus discrète possible.

Mais d'après elles, ce qui les a le plus aidées à surmonter les difficultés, c'était le soutien. Qu'il provienne du conjoint, de la famille, des amis, des professionnels de santé ou d'associations, c'était le soutien et le plaisir d'allaiter qui ont permis à ces femmes de prolonger leur allaitement.

Dans une société où l'allaitement maternel est de nouveau d'actualité, la sage-femme est en première ligne pour en faire la promotion et le soutenir. Elle occupe une place majeure dans le projet des mères souhaitant allaiter car elle repère et anticipe les difficultés que celles-ci pourront rencontrer. Face aux discours parfois contradictoires des différents professionnels de santé, décrits de nombreuses fois par les mères, il serait nécessaire que tous les professionnels de santé aient connaissance des recommandations de l'OMS et aient une formation homogène et continue concernant l'allaitement maternel. Cette expérience permettra aux sages-femmes et aux autres professionnels de santé d'accompagner au mieux les femmes dans leur projet, en leur apportant une écoute et des conseils adaptés et sans jugement, concernant la prise en charge et la durée de l'allaitement maternel. •

Dans une société où l'allaitement maternel est de nouveau d'actualité, la sage-femme est en première ligne pour en faire la promotion et le soutenir. Elle occupe une place majeure dans le projet des mères souhaitant allaiter...

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Allaitement maternel exclusif* [En ligne]. WHO. 12 mars 2015 [Consulté le 10 févr 2016]. Disponible sur : http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/fr/
2. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Chouraqui J-P, et al. *Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère*. Arch Pédiatrie [En ligne]. nov 2013 [Consulté le 8 févr 2016]; 20, Supplément 2 : S29-48. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X13722516>
3. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). *Le guide de l'allaitement maternel*. Souza CBD, Moquet M-J, éditeurs. Saint-Denis : INPES ; 2009. 1 vol. 66 p.
4. Kramer MS, Kakuma R. *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding*. In : MD LKP, Morrow AL, MD GMR-P, MD RJS, éditeurs. *Protecting Infants through Human Milk* [En ligne]. Springer US ; 2004 [Consulté le 10 févr 2016], p. 63-77. Disponible sur : http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4757-4242-8_7
5. Didierjean-Jouveau C-S. *Allaitement et santé publique*. Spirale [En ligne]. 19 avr 2007 [Consulté le 10 févr 2016]; n° 41 (1) : 125-32. Disponible sur : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPI_041_0125
6. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, et al. *Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance*. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. Bull Épidémiologique Hebdomadaire [En ligne]. 2015 [Consulté le 12 févr 2016]; (27) : 522-32. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01203828/>
7. Zola É. *Fécondité*. Fasquelle ; 1907. p. 229-230.
8. Grech A. *Facteurs influençant la durée d'allaitement maternel : pistes pour augmenter la durée*. 26 sept 2014 ; 93.
9. Chen PG, Johnson LW, Rosenthal MS. *Sources of Education About Breastfeeding and Breast Pump Use : What Effect do they Have on Breastfeeding Duration ? An Analysis of the Infant Feeding Practices Survey II*. Matern Child Health J. 1 oct 2012 ; 16 (7) : 1421-30.
10. Mandel D, Lubetzky R, Dollberg S, Barak S, Mimouni FB. *Fat and Energy Contents of Expressed Human Breast Milk in Prolonged Lactation*. Pediatrics [En ligne]. 1 sept 2005 [Consulté le 8 févr 2016]; 116 (3) : e432-5. Disponible sur : <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/3/e432>
11. Briend A, Wojtyniak B, Rowland MG. *Breast feeding, nutritional state, and child survival in rural Bangladesh*. Br Med J Clin Res Ed. 26 mars 1988 ; 296 (6626) : 879-82.
12. Macchiaiaverni P, Rekima A, Tulic MK, Verhasselt V. *L'allaitement maternel peut-il prévenir les maladies allergiques par l'induction de tolérance orale ?* Rev Fr Allergol [En ligne]. nov 2012 [Consulté le 8 févr 2016]; 52 (7) : 489-95. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187703201200348X>
13. Lighezzolo-Alnot J, Boubou F, Souillot C, Tyche C de. *Allaitement prolongé et ratés du sevrage : réflexions psychodynamiques*. Clin Méditerranéennes [En ligne]. 1 sept 2005 [Consulté le 12 févr 2016]; no 72 (2) : 265-80. Disponible sur : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=CM_072_0265
14. Parat H. *Sein de femme, sein de mère* [En ligne]. Presses universitaires de France ; 2015 [Consulté le 14 févr 2016]. Disponible sur : <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=YXdfCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=Parat+H.+Sein+de+femme,+sein+de+m%C3%A8re+ets=vHV1139Hm&sig=n1MZCOGrntmBeRm1i3gtvblhIQ>
15. Parat H. *L'érotique maternelle : psychanalyse de l'allaitement*. Dunod ; 1999.
16. Dugnat M, Association Recherche (in) formation périnatalité (France), éditeurs. *Féminin, masculin, bébé*. Toulouse : Érès ; 2011. 1 vol. (311 p.).
17. Sandre-Pereira G. *Anthropologie de l'allaitement maternel en France et au Brésil* [En ligne]. Toulouse 2 ; 2006 [Consulté le 14 févr 2016]. Disponible sur : <http://www.theses.fr/2006TOU20070>
18. Mortensen K, Tawia S, others. *Sustained breastfeeding*. Breastfeed Rev [En ligne]. 2013 [Consulté le 18 févr 2016]; 21 (1) : 22. Disponible sur : <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=199095853908743;res=IELHEA>
19. Fergusson DM, Woodward LJ. *Breast feeding and later psychosocial adjustment*. Paediatr Perinat Epidemiol. avr 1999 ; 13 (2) : 144-57.
20. Jen Davis. *Breastfeeding Beyond a Year : exploring benefits, cultural influences, and more*. NEW BEGINNINGS [En ligne]. oct 2007 [Consulté le 8 févr 2016]; 24 (5) : 196-201. Disponible sur : <http://www.lalecheleague.org/nb/nbsep07p196.html>
21. Macadam PS, Dettwyler KA. *Breastfeeding : Biocultural Perspectives*. Transaction Publishers ; 446 p.
22. Moscone SR, Moore MJ. *Breastfeeding during pregnancy*. J Hum Lact [En ligne]. 1993 [Consulté le 17 févr 2016]; 9 (2) : 83-8. Disponible sur : <http://jhl.sagepub.com/content/9/2/83.short>



MINIKIT SOLO by kitett®



PARTOUT, AVEC VOUS.

- Téterelles Kolor® multi-taille compatible
- 2 phases : Stimulation et expression
- Hygiène maîtrisée - Technologie "Clean Valve"



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



CE 0459

KCOMPS.FR.24.1018 - Documentation pour les 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

DTF
medical

Les pleurs du bébé

PAR **NICOLAS FALAISE**, PÉDIATRE LIBÉRAL, MARSEILLE

L'objectif de cet article est de faire le point sur la compréhension des pleurs des premiers mois de la vie et de faire évoluer notre regard et notre attitude sur ce comportement des nourrissons afin que les discours voire les conseils donnés aux parents se fondent davantage sur des données basées sur des preuves que sur des opinions « d'experts » ou des préférences personnelles.

Les pleurs exagérés sont le plus souvent un reflet du mauvais ajustement entre biologie et culture.

À propos des pleurs, chacun y va de son explication. Certaines sont pleines de bon sens, d'autres relèvent de la projection de nos émotions, ou de nos confusions entre les systèmes neurologique et digestif, ou encore de nos fantasmes éducatifs.

Les soignants n'échappent pas toujours à ces travers.

Le caractère universel des pleurs du bébé nous force à les considérer dans une perspective évolutionniste : de quel comportement, de quelle compétence le pleur est-il l'exemple ? Ainsi peut-être pourrions-nous mieux les appréhender.

ASPECTS ÉVOLUTIONNISTES : LE BESOIN DE S'ATTACHER

L'acquisition de la bipédie et la capacité de réflexion sont les évolutions les plus marquantes de la tribu « homo ».

Homo sapiens s'est redressé pour mieux se servir de ses mains (fabriquer des objets, effectuer des lancers), et pas pour « voir au loin » comme il est souvent dit. À l'époque où l'homme s'est relevé, il vivait dans la forêt : assis ou redressé, il n'y voyait pas bien loin !

L'acquisition de la bipédie a entraîné la modification du bassin, qui s'est « refermé », rétréci.

La capacité de réflexion de Sapiens, la plus élevée du règne animal, a entraîné la croissance du cerveau et donc du crâne, devenu très volumineux, jusqu'à un seuil critique...

L'évolution de la taille du crâne du fœtus et le rétrécissement du bassin de la mère représentent une mutation dramatique et sans équivalent dans le processus de l'accouchement et de la naissance. C'est la naissance la plus compliquée parmi les mammifères, avec des proportions importantes de mortalité per-partum maternelle ou néonatale avant l'avènement de l'obstétrique moderne. Elle implique aussi que le bébé humain naisse « prématuré »...

En effet, outre que la tête du fœtus doit passer à temps dans les détroits du bassin, l'organisme maternel ne peut nourrir un « tel cerveau » plus de 9 mois. Au-delà, le coût énergétique demandé par le fœtus et en particulier son cerveau, serait insupportable et mettrait en danger la mère.

... outre que la tête du fœtus doit passer à temps dans les détroits du bassin, l'organisme maternel ne peut nourrir un « tel cerveau » plus de 9 mois.

La majorité des autres mammifères font naître leur bébé à un stade de maturité suffisant pour qu'ils se dressent sur leurs pattes et commencent à gambader.

A *contrario*, à sa naissance le bébé humain est vulnérable, nu, immobile. Cette fragilité conditionne l'attention et l'affection qui lui seront obligatoirement portées pour assurer sa survie.

Le bébé dépendant entièrement de son donneur de soin, s'attacher à lui est vital.

L'attachement est sans doute le phénomène adaptatif le plus marquant de notre évolution.

LE BESOIN DE S'ATTACHER DEVENU UNE COMPÉTENCE

Dès les premiers jours il existe de part et d'autre des prédispositions pour constituer ce lien, mère et bébé sont compétents pour s'attacher.

Du côté maternel, la « préoccupation maternelle primaire » (D. Winnicott) est une focalisation presque exclusive sur son bébé, dès la fin de la grossesse et pendant quelques semaines. Elle est possible par le biais de phénomènes hormonaux (ocytocine) et d'activations de circuits neuro-naux spécifiques. Dans d'autres circonstances cet état serait considéré comme pathologique, mais c'est exactement ce dont le bébé a besoin.

Du côté du bébé, l'équipement nécessaire pour établir des relations avec autrui est présent à la naissance. De nombreuses études ont montré que le bébé possédait un « cerveau social » (comportements et modèles d'activité cérébrale pour entrer en relation). Il est prédisposé à réagir aux signaux sociaux et possède une attirance pour les personnes qui prennent soin de lui.

DE LA COMPÉTENCE POUR S'ATTACHER AUX COMPORTEMENTS D'ATTACHEMENT

« Un comportement d'attachement émane du petit vers sa mère (son donneur de soin) et vise à restaurer la proximité ou le contact, ou à les maintenir, ou à les approfondir ». (J. Bowlby).

Parmi les comportements d'attachement visant à maintenir la proximité ou le contact, citons le grasping, l'agrippement, le redressement de torse pour l'échange des regards, et l'apaisement au bercement.

Parmi les comportements d'attachement visant à approfondir le contact, citons la séquence rampé-fouissement, la succion du sein, et le contact visuel.

Enfin, quel meilleur exemple que le pleur pour illustrer un comportement visant à restaurer (en urgence) le contact !

À l'échelle de l'humanité, les pleurs sont nécessaires et doivent toujours être considérés comme la norme comportementale du bébé ⁽¹⁾.

À l'échelle de nos sociétés modernes qui ont « inventé » l'intolérance aux pleurs et le maternage distal, les pleurs sont moins utiles, et sont considérés comme anormaux voire pathologiques.

Les pleurs sont universels, similaires en survenue dans tous les endroits. Ils sont différents en revanche en termes de durée, d'intensité selon que le maternage est proximal ou distal, et sont supportés différemment selon la tolérance aux pleurs culturellement déterminée.

LES PLEURS. QUELS PLEURS ?

LES PLEURS D'ATTACHEMENT

Oui, très souvent les pleurs du nouveau-né sont un comportement d'attachement, nous l'avons décrit plus haut. Ils existent dès la naissance, et ont pour objectif d'appeler les

parents auprès du bébé pour qu'ils s'en occupent, le bercent et le câlinent à coup sûr, le nourrissent assez souvent.

Le problème est que l'évolution des mentalités a favorisé l'émergence d'interprétations générant de l'ambiguïté vis-à-vis de ce signal : *il m'appelle, pourquoi ? Il va mal ? Il a mal ? Il a faim ? Il me persécute ?*

Pleurer fort et longtemps ne constitue pas un risque pour la santé physique du bébé (cerveau, poumons...). Ce peut être le reflet d'un mauvais ajustement parents-bébé et des difficultés de construction du lien qui méritent une guidance (cf. *infra*), et qui peut nécessiter le recours à une équipe spécialisée (psychiatrie périnatale).

LES PLEURS COMPORTEMENTAUX

Ces pleurs comportementaux sont en lien avec les stades d'éveils, quand l'éveil devient agitation puis pleurs inconsolables : ce type de pleurs est fréquemment appelé « coliques ».

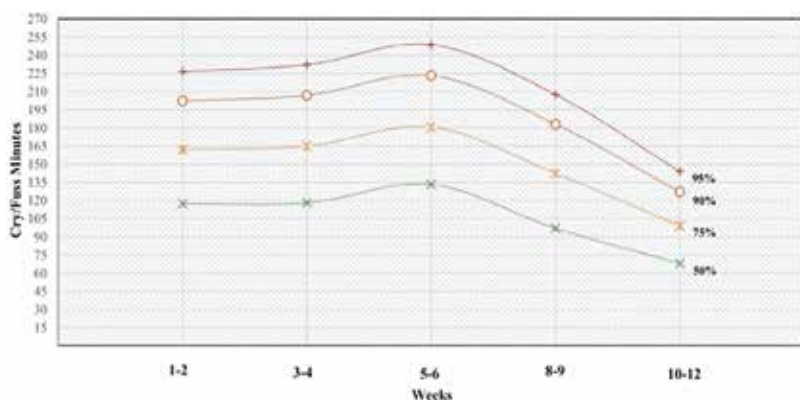
Ils apparaissent en décalé par rapport à la naissance (10-15 jours), et disparaissent vers 3 mois, sont majoritairement vespéraux, ils évoluent par pics, sont difficilement consolables et le faciès du bébé est « vultueux », pour ne pas dire douloureux ⁽²⁾.

Historiquement, c'est M. Wessel en 1954 qui a défini ces « coliques » par la règle des 3 : plus de 3 heures par jour, 3 jours par semaine, 3 semaines d'affilée. Il décrit une trajectoire prédictible : début vers 44 semaines d'âge corrigé, acmé à 4-6 semaines, fin à partir de la 12^e semaine. Il ne donne que des aspects liés à la temporalité du phénomène, aucune causalité ni finitude ⁽³⁾.

D. Wolke ⁽⁴⁾ a réalisé une méta-analyse récente au sujet des « coliques » (28 études retenues sur 5 600).

Il ne retrouve pas l'acmé dont parle Wessel. Les pleurs durent 110 à 120 minutes par jour de J8 à J45, puis leur durée diminue progressivement à partir de 6 semaines.

Dans les études, la définition des pleurs excessifs reste arbitraire... et la tolérance des



Méta-analyse de D. Wolke au sujet des « coliques » (28 études retenues sur 5 600).

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.



Découvrez notre livre aux Editions Leduc

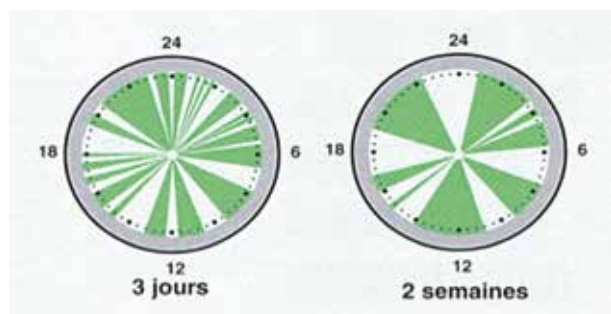
En savoir +
www.mybubelly.com

parents aux pleurs de leur bébé est subjective ⁽⁴⁾.

En tout cas, c'est une réalité, les bébés pleurent.

La signature de ces pleurs est la temporalité, ce sont les pleurs du soir, parfois exagérés, parfois inconsolables ⁽⁴⁾.

Dans cette période entre 2 semaines et 3 mois, les bébés pleurent plus, mais ont aussi plus d'éveils de jour et des plages de sommeil plus longues la nuit. C'est aussi un marqueur de la mise en place des rythmes circadiens, de la différence jour/nuit. C'est quelque part une bonne nouvelle.



Maturation des stades de vigilance du nouveau-né à 3 jours puis à 2 semaines : net changement dans un bref délai...

Aucune étude n'évoque de l'angoisse, des pics de croissance ou de développement, des baisses de lait, des colites, de la douleur ⁽⁴⁾. Ce sont là nos projections.

Les « pics de croissance » n'existent que dans les pays où le bébé n'a pas un libre accès au sein, il n'a pas été montré de support biologique ⁽⁵⁾. Wolke ⁽⁴⁾ constate que les pays où l'on pleure le moins sont ceux où les taux d'allaitement sont le plus élevés, sans en tirer de conclusion.

Ces enfants vont bien ⁽⁴⁾, sinon il s'agirait de pleurs-symptôme.

Est-ce que les bébés des mères déprimées pleurent plus ? Rien de prouvé ! ⁽⁴⁾ Peut-être même se réfugient-ils plus dans le calme, le sommeil puisqu'on les oublie (ou pour qu'on les oublie).

Est-ce que les bébés des mères anxieuses pleurent plus ? Rien de prouvé ! ⁽⁴⁾.

Les bébés ont des comportements et des personnalités différentes : les grands éveillés auront des éveils actifs gratifiants, mais des pleurs plus intenses ⁽⁶⁾. Notre société valorisera plutôt les bébés calmes, sans que ce soit une garantie d'un attachement sécurisé (confiant).

Leur durée et leur intensité n'ont, *a priori*, pas d'impact neuro-développemental ⁽²⁾.

LES PLEURS SYMPTÔME

L'inconfort, la douleur, la maladie peuvent occasionner des pleurs. Bien que rare, le reflux gastro-œsophagien, sur-diagnostiqué à une époque, peut être responsable de douleur.

Un bébé sous-nourri peut se signaler par des pleurs. Un bébé bien nourri pleurera à l'éveil pour que l'on s'occupe de lui, ce qui les premières semaines implique quasiment à chaque fois une mise au sein.

QUELLE PRISE EN CHARGE ?

Un(e) gastro-pédiatre, un(e) psychanalyste, un(e) ostéopathe, un(e) homéopathe, n'auront pas le même point de vue, ni la même prise en charge.

Dans cette période entre 2 semaines et 3 mois, les bébés pleurent plus, mais ont aussi plus d'éveils de jour et des plages de sommeil plus longues la nuit.

La grand-mère, la belle-mère, la copine qui n'a pas d'enfant, celle qui en a quatre, n'auront pas le même avis ni les mêmes conseils.

Depuis que les couches sont performantes, qu'elles ne sont plus fixées par des épingles de nourrice, le problème ne vient plus de « là » (siège irrité douloureux, plaie de l'épingle), il est donc rarement nécessaire de changer le bébé sauf si c'est pour se changer les idées.

EN PREMIER LIEU, S'ASSURER QUE LE BÉBÉ VA BIEN, AINSI QUE SES PARENTS

Le cas échéant, traiter la pathologie, et/ou les adresser à un spécialiste.

Si la prise de poids est insuffisante, que le bébé est insuffisamment nourri et a faim, il s'agit d'augmenter les rations en optimisant un allaitement maternel, voire en le complétant.

S'il existe des difficultés psychiques maternelles ou paternelles, outre la guidance que nous pouvons mener, l'avis d'une équipe de psychiatrie périnatale peut être utile.

LES PRISES EN CHARGE ALTERNATIVES : LA PHYTOTHÉRAPIE ? LES SOLUTIONS SUCRÉES ? LA CHIROPRAQUIE ? ⁽⁷⁾

Elles montrent des résultats : une amélioration est notée pour quelques jours avant un retour à l'état antérieur ! Mais parfois, quelques jours c'est beaucoup, cela permet de se reposer et repartir de l'avant.

LA GUIDANCE, LES CONSULTATIONS RÉPÉTÉES

Nous pouvons nous intéresser aux représentations qu'ont les parents de l'attachement, et quel degré d'aliénation ils lui attribuent.

Nous pouvons les soutenir dans l'observation de leur bébé, et de sa capacité propre d'autorégulation, d'apaisement en mettant en lumière ses besoins : parler des rythmes, de la proximité, du portage, du peau à peau, de la conduite de l'allaitement.

Nous pouvons essayer d'analyser les projections propres de la famille tout en mettant de côté les nôtres.

Nous pouvons réfléchir avec les parents sur la finalité des comportements d'attachement : permettre les comportements exploratoires et construire l'autonomie en confiance.

En ce qui concerne les pleurs comportementaux, les coliques, ils sont souvent gérés au mieux par un maternage proximal, mais peut-être est-ce encore une projection, car on n'en sait encore pas grand-chose au bout du compte.

Il existe des témoignages d'ethnologues rapportant la quasi-absence de pleurs dans les sociétés où le bébé est en contact avec sa mère 2 à 3 fois plus longtemps que dans notre monde occidental.

L'expérience montre quand même que ce qui aide le mieux les bébés est le portage vertical et la déambulation, sans doute hérités de notre époque « grand singe », où le bébé s'accrochait à la fourrure de sa mère en ventre à ventre... Ou la ballade en voiture, lorsque le bébé est contenu dans son siège auto, que

la voiture tanguent et que le bruit sourd du moteur lui procure des sensations auditives et somesthésiques apaisantes. Et que le parent se concentre sur autre chose : la route.

Le portage en écharpe peut être très utile, il libère les bras du porteur, et est souvent d'un grand réconfort.

PERSPECTIVES

Il existe une complication grave des pleurs exagérés du nourrisson : le syndrome du bébé secoué. Nous l'avons vu, les pleurs du bébé sont difficilement supportables, c'est leur but. L'exaspération et sa conséquence, le secouement, peuvent arriver vite... les pleurs inconsolables sont un facteur de risque de secouer un bébé ^(1,8).

Il existe des programmes anglo-saxons de prévention du bébé secoué qui méritent d'être développés dans notre pays : anticiper cette situation avec les parents, en parler, savoir évaluer l'intensité de la difficulté à l'aide d'échelle ⁽⁹⁾, et planifier une conduite à tenir, en particulier savoir appeler à l'aide et poser le bébé ⁽¹⁰⁾. Bien souvent, une simple campagne d'affichage maternité est insuffisante et inefficace. •



Campagne de prévention francophone

Injonction : JAMAIS !

Menace : « secouer peut tuer ou handicaper à vie »



Campagne de prévention anglophone

Anticipation : « bébé pleure, ayez un plan »

Participation active : « à partager avec ceux qui se préoccupent de votre bébé »

RÉFÉRENCES

1. R.G. Barr, PNAS, 2012.
2. C. Lee, J Dev Behv Pediatr, 2007.
3. M. Wessel, *Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called « Colic »*, Pediatrics, 1954.
4. D. Wolke, *Systematic Review and meta-analysis : Fussing and crying durations and prevalence of colic in infants*, The Journal of Pediatrics, 2017.
5. G. Gremmo Feger, *Un autre regard sur les pleurs du nourrisson*, co-naître, 2007.
6. K. Spruyt and al., *Relationship between sleep/wake patterns, temperament and overall development in term infants over the first year of life*, Early Human Development, 2008.
7. R. Perry, *Nutritional supplements and other complementary medicine for infantile colic : a systematic review*, Pediatrics, 2011.
8. « Inconsolable crying is a primary trigger for shaking a baby » *Shaken Baby Syndrome : A Preventable Tragedy*, U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention.
9. Échelle de colère (CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada).
10. « Baby cry? have a plan », Abusive Head Trauma Education for Child Care Providers, Brought to you by the IdahoSTARS Child Care Health Consultant Program, Idaho, USA.



L'Université Aix Marseille
L'APHM et l'Hôpital St Joseph
En partenariat avec Medela



Conférence
**Autour de l'allaitement
maternel**

**MERCREDI 17 OCTOBRE 2018
DE 13 H 00 À 18 H 00**

LIEU : Amphi Gastaud
Palais du Pharo
Marseille

**LAIT MATERNEL, Santé et Environnement, Rythmes et Besoins, Accueil,
Écoute et Accompagnement, Retour à Domicile**

- 13 h 00** Café d'accueil
13 h 30 Introduction
Madame Michelle Pascale HASSLER
13 h 40 Lait et allaitement maternel : perspective
évolutionniste
Dr Alexandre Fabre
14 h 10 Allaitement maternel : rôle dans la prévention
des maladies chroniques de l'adulte
Dr Farid Boubred
14 h 40 Aspects socio-économiques du lait maternel
Dr Clotilde Des Robert
Dr Véronique Brevaut-Malaty
15 h 00 Présentation institutionnelle Medela
15 h 10 Questions/Réponses
15 h 30 Pause

- 16 h 00** Freins de langue
Dr Jean-Michel Bartoli
16 h 20 Démarrage de l'allaitement : le
partenariat sage-femme/pédiatre
après la sortie de la maternité
Dr Nicolas Falaise/Émilie Clady
16 h 50 Accueil et conseils en officine
Dr Michel Siffre
17 h 10 Sociologie de l'allaitement maternel
en situation de précarité
Sage-Femme Puéricultrice de PMI
17 h 30 Questions/Réponses
18 h 00 Conclusion
Madame Michelle Pascale HASSLER

STAND MEDELA

Présentation des solutions
d'aide à l'allaitement maternel

INSCRIPTION GRATUITE

Envoyez les informations
suivantes (Nom, Prénom,
Fonction, Coordonnées profes-
sionnelles (tel, adresse, mail...))

Par mail à :
eumcolloque@gmail.com

Accompagner l'oralité du nouveau-né et du nourrisson

PAR **MICHELLE PASCALE HASSLER**, AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ, ÉCOLE UNIVERSITAIRE DE MAÏEUTIQUE MARSEILLE MÉDITERRANÉE, MARSEILLE

DÉFINITION DE L'ORALITÉ

Le mot *oralité* signifie la *bouche* (*os, oris* en latin, *bucca* en latin), la bouche pour respirer, manger et parler. Véritable carrefour pulsionnel, la bouche — ou mieux la sphère orale — est le lieu des premiers attachements, des premières découvertes et interactions.

Pour Freud, premier stade d'organisation de la libido, l'oralité permet le début de la structuration de la personnalité et l'émergence du sens du Moi. C'est un élément fondateur de la « construction du soi » (Freud, 1949).

« *L'oralité est l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche* » (Abadie, 2003, Delfosse et al. 2006). Elle regroupe à la fois la ventilation, l'olfaction, l'exploration tactile et gustative, l'alimentation, les relations érogènes et le langage.

C'est une « **fonction organisatrice de l'être** », du développement qui fait appel à des fonctions sensorielles, motrices, neuro-intégratives, affectives et cognitives (Abadie, 2004).

Elle désigne le **comportement et l'activité orale** de l'enfant (Menier et al, 2014).

Pour Bowlby, l'oralité favorise l'attachement mère-enfant en participant à la construction de la fonction maternelle et à la mise en place du lien mère-enfant. En effet, « *Ce moment privilégié de nourrissage est également extrêmement important du côté de la mère dans la mesure où la fonction maternelle se construit beaucoup à travers le don qu'elle fait à son enfant et ses compétences à le satisfaire, non seulement au niveau alimentaire mais également sensoriel et affectif* » (Audhuy, 2014).

PHYSIOLOGIE

Il existe deux types d'oralité : l'oralité alimentaire qui débute dès la vie in utero et l'oralité verbale.

L'ORALITÉ ALIMENTAIRE

■ L'ORALITÉ IN UTERO

C'est « *la première fonction motrice à se mettre en place et à s'organiser chez le fœtus humain. Le réflexe de succion apparaît le premier* » (Thibault, 2007).

L'ensemble des fonctions de l'oralité se développe dès la douzième semaine d'aménorrhée (SA). La succion apparaît vers 12 SA puis se synchronise à la déglutition entre 14 et 17 SA. Le fœtus va alors laper et déglutir du liquide amniotique en continu, jusqu'à 3 litres en fin de grossesse (Senez, 2002), s'habituer aux goûts et odeurs des aliments consommés par sa mère qui donnent le goût au liquide amniotique (Schaal, 2011). « Captif » de l'environnement maternel pendant la

grossesse, il est « *mené par le bout du nez* » (Doucet, Schaal, 2007). La succion-déglutition-respiration ne sera mature que vers 34-36 SA.

■ L'ORALITÉ PRIMAIRE OU RÉFLEXE

Elle comprend le réflexe de fousissement (le nouveau-né oriente sa bouche vers le sein ou le biberon et s'en saisit), la succion non nutritive (la succion du mamelon, d'une tétine, du pouce stimule la bouche, les lèvres constituent un plaisir indépendamment du plaisir alimentaire et contribuent à l'interaction mère-enfant) et la succion nutritive avec la coordination succion-déglutition-respiration.

■ L'ORALITÉ SECONDAIRE OU VOLONTAIRE

Elle apparaît lors de la diversification avec la découverte de nouvelles textures, saveurs, odeurs et le passage à la cuillère entre 4 et 7 mois.

L'ORALITÉ VERBALE

Elle comprend l'oralité primaire ou réflexe (cris dès la naissance, cris de faim et d'inconfort, soupirs, gémissements, bâillements) et l'oralité verbale secondaire (babillage, articulation, parole, langage).

LIEN ENTRE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE ET L'ORALITÉ VERBALE

Ces deux fonctions ont en commun de nombreuses structures musculaires, cartilagineuses et osseuses. La mobilité de la langue, des lèvres, de la mâchoire va permettre l'articulation des premiers phonèmes.

LA NAISSANCE: « L'AUBE DES SENS »

« *L'aube est ce moment incertain qui précède l'aurore, où la clarté s'insinue pour prendre peu à peu possession de la terre. Chaque sens à son aube, moment flou que cherchent à préciser les physiologistes* » (Herbinet, Busnel, 1981, *Introduction à l'aube des sens* ¹).

La naissance induit une rupture dans l'écologie du nouveau-né. « *Plus d'eau... Bonjour la pesanteur. Et plus d'enveloppe utérine ! Mais dans l'air, il respire et peut crier !* » (Hernandorena, 2011), (Leboyer, 1974). Le nouveau-né immature va être assailli par des informations sensorielles issues de sources de stimulations physiques et humaines nombreuses et variées (Bullinger, 1996).

« *Si l'œil c'est la vision, le regard c'est, très tôt, un moyen de relation* ». « *Regard-vision* » et « *regard-sortilège* » (proposée par le professeur Ajuriaguerra en 1969), ces deux aspects de la vision sont intimement liés dès la naissance.

« Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit. » (Winnicott, 1971).

Au moment de l'alimentation, l'enfant porte toute son attention sur les yeux de sa mère. Il ne regarde pas le sein ou le biberon mais les yeux et le visage de la personne le nourrissant. Il la dévore des yeux.

Il agrippe sa mère par le regard mais aussi par la main. Lorsqu'il est allaité, il enserre le mamelon de sa bouche, et en même temps, il agrippe de sa main le doigt de sa mère.

« Les premières perceptions s'organisent autour de la tétée, source de multiples sensations cutanées et tactiles. Le mouvement des lèvres du nourrisson sur le sein de sa mère, les progrès qu'il fait en observant le visage et les yeux de sa mère, les mouvements des mains et des doigts qui explorent le corps de sa mère, toutes les sensations associées à ces expériences permettent au bébé d'établir un code » (Montagu, 1979).

Le soignant peut apprendre à la mère à repérer les signes qui précèdent l'alimentation : le nouveau-né calme, attentif, réveillé, fait des petits mouvements de succion, observe le monde autour de lui, porte ses mains à la bouche. Le réflexe de main-bouche constitue un préliminaire à l'alimentation. Il déclenche l'ouverture de la bouche, le réflexe de foussement et le réflexe de succion qui sont des manifestations de désir de téter. Il favorise l'organisation de l'alimentation et est une activité d'auto-réconfort (Brazelton et Nugent, 1995). L'utilisation de moufles est donc à déconseiller.

Il est important de respecter la « **chaîne narrative** » qui est une succession de situations ordonnées définie par l'appétence, l'olfaction (reconnaissance des odeurs), la posture (mise en forme du corps, enroulement, contenance posturale ou « arrière-fond »), la capture, l'exploration, la succion, la déglutition et la satiété (Bullinger, 2008, Haag, 1988).

Cette « **chaîne narrative** » donne un sens au repas et permet un meilleur apprentissage et une bonne mémorisation des rites de l'alimentation, (Bullinger, 2008).

L'harmonie de l'alimentation est favorisée par l'intégration simultanée de **plusieurs stimulations exogènes** : le portage avec un « *l'arrière-fond indispensable... faisant exister l'espace oral comme zone d'échange et de contact* » (Bullinger, 2008), la voix et les odeurs maternelles, « *l'interpénétration du regard de la mère et de son enfant (les yeux dans les yeux)* » (Haag, 2009), la chaleur du corps à corps. Des systèmes endomorphiques participent à l'homéostasie néonatale nécessaire au bon déroulement d'une tétée.

« PRINCIPAUX CADRES DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES DE L'ORALITÉ » (Abadie, 2004)

Les principaux facteurs de risque de troubles de l'oralité sont la prématurité, la séparation précoce mère-enfant, la douleur, l'inconfort et les stimulations sensorielles désagréables de l'enfant (traumatismes de la sphère oro-faciale, alimentation par sonde, Menier et al, 2014), la privation d'expériences orales positives, le non-respect des rythmes de l'enfant (jour/nuit, faim/satiété, biberon ou mise au sein forcée), un frein de langue non diagnostiqué et non pris en charge, un reflux gastro-œsophagien.

Au moment de l'alimentation, l'enfant porte toute son attention sur les yeux de sa mère. Il ne regarde pas le sein ou le biberon mais les yeux et le visage de la personne le nourrissant. Il la dévore des yeux.

Le diagnostic d'un trouble de l'oralité sera évoqué devant des signes cliniques : un allaitement qui fonctionne mal (crevasses et engorgement persistants, stagnation pondérale, hypogalactie), des troubles de la succion (mauvaise étanchéité de la bouche au sein ou au biberon, mauvaise position au sein), des troubles de la succion-déglutition, de la coordination entre la ventilation et la déglutition (fausse-route), un réflexe nauséeux et plus tard devant des troubles de l'alimentation (refus alimentaire, inapétence, lenteur...), de la diversification, du langage, réflexe de toux persistant (déclenché par fausse route), (Abadie, 2004).

QUELLES PROPOSITIONS EN PRATIQUE ?

Les pistes proposées pour accompagner l'oralité du nouveau-né peuvent être :

- Protéger la rencontre entre la mère et l'enfant (Dageville, 2011).
- Favoriser la proximité mère-enfant et différer les soins de routine (Widström et coll., 2011). Le **peau à peau** favorise l'attachement entre la mère et le nouveau-né, ce qui entraîne la libération d'ocytocine, stimule la tétée précoce, participe à la bonne mise en place de l'allaitement maternel ou artificiel et « **retentit positivement sur la physiologie maternelle et les processus d'attachement enfant-parents** » et le sentiment de « mère suffisamment bonne », concept émis par Winnicott.
- Lutter contre les facteurs de risque comme la séparation mère-enfant, l'hyperstimulation négative (remise en question des gestes intrusifs systématiques tels que l'aspiration, l'introduction de sonde) (Widstrom et coll., 1987), bains à la naissance à l'origine d'hypothermie et de perturbations olfactives.
- Solliciter les systèmes sensoriels les plus matures : système cutané, olfactif (Schaal et coll, 1981), gustatif, auditif, visuel (Auroux, 1974), réflexes archaïques ou réflexes néonataux primitifs comme le sourire, le grasping, le réflexe de reptation, de foussement, de succion (favoriser le lapement en utilisant des dispositifs d'aides à la lactation comme le doigt paille) qui sont des comportements d'attachement et des comportements optimaux du nouveau-né (Colson, 2015).
- Savoir reconnaître les vulnérabilités de l'enfant et s'appuyer sur ses compétences (Colson, 2015).
- Respecter la **chaîne narrative** et s'adapter ainsi aux rythmes de l'enfant et favoriser le positionnement en enroulement qui va faciliter la motricité spontanée de l'enfant, (Menier, 2014).
- Stimuler/solliciter précocement la sensorialité : succion non nutritive au doigt, stimulation point par point, massages circulaires appuyés des joues puis péri-buccaux (Abadie, 2004, Menier et al, 2014).
- Favoriser les soins de développement individualisés (Menier et al, 2014).

- Favoriser et accompagner l'allaitement maternel.
- Établir un climat de confiance avec la mère permettant d'établir une sécurité physique et psychique.
- Soutenir le processus de parentalité en sachant reconnaître les compétences des mères (empowerment), en favorisant le nourrissage biologique et le maternage corporel : biological nurturing (Colson, 2015).

CONCLUSION

La sage-femme est au cœur de l'accompagnement de l'oralité du nouveau-né. La désobstruction des voies aériennes, l'aspiration gastrique, la séparation pour les soins de routine et le bain effectués avant le peau à peau peuvent perturber l'oralité des nouveau-nés d'autant plus s'ils sont vulnérables (accouchement dystocique, séparation mère-enfant).

Elle se doit :

- D'acquérir des compétences nécessaires à une prise en charge respectée de la parturiente et du nouveau-né dans le respect du soutien et/ou de la restauration des processus physiologiques de la naissance (Leboyer, 1974 et 1980), Odent (1982).
- De promouvoir une prise en charge globale et respectueuse en maternité (projet de naissance, recommandations HAS, 2005).
- De se sensibiliser à l'importance de l'oralité dans le développement de l'individu car « la sphère orale est le lieu des premiers attachements » (Bowlby, 1969) et de développer la réflexion sur le rôle des soignants vis-à-vis de l'importance du respect des rythmes de l'enfant.
- De diagnostiquer et de dépister les troubles précoces de l'oralité chez le nouveau-né à terme et prématuré (suction nutritive inefficace, mauvaise prise de poids, problèmes rencontrés pendant l'allaitement maternel et artificiel), de les prendre en charge en utilisant des approches préventives précoces (solicitations plurisensorielles) adaptées aux troubles de l'oralité de l'enfant.
- D'accompagner les parents et les sensibiliser à l'évolution de l'oralité de leur enfant.
- De connaître et reconnaître les compétences pluridisciplinaires des professionnels de la périnatalité.
- D'initier et d'entretenir un travail collaboratif entre ces professionnels autour de l'oralité.
- De respecter l'oralité du nouveau-né s'inscrit dans le concept de bientraitance décrit par Danielle Rapoport.

« Mais maintenant que nous sommes en possession de ces connaissances, il va nous falloir en tenir compte. Il ne s'agit pas de "psychologiser" l'accouchement et la naissance, mais au moins (*primum non nocere*) de respecter les interactions autour de la naissance. Ce qui implique de repenser scientifiquement certains usages, et par exemple réduire le plus possible les séparations néonatales en Maternité, en s'efforçant de déterminer celles qui ne sont pas réellement utiles, et aménager, humaniser, ces séparations lorsqu'elles sont inévitables ». (Cahier n° 1-2 : « Naître... et ensuite ? » Rencontre pluridisciplinaire autour de la naissance imaginée et organisée par Étienne Herbinet, 1977). •

BIBLIOGRAPHIE

1. Arzoumanian A, Brenguier C. 2016. *La stimulation sensorielle du nouveau-né prématuré*. Cahiers de la puéricultrice (n° 295-53), p12-15
2. Audhuy A, 2014, *La place de l'oralité dans le développement psychique*, <http://www.enfant-different.org/alimentation/oralite-et-developpement-psychique>, consulté le 31 décembre 2017
3. ABADIE V. (2003), *Développement de l'oralité, Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique* (O. Goulet & M. Vidailhet Eds), Rueil- Malmaison, Douin p 2-5.
4. Abadie V. (2004). *Troubles de l'oralité du jeune enfant*, in *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, Rééducation orthophonique, n° 220, Paris, p 55-68
5. Abadie V, 2004. *L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant*. Archives de pédiatrie 11, p 603- 605
6. Bowlby J. *Attachement et perte*, volume I, Paris, Presses Universitaires de France, 1984
7. Bullinger A., Delion P. « Éditorial. Approche plurielle en psychomotricité », *Contraste* 2008/1 (N° 28-29), p. 5-16. DOI 10.3917/cont.028.0005
8. Dageville C. *Protéger la rencontre entre la mère et son nouveau-né*. Ed. Spirale 2011 ; 3 (59), p 99-115.
9. Delfosse Marie-Jo et al, « Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. État des lieux à trois ans et demi », *Devenir* 2006/1 (Vol. 18), p. 23-35. DOI 10.3917/dev.061.0023
10. Doucet, S.; Soussignan, R.; Sagot, P.; Schaal, B. 2007. « The "smellscape" of mother's breast : effects of odor masking and selective unmasking on neonatal arousal, oral and visual responses », *Developmental Psychobiology*, 49, p. 129-138
11. Freud S, *Abrégé de psychanalyse*, Paris, Ed. PUF, 1949
12. Grenier A. *La motricité libérée du nouveau-né*. Paris, Ed. Médecine et Hygiène, 2000.
13. Haag G., (1988), *Réflexions sur quelques jonctions psychotoniques et psychomotrices dans la première année de la vie*, *Neuropsychiatrie de l'enfance* 36 (1), p. 2
14. Haag G., (2009), *De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme*, *Enfances et PSY* 41, p. 16
15. Herbinet E, Busnel MC, https://les-cahiers-du-nn.weebly.com/uploads/3/5/3/5/3535814/l-aube_des_sens_ensemble_du_livre_v1.pdf, consulté le 31 décembre 2017
16. Hernandez X. *À l'aube de la motricité*. Ed. Spirale 2011 ; 3 (59), p. 79-88
17. Kloeckner A, « Modalités d'appropriation de l'approche sensorimotrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice », *Contraste* 2011/1 (N° 34-35), p. 133-155. DOI 10.3917/cont.034.0133
18. Leboyer F. *Pour une naissance sans violence*. Ed. Seuil, 1980.
19. Menier I et al. 2014. *Prévention des troubles de l'oralité en réanimation pédiatrique : mise au point et expérience récente de l'hôpital Robert Debré*. *Réanimation* 23, p 445-454
20. Montagu A. *La peau et le toucher : un premier langage*, Ed. Seuil, 1979.
21. Odent M. *L'amour scientifique*. Ed. Jouvence, 2001
22. Schaal B. *À la recherche du temps gagné. Comment l'olfaction du fœtus anticipe l'adaptation du nouveau-né*. Ed. Spirale 2011 ; 3 (59) : 35-55.
23. Senez C. *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies congénitales et les encéphalopathies acquises*. Marseille, Ed. Solal, 2002.
24. Thibault C. *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant*. Paris, Ed. Elsevier Masson, 2007.
25. Widstrom AM et al. *Gastric suction in healthy newborn infants*. *Acta Paediatr Scand* 1987 ; 76 : 566-572.
26. Widström, A.M. et coll. 2011. « Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin : a possible method for enabling early self-regulation », *Acta Paediatr*, 100, p. 79,85
27. Winnicott D.W. *Jeu et réalité*. Paris, Ed. Gallimard. Paris, 1971 Traduction française 1975
28. Winnicott D.W. *La mère suffisamment bonne*. 2006. Paris, Ed. Payot et Rivages, 2006.

Nébilia®

L'équilibre nutritionnel de Bébé au quotidien



Enrichi en bifidus

Enrichi en oméga 3 et 6

Convient aussi en relais
ou complément de
l'allaitement maternel



Fabriqué en
FRANCE



Matilia & Nébilia

www.nebilia.fr

Engorgement mammaire : une prise en charge innovante avec la thérapie cellulaire active (Indiba®)

PAR **CÉLINE DALLA LANA**, SAGE-FEMME, CONSULTANTE EN LACTATION IBCLC, FORMATRICE MÉTHODE DALLA LANA®

L'engorgement mammaire est une difficulté fréquente du post-partum, que ce soit durant la phase de démarrage de l'allaitement maternel ou en cas de non-suppression de la montée de lait pour les femmes désireuses de ne pas allaiter.

Il n'existe pas de définition exacte de l'engorgement et de ce fait, nous ne disposons pas de statistiques fiables à ce propos, néanmoins, certaines études ont montré qu'une gestion correcte de l'engorgement était importante pour la réussite de l'allaitement à long terme [1].

Nous allons ici présenter une nouvelle voie dans la prise en charge de l'engorgement avec la Thérapie Cellulaire Active également dénommée TECAR thérapie. Mais avant cela, nous allons faire quelques rappels physiopathologiques permettant de mieux comprendre l'intérêt de la TECAR thérapie dans l'indication de l'engorgement.

RAPPELS PHYSIOPATHOLOGIQUES [2,3]

Durant les premiers jours du post-partum, la chute du taux de progestérone induit une fermeture des jonctions des lactocytes, qui deviennent donc jointifs aux alentours de 72 heures après la délivrance. Le colostrum n'est alors plus réabsorbé dans la circulation maternelle et la production lactée devient soudainement plus volumineuse. On appelle cette phase « la montée de lait ». Elle marque le passage en phase II de la lactogénèse ; phase durant laquelle les cellules des acini sont censées rester jointives en permanence.

Si, durant les premières heures et les premiers jours postnataux, les mises au sein sont trop espacées ou si la succion est peu efficace, la stimulation de la plaque aréolo-mamelonnaire est insuffisante ce qui est corrélé à des taux de prolactine (PRL) plus bas. Or, un faible taux de PRL libre agit en rétrocontrôle négatif sur le nombre de récepteurs à PRL à la surface des acini : une faible concentration en PRL et une faible durée d'exposition des lactocytes à la PRL libre sont corrélées à une réduction du nombre de récepteurs à PRL. Ceci a pour corollaire un retard à la montée de lait et une possible insuffisance de lactation ; mais pas seulement. Le taux de PRL augmente malgré tout significativement une fois le frein lié aux hormones de grossesse levé, qu'il

y ait eu des mises au sein ou non — comme c'est pour les femmes qui ne souhaitent pas allaiter. Il y a alors une disproportion entre le taux de PRL et le nombre de récepteurs disponibles. De ce fait, la PRL qui a également une influence sur l'afflux sanguin au niveau mammaire risque d'entraîner une surcharge vasculaire au niveau capillaire et lymphatique [4] aboutissant à un œdème mammaire.

Cet œdème comprime les canaux galactophores bloquant ainsi l'éjection du lait.

On le voit donc ici, l'engorgement se caractérise principalement par un œdème mammaire concomitant à l'augmentation du volume de lait synthétisé et stocké dans la glande mammaire. Le terme « engorgement » laisse à penser qu'il s'agit d'un excès de lait ; c'est en effet ce que l'on pensait à l'époque à laquelle cette nomenclature a été instaurée ; **mais en réalité il s'agit avant tout d'un œdème !**

PRISE EN CHARGE DE L'ENGORGEMENT

Il n'existe pas de consensus universel quant à la prise en charge de l'engorgement, ni de preuve formelle de la supériorité d'un mode de prise en charge [4].

Notre objectif ici étant de présenter la prise en charge de l'engorgement par la TECAR thérapie, nous n'allons pas entrer dans le détail de la prise en charge « conventionnelle » de cette situation difficile. Néanmoins, rappelons que le traitement de l'engorgement consiste à prendre en charge la douleur et, en parallèle, à drainer l'œdème.

LES SECRETS D'UN ALLAITEMENT RÉUSSI

CÉLINE DALLA LANA

Sage-femme,
Consultante en lactation IBCLC, Formatrice
Méthode Dalla Lana®
Éditions Frison Roche,
parution le 1^{er} octobre
2018

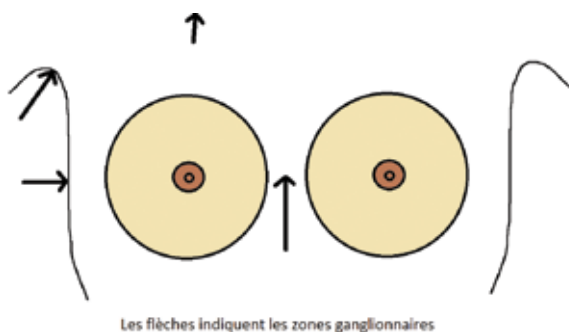
L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique, industrielle ou agroalimentaire ; ni avec Indiba®.



On peut ainsi envisager une prise en charge médicamenteuse^[51] : antalgiques de palier I (paracétamol) et/ou AINS ; homéopathique^[6, 71] ; par acupuncture^[81] ou autre.

Le point central de la prise en charge de l'engorgement n'en demeure pas moins le **traitement de la congestion mammaire**. On recherchera ainsi un assouplissement des seins ce qui libérera l'écoulement du lait. Pour ce faire, certains recommandent la technique du verre tahitien qui semble apporter un soulagement à de nombreuses mères. L'application de feuilles de choux, de glace ou les douches chaudes ont également montré un intérêt significatif^[91]. On constate également cliniquement que l'application d'argile peut apporter du confort aux femmes durant l'engorgement même s'il n'existe aucune validation scientifique à ce jour.

Le drainage lymphatique mammaire est un traitement de référence dans la prise en charge de l'engorgement. Il s'agit d'un massage extrêmement doux qui vise à drainer l'œdème en direction des ganglions lymphatiques. Ce massage débute donc par une stimulation des ganglions lymphatiques mammaires par pompage manuel en sous-axillaire, latéro-mammaire, pré-sternal et sus-claviculaire.



S'ensuit un massage délicat de drainage centrifuge, dirigé de la zone aréolaire vers les ganglions lymphatiques. Il faut toutefois compter plus d'une heure pour obtenir un bon résultat sur les deux seins. Le traitement sera renouvelé, sans trop attendre, si les seins deviennent de nouveau tendus. Il sera également suivi d'une séance d'expression du lait ou d'une tétée.

Notons également que la restriction hydrique et le bandage serré des seins ne sont pas recommandés^[41]. **Toute pression exercée sur les seins (massage, bandage...) risque de léser les glandes et rompre les jonctions serrées ce qui a pour effet d'augmenter les phénomènes inflammatoires.**

UNE NOUVELLE VOIE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ENGORGEMENT : LA THÉRAPIE CELLULAIRE ACTIVE (INDIBA®) OU TECAR® THÉRAPIE

D'après Gasbarro et al. la recherche biomédicale a atteint un but important avec la découverte d'une méthode destinée à devenir un outil indispensable dans la prise en charge des traumatismes non chirurgicaux, de la prise en charge de la douleur et de la phlébo-lymphologie^[10]. D'après cette étude, la TECAR thérapie (ou Thérapie cellulaire active) provoque une rapide réoxygénation des tissus lésés par une activation de la microcirculation. Cela produit une augmentation

L'application de feuilles de choux, de glace ou les douches chaudes ont également montré un intérêt significatif.

notable de la circulation vasculaire et lymphatique avec une rapide suppression des facteurs pro-inflammatoires. De ce fait, on constate une réduction immédiate et durable de la douleur. Selon l'intensité utilisée, différents mécanismes sont activés : la biostimulation obtenue par un traitement en athermie induirait un processus de « réparation » en lien avec une augmentation du métabolisme cellulaire. L'athermie correspond à une intensité de traitement à laquelle le patient ne ressent pas de chaleur.

En thermie douce, on obtiendrait un effet sur la microcirculation : augmentation de la microcirculation ; résorption de l'œdème.

À un niveau d'énergie plus élevé, on obtient un ressenti de chaleur plus important (entre 5 et 7 sur une échelle de 0 à 10 ; 0 étant froid et 10 brûlant). L'effet obtenu ici cumule les deux précédents avec un effet d'oxygénation des tissus. L'apport artériel favorise l'évacuation veino-lymphatique. Enfin, en hyperactivation (ou hyperthermie : ressenti de chaleur 8/10), il y aurait une forte augmentation du métabolisme cellulaire et un processus de restructuration utile par exemple pour défibroser un tissu.

TECAR thérapie signifie Transfert d'Énergie à l'aide d'électrodes CET (capacitive) et (AND) RET (Résistive). La TECAR thérapie est un traitement par radiofréquence c'est-à-dire qui utilise un courant électrique haute fréquence – 448 KHz – (non ressenti) agissant sur le potentiel des membranes cellulaires, favorisant l'ouverture des canaux ioniques. Ceci favorise les échanges entre le milieu intra- et extra-cellulaire ; principe de l'accélération du processus de guérison cellulaire.

Tenant compte de ces différents éléments, Indiba® a proposé une prise en charge de l'engorgement par TECAR thérapie. En effet, compte tenu des résultats obtenus dans les prises en charge des œdèmes, des lésions traumatiques non-chirurgicales et compte tenu des effets anti-inflammatoires et antalgiques du traitement par Indiba®, on peut penser que ces effets pourraient être transposables dans le cas de l'engorgement qui associe œdème, lésions cellulaires, douleurs et inflammation.



Appareil, crème et accessoires INDIBA®

Le protocole proposé par Indiba® s'inspire du traitement par drainage lymphatique mammaire précédemment décrit et débute donc par une stimulation des ganglions lymphatiques en hyperthermie obtenue en appliquant l'électrode capacitive sur les différentes zones ganglionnaires décrites plus haut jusqu'à obtenir une sensation de chaleur ressentie à environ 8/10 par la patiente. Cette phase dure en moyenne 30 secondes par zone ganglionnaire.

Dans un second temps, on procède à la phase capacitive : 5 min de traitement en mode capacitif. Pour cela l'opérateur réalise un massage doux et centrifuge de tout le sein se rapprochant du drainage lymphatique mammaire tout en maintenant l'électrode capacitive entre sa main et le sein. Le courant capacitif permet de commencer un drainage superficiel (sur environ 4 cm de profondeur de tissu). L'effet recherché étant une activation de la microcirculation et la résorption de l'œdème. Le travail s'effectue en thermie douce (ressenti de chaleur en 3 et 5 /10). Après 5 min de ce traitement, on pratique de la même manière à l'aide de l'électrode résistive qui, elle, traite le sein plus en profondeur. Le courant électrique résistif traverse, en effet, le corps jusqu'à la plaque de retour située dans le dos de la patiente. Cette phase dure entre 5 et 8 min selon l'importance de l'œdème.

Ainsi, après environ 15 min de traitement par sein, on obtient un résultat souvent supérieur à celui d'un drainage lymphatique manuel plus long et un résultat durable car l'effet antalgique dure en moyenne 48 heures et l'effet cellulaire 21 jours.

La prise en charge à l'aide d'Indiba® est donc plus rapide, pour un résultat supérieur mais ne se substitue pas à une prise en charge globale de l'allaitement qui est bien évidemment indispensable.

La thérapie cellulaire active est non invasive et présente très peu de contre-indications. Les seules contre-indications sont, en effet, la grossesse en cours, un cancer en cours, une infection ou le port d'un pacemaker. Les résultats cliniques sont manifestes.

POUR EXEMPLE. Une patiente n'allaitant pas, adressée par son médecin traitant à J5 du post-partum présentait selon lui, une grosse adénopathie sous-axillaire concomitante à un engorgement lié à la non-suppression de la montée de lait. Cette patiente présentait effectivement un engorgement important associé à de volumineuses glandes mammaires accessoires sous-axillaires. Cette femme ne pouvait plus laisser ses bras le long du corps et décrivait une douleur très intense (EVA 9/10) non soulagée par le paracétamol. Nous avons appliqué le protocole Indiba® et après environ 30 minutes de traitement (15 minutes par sein), les seins étaient relativement souples, un écoulement lacté était présent spontanément et l'EVA était à 2/10. La patiente pouvait de nouveau placer les bras le long du corps. Une consultation de contrôle 24 heures plus tard a permis de constater que les seins étaient restés volumineux mais souples après le traitement, aucun traitement supplémentaire n'a été nécessaire; pas même du paracétamol, depuis la séance d'Indiba®. À 48 heures du traitement, tout est rentré dans l'ordre. Une séance unique a donc été nécessaire.

La TECAR thérapie pourrait donc prendre une place non négligeable dans la prise en charge de l'engorgement, que ce soit dans le cadre de l'allaitement et encore plus dans le cadre du non-allaitement. En effet, concernant les femmes allaitantes, il serait incontestablement plus important de mettre en œuvre des stratégies visant à prévenir l'engorgement plutôt qu'à le traiter. *IHAS. Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations. Mai 2002. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf. (cf. www.methodedallalana.fr) •*

BIBLIOGRAPHIE

1. Cooke M, Sheehan A, Schmied V. *A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth.* J Hum lact 2003 ; 19 : 145-156 ; [Stamp GE, Casanova HAT. A breastfeeding study in a rural population in South Australia. Rural Remote Health 2006 ; 495 : 1-8]
2. Cérimes campus gynécologique obstétrique. Allaitement maternel [en ligne] 10 juin 2016. <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/lactation/site/html/cours.pdf>. ; [La leche league. Allaitement et maternage. En 2012 plus d'humanité [en ligne] <http://www.llfrance.org/allaitement-quand-on-rencontre-une-difficulte/Un-engorgement.html>]
3. Touraine P, Goffin V. *Physiologie de la prolactine.* EMC-Endocrinologie-Nutrition. 2016, vol. 13,2
4. HAS. *Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations.* Mai 2002. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf]
5. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Extrait de mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Trente-quatrième journée nationale. Paris, 8-11 décembre 2010 [En ligne] http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/livres/2010_GO_095_teurnier.pdf
6. Berrebi A., Parant O., Ferval F, Thene M., Ayoubi JM, Connan L., Belon P. *Traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immédiat ;* Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction 2001 ; 30 : 353-357]
7. Prescrire. Rédaction. *Inhibition de la lactation gare aux agonistes dopaminergiques.* Revue Prescrire ; 2010 ; 30 (325) : 828
8. De la Bourdonnaye A., Thierry H., Branger B. ; RSN. *Inhibition de la montée laiteuse.* Réseau sécurité naissance. Naître ensemble. Commission des sages-femmes. Commission Allaitement maternel. Version du 20 juin 2013 [En ligne] <https://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/h1/tbpvoea15lzososplf80ye4qiss9ze-org.pdf>
9. Mangesi L. Dowswell T. *Treatments for breast engorgement during lactation ;* Cochrane Database Syst Rev. 2010 ; (9) : CD006946. Published on line 2010 Sep 8. doi : 10.1002/14651858.CD006946.pub2
10. Gasbarro V., Medini C., Cataldi A., Soverini R., Teutonico P. *TECAR terapia nei linfedemi degli arti : indicazioni, prime applicazioni cliniche e risultati.* 07 jul 2016 ; [En ligne] https://www.researchgate.net/publication/268302597_TECARTERAPIA_NEL_LINFEDEMI_DEGLI_ARTI_INDICAZIONI_PRIME_APPLICAZIONI_CLINICHE_E_RISULTATI

UIC-P
16 rue JEAN REY
75015 PARIS

IX^e Gynécologie Obstétrique et Reproduction 2018

**Vendredi 16
& Samedi 17
Novembre
2018**

46^E JOURNÉES JEAN COHEN

PRÉSIDENT : CHRISTIAN JAMIN
COORDINATION SCIENTIFIQUE : JOËLLE BELAISCH-ALLART

VENDREDI 16 NOVEMBRE 2018

SAMEDI 17 NOVEMBRE 2018

08h30 ACCUEIL DES PARTICIPANTS - CAFÉ

Session validante pour le DPC: Infertilité - Gynécologie

AMPHITHÉÂTRE

09h00 - 10h30 Infertilité : Mode de vie environnement et fertilité chez l'homme et chez la femme

Modérateurs : Chadi YAZBECK et Florence SCHEFFLER

- Alimentation et fertilité : l'infertilité est-elle dans l'assietteCharlotte DUPONT
- Activité physique sédentarité et fertilité : faut-il bouger pour être fertile ?Sophie CHRISTIN MAITRE
- Sommeil et fertilité : une nouvelle équation ?Rachel LÉVY

SALLE 203

09h00 - 10h30 : Atelier Urologie

Responsable du programme : Bruno DEVAL

10h30 - 11h00 PAUSE - VISITE DES STANDS

AMPHITHÉÂTRE

11h00 - 12h30 Questions quotidiennes en gynécologie

Modérateurs : Brigitte LETOMBE et Héliane MISSEY KOLB

- Que faire devant un polype de l'endomètre avant et après la ménopausePhilippe MERVIEL
- Que faire chez une femme jeune en insuffisance ovarienne désirant une grossesseJean-Marie ANTOINE
- Sont-elles toutes des PCO ?Geoffroy ROBIN

SALLE 203

11h00 - 12h30 : Atelier Sage-Femme : Prévention : de la recherche à la pratique

Responsables du programme : Catherine FOULHY, Alain PROUST

- HPV la vaccination et prévention cancer du col, vécu des étudiantes sages-femmes, NiceManon CATTET
- Le lait maternel et les contaminants, états des connaissances, institut de puériculture, ParisVirginie RIGOURD
- La position maternelle et son incidence à l'accouchement, Inserm Paris, thèse en doctoratGeraldine MEUNIER

12h30 - 13h00 ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

La gynécologie hormonale française à travers les âges

.....Christian JAMIN

13h00 - 14h15 DÉJEUNER

AMPHITHÉÂTRE

14h15 - 18h30 : Controverses en gynécologie

Modérateurs : Patrice LOPES et Jean-Louis BÉNIFLA

- La mammographie est-elle l'examen le plus pertinent pour dépister le cancer du sein avant 50 ans ?Carole MATHÉLIN *discutant* Marc ESPIÉ
- La GPA crime contre l'humanité ou traitement de l'infertilité utérine ?Joëlle BELAISCH-ALLART *discutant* Jean-Marie ANTOINE
- Comment prendre en charge désormais les fibromes : le retour de la chirurgie ?Jean-Louis BENIFLA *discutant* Nathalie Chabbert-BUFFET

16h30 - 17h00 PAUSE - VISITE DES STANDS

- Endométriose et fertilité après les recommandations de l'HAS 2017 : ce qui changePhilippe MERVIEL *discutant* Patrick MADÉLÉNAT
- Les aléas de la gratuité des soins en gynécologie : "Vous avez dit gratuité ?"Israël NISAND

Session validante pour le DPC: La contraception dans tous ses états

AMPHITHÉÂTRE

09h00 - 10h30 Session plénière organisé par David SERFATY et parrainée par la société francophone de contraception

Contraception : Questions/Réponses ; Questions sans réponse

Modérateurs : David SERFATY, Hela CHELLI, M'Hamed BOUZEKRINI, Blandine THIEBA-BONANE

- Comprendre et traiter les saignements irréguliers sous contraception progestative pureGeoffroy ROBIN
- Qu'est-ce que le mini DIU-Cu Veracept® ?David SERFATY
- De la difficulté d'informer en contraceptionElisabeth AUBENY
- Contraception en France : Génération « You Tube »Hortense BAFFET
- Fake News en contraception et leurs conséquencesDavid SERFATY

SALLE 203

09h00 - 10h30 : Atelier le sein

Responsable du programme : Marc ESPIE

10h30 - 11h00 PAUSE - VISITE DES STANDS

AMPHITHÉÂTRE

11h00 - 12h30 : Session plénière : Contraception (suite)

- Prophylaxie du VIH : Condom ou PrEP ?Philippe FAUCHER
- Qu'est-ce que le DIU-PP ?Blandine THIEBA-BONANE
- Mycoplasma Genetalium : à dépister systématiquement chez les sujets à risque avant DIUJean-Marc BOHBOT
- Contraception hormonale et risque de cancer du sein après l'étude prospective danoise en 2017 : Que conclure ?Marc ESPIÉ

SALLE 203

11h00 - 12h30 : Atelier psychosomatique : gynécologues et patientes, la relation a-t-elle changé ?

Responsables du programme : Michèle LACHOWSKY et Diane WINAVER

- Le mot des Présidentes
- La consultation :
 - ContraceptionDanielle HASSOUN
 - GrossesseAlain PROUST
 - MénopauseCatherine FOHET



**Journées organisées par le Centre de Formation
des Editions ESKA
CFEE : N° 11753436775**

**Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA CONGRÈS
Adeline MARÉCHAL - Serge KEBABTCHIEFF
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél : 01 42 86 55 69 / 79 - Fax : 01 42 60 45 35
E-mail : inscriptions et renseignements :
congres@eska.fr - Site : www.eska.fr**

Allaitement, éducation et prise en charge en service de post-partum

PAR **SÉBASTIEN RIQUET**^{1,2} ET **MICHELLE PASCALE HASSLER**¹

INTRODUCTION

Le post-partum précoce est considéré par certains auteurs comme le temps du séjour en maternité suite à l'accouchement⁽¹⁾. Plusieurs événements y sont perçus comme stressants par les mères et notamment l'allaitement⁽²⁾. En France, sur cette période l'initiation et le taux d'allaitement maternel sont en recul ces six dernières années⁽³⁾. Sur ce temps les recommandations relatives à la prise en charge de l'allaitement en maternité ont évolué⁽⁴⁾. La HAS et les sociétés savantes conseillent de ne plus prescrire en systématique de traitement pharmacologique d'inhibition de la lactation aux mères qui ne souhaitent pas allaiter^(4,5). Différemment, les femmes qui désirent allaiter semblent demandeuses de plus de temps de soutien dans leur démarche⁽⁶⁾. Il est pour cela préconisé de favoriser l'accès à la formation des professionnels de santé à des actions de soutien et à la prise en charge de l'allaitement pour ceux qui interviennent en maternité⁽⁷⁾. Aux CHU de Marseille, dans notre contexte, pour se rapprocher des objectifs communs de l'OMS et de l'Unicef⁽⁸⁾ et s'investir sur l'existant, plusieurs axes ont été examinés : le vécu des mères sur l'allaitement durant le séjour en maternité, les méthodes de prise en charge et l'éducation qui leur sont proposées. Une nouvelle offre de formation universitaire ouverte à tous les professionnels est également proposée.

LE VÉCU DES FEMMES SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL EN MATERNITÉ

En 2016 nous avons évalué sur un échantillon de 206 accouchées aux CHU marseillais de la Conception et de Nord le stress perçu au sujet de l'allaitement par les mères en maternité⁽⁹⁾. En majorité 44 % des femmes expriment ne pas être stressées par l'allaitement. Cependant un niveau moyen de stress est perçu pour 38 % d'entre elles et 18 % des mères se perçoivent très ou énormément stressées. Aux différents niveaux de perception de l'échelle psychométrique utilisée⁽²⁾, les primipares se sentent significativement plus stressées que les multipares en raison des douleurs aux seins ($p < 0.05$) et des difficultés pour nourrir le nouveau-né, lorsque celui-ci ne tète pas bien par exemple.

La montée de lait et les douleurs aux seins corrélées avec la relation que perçoivent les mères avec le personnel soignant les prenant en charge, favorisent significativement la perception du stress au sujet de leur allaitement.

La parité ne semble pas être déterminante sur le stress que peut provoquer la montée de lait. Cependant, la montée de lait et les douleurs aux seins corrélées avec la relation que perçoivent les mères, primipares et multipares confondues, avec le personnel soignant les prenant en charge, favorisent significativement ($p < 0.05$) la perception du stress au sujet de leur allaitement. De même, la perception du stress est très significativement corrélée ($p < 0.001$) avec les propos contradictoires des soignants concernant : la montée de lait, les douleurs aux seins et leurs difficultés à allaiter le nouveau-né.

Dans une approche systémique c'est l'ensemble des événements vécus durant le séjour en maternité corrélés entre eux qui influencent amplement la perception qu'ont les mères du stress au sujet de leur allaitement. La relation qu'elles ont avec leur nouveau-né (son rythme, ses pleurs, les soins à lui donner...), la fatigue et les difficultés qu'elles ont pour se reposer à la maternité, sans oublier le vécu de leur accouchement, sont les facteurs principaux de stress en post-partum précoce, et accroissent le stress perçu au sujet de l'allaitement.

Il a été également mis en évidence aux CHU marseillais sur 150 nouveau-nés allaités, que ceux des parturientes ayant reçu au moins 1 500 ml de soluté durant le travail perdent très significativement ($p < 0.001$) plus de poids jusqu'au troisième jour de vie⁽¹⁰⁾. Ces nouveau-nés dits « mouillés » peuvent perdre jusqu'à 10 % de leurs poids en raison du remplissage vasculaire de la parturiente, cette perte de poids n'étant alors pas forcément le reflet d'un allaitement qui ne fonctionne pas.

Cette situation induite en amont du post-partum déprécie leurs compétences à nourrir leur enfant et la relation avec celui-ci. Le sentiment de culpabilité de la mère en raison d'un l'allaitement « non efficace » en raison de la non reprise de poids de l'enfant est alors très présent. La perception du stress par la mère au sujet de l'allaitement y est renforcée avec un risque de développer un faible sentiment d'auto-efficacité parentale. La préparation à la sortie de la maternité et le retour à domicile sont alors repoussés jusqu'à la reprise

1. Aix-Marseille Université, École universitaire de maïeutique Marseille Méditerranée, Marseille, France.

2. Laboratoire éducations et pratiques de santé EA 3412, Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité, Bobigny, France.

de poids du nouveau-né subordonnée à un allaitement dit « efficace » ou complété. Nous savons que le stress peut péjorer les conditions de maternage et de nourrissage et a donc un impact sur la production et l'éjection du lait ⁽¹¹⁾.

LES MÉTHODES DE PRISE EN CHARGE

Depuis les recommandations de ne plus donner d'inhibition de la lactation, plusieurs possibilités s'offrent aux professionnels pour prendre en charge les mères qui font le choix de ne pas allaiter autant qu'à celles qui le souhaitent.

Au CHU Nord de Marseille, des sages-femmes titulaires d'un DU en acupuncture obstétricale peuvent offrir leurs services aux femmes en services de suites de couches pour prévenir la montée de lait ou, à l'inverse, pouvoir traiter l'hypogalactie ⁽¹²⁾ et soulager les mères des possibles « maux » du démarrage d'un allaitement souhaité ou non.

Les traitements homéopathiques peuvent également être dispensés étant inscrits à la liste du droit de prescription des sages-femmes ⁽¹³⁾. Avec 43 % de mères percevant un stress moyen lié à une douleur aux seins et pour presque 36 % d'entre elles lié à celui de la montée de lait ⁽⁹⁾, le traitement pharmacologique antalgique de première intention en post-partum prescrit en référence aux situations d'allaitement est le paracétamol selon les recommandations ⁽¹⁴⁾.

Dans le cas d'une prise médicamenteuse autre pour soulager ces situations ou pour traiter une complication possible de l'allaitement (engorgement, mastite, abcès mammaire...), la décision de poursuivre ou non l'allaitement est évaluée au cas par cas. En effet, l'interruption de l'allaitement en cas de prise de médicament par la mère n'est généralement pas fondée sur des preuves scientifiques formelles pour les auteurs. De fait, concernant l'engorgement, les professionnels sont favorables à un accompagnement de la femme qui allaite par des techniques d'expression manuelle ou à l'aide d'un tire-lait. Cette situation étant un élément physiologique de la lactation dans les trois premiers jours après la naissance même s'il est stressant pour les femmes.

L'hydratation reste la base couplée à un soutien professionnel constant et renforcé pour les mères très ou énormément stressées (19 %) par les difficultés pour nourrir leur nouveau-né qui sont en majorité du fait du bébé qui ne tète pas correctement par exemple. Aucun régime particulier en dehors de conduites alimentaires standard n'est recommandé en lien avec un manque de données concernant diététique et allaitement ⁽¹⁴⁾. L'accent est donc mis particulièrement en service de suites de couches sur les rythmes du nouveau-né (pleurs, premières nuits...) par une approche globale du couple mère/enfant comme leitmotiv d'une prise en charge réussie pour soutenir l'allaitement.

Dans cette relation au nouveau-né perçue dans une moyenne à 6 % comme stressante pour les mères, c'est la perception qu'elles ont des autres mamans qui semblent mieux se débrouiller qu'elles, et particulièrement la voisine de chambre, qui renforce le stress dans 58 % des cas.

L'ÉDUCATION AUX MÈRES

Dans ce contexte, une attention particulière à l'éducation est portée depuis 2009 au CHU Nord. Un entretien éducatif de groupe en puériculture est offert à toutes les mères

Le principe de l'entretien éducatif « par » le groupe interroge le stress perçu par les primipares par les soignants animateurs pour guider les apprentissages à aborder dans le groupe.

volontaires pour préparer leur sortie de la maternité et le retour à domicile ⁽¹⁵⁾ conformément aux recommandations officielles ^(16, 17). À cet effet, nous développons un entretien éducatif « par » le groupe dans un contexte marseillais où les maternités des CHU reçoivent une proportion importante de population étrangère et précaire ⁽¹⁸⁾ et où la littératie en santé représente un enjeu éducatif ⁽¹⁹⁾.

La mère est incluse dans une communauté culturelle et de pratiques qui vont intercéder sur ses perceptions et ses actions. Une approche psycho-éducative est essentielle pour y aborder le stress perçu par les mères ⁽²⁰⁾. L'allaitement comme la préparation des biberons y sont abordés par la puéricultrice et l'auxiliaire de puériculture qui co-animent cet entretien. La satisfaction des mères est significative ($p < 0.013$), principalement les primipares entendues sur leurs appréhensions et les multipares pouvant s'exprimer librement et partager leurs expériences ($p < 0.018$).

Le principe de l'entretien éducatif « par » le groupe interroge le stress perçu par les primipares par les soignants animateurs pour guider les apprentissages à aborder dans le groupe. L'allaitement y est une thématique prépondérante. En réponse aux appréhensions exprimées, les multipares transmettent aux mères leurs connaissances expérientielles sur lesquelles les soignants, garants des savoirs, favorisent une co-construction entre pairs. Ces résultats soutiennent notre proposition de développer l'entretien éducatif « par » le groupe ou l'hétérogénéité des mères est fondamentale pour y atteindre les objectifs et co-construire des compétences en allaitement entre pairs.

Plus de 82 % des mères disent ne pas du tout être stressées dans leurs relations avec les personnels soignants des maternités des CHU marseillais et 63 % par des possibles propos contradictoires chez eux. Nous attribuons ces suites à l'investissement en formation et l'organisation des services engagés par les sages-femmes cadres concernées. Dans un continuum, l'école universitaire de maïeutique de Marseille Méditerranée a créé en 2016 un Diplôme Universitaire (DU) en Allaitement maternel.

LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

Elle est une des dix conditions du succès de l'allaitement maternel ⁽²¹⁾. La condition n° 2 stipule de « **donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique** ». La responsable pédagogique, qui en est aussi la conceptrice, a œuvré pour ouvrir ce nouveau DU en allaitement reconnu par le conseil national de l'Ordre des sages-femmes à tous les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmières et puéricultrices) mais également, et c'est une originalité à Aix-Marseille Université, aux auxiliaires de puériculture car

elles sont souvent les professionnelles des maternités les plus au contact des mères et des nouveau-nés.

Les enseignements de ce DU reprennent la physiologie de la lactation humaine et ses variantes pour intervenir en cas de situations complexes (engorgement, affection du mamelon, mastites, hypogalactie...). Il est également abordé les aspects culturels, anthropologiques et sociaux qui sont des facteurs de risques d'arrêt à l'allaitement⁽²²⁾. Une place importante est également donnée à l'éducation en santé et à la construction de projets pour permettre aux apprenants à transmettre et mobiliser leurs nouvelles compétences lors d'entretiens/consultations en allaitement auprès des femmes et des couples et à s'investir dans une démarche IHAB.

CONCLUSION

L'allaitement durant le séjour en maternité est un facteur important à considérer par les professionnels. Il peut provoquer un stress important chez les mères qui souhaitent allaiter ou non. Certains auteurs avancent que les « nouvelles » techniques, et notamment la péridurale, ont peut-être atténué la force et l'intensité du vécu de l'accouchement et formulent que le stress des mères s'est déplacé aujourd'hui sur l'allaitement. Ainsi, être une « bonne mère » ne passerait plus par la capacité à accoucher mais celle d'être capable d'allaiter⁽²³⁾. Certains auteurs⁽²⁴⁾ réalisent ce changement et ne s'étonnent pas que les statistiques en allaitement soient insatisfaisantes à une époque où la plupart des femmes ne mettent pas au monde leurs bébés par elles-mêmes, mais avec le recours à la pharmacologie et la chirurgie.

Dans une perspective de santé publique, ce postulat engage les professionnels de la périnatalité à y répondre avec efficience en révisant les prises en charge pré- per- et postnatales qui interviennent sur le processus de l'allaitement et à assurer aux mères un vécu émotionnel réduisant le stress étant des gages de réussite « pour que l'allaitement soit un don aux générations futures ».

RÉFÉRENCES

- Sénat MV, Sentilhes L, Battut A, Benhamou D, Bydlowski S, Chantry A et al. *Post-partum : recommandation pour la pratique clinique* - Texte court. J Gyn Obst Biol Repro 2015 ; 44 : 1157-66.
- Razurel C, Kaiser B, Dupuis M, Antonietti JP, Sellenet C, Epiney M. *Validation of the post-delivery perceived stress inventory*. Psychol health med 2013: 1-13.
- Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P. *Enquête nationale périnatale - Rapport 2016*. INSERM et DREES octobre 2017.
- Marcellin L, Chantry A. *Allaitement maternel (partie II) : méthodes d'inhibition de la lactation - Recommandations pour la pratique clinique*. J Gyn Obst Biol Repro 2015 ; 44 : 1080-3.
- Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence, avis du 8 juin 2016. Paris : HAS.
- Chantry A, Monier I, Marcellin L. *Allaitement maternel (partie I) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique*. J Gyn Obst Biol Repro 2015 ; 44 : 1071-79.
- Turck D. *Plan d'action : Allaitement maternel* - Rapport. Juin 2010.
- Organisation Mondiale de la Santé. *Infant and young child nutrition*. Resolution 2001 ; n° 54.2.
- Bernard E, Zakarian C, Pauly V, Riquet S. *Évaluation de la perception des facteurs de stress postaccouchement au Gynépole de Marseille*. Santé Publique 2017 ; 29 (5) : 611-622.
- Guidicelli M. *Influence du remplissage vasculaire maternel en salle de naissance sur la perte de poids des nouveau-nés allaités*. Mémoire de Sage-femme (ss. la dir. de Tosello B). EU3M 2018 ; Aix-Marseille université, France.
- Heinrichs M, Neumann I, Ehlert U. *Lactation and stress : protective effects of breast-feeding in humans*. Stress 2002 ; 5 : 195-203.
- Salagnac B. *Acupuncture et allaitement*. Les Dossiers de l'Obstétrique 1994 ; 216 : 30.
- Article L4151-4 du code de la santé publique. Modifié par LOI n° 2011-1012 du 29 décembre 2011-art. 5.
- Marcellin L, Chantry A. *Allaitement maternel (partie IV) : usages des médicaments, diététique et addictions. Recommandations pour la pratique clinique*. J Gyn Obst Biol Repro 2015 ; 44 : 1091-100.
- Riquet S, Giroguy C, Bechadergue V, Zakarian C. *Expérience d'un entretien de groupe éducatif en puériculture à la sortie de la maternité du CHU Nord à Marseille*. Communication présentée au 2^e congrès de la Société Française de Santé Publique et de l'Association Des Épidémiologies de Langue Française, 4-6 octobre 2017, Amiens, France.
- Berland Y. *Prise en charge de la santé de l'enfant*. Mars 2013, rapport ONDPS : Paris.
- Haute Autorité de Santé. *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leur nouveau-né*. Mars 2014, HAS : Paris.
- Hassler P, Riquet S, d'Ercole C, Boublil L, Carcopino X. *Évaluation de la prise en charge de la précarité dans une maternité de niveau III*. Vocation Sage-femme 2015 ; 113 : 25-30.
- Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, De Andrade V, Azogui-Lévy S. *Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature*. Santé Publique 2017 ; 29 (6) : 811-820.
- Razurel C. *Se révéler et se construire comme mère. L'entretien psycho-éducatif périnatal*. Médecine et Hygiène 2015.
- Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité*. Déclaration conjointe de l'OMS/Unicef 1989. OMS : Genève.
- Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, Godon N, Merot E, Brehu S et al. *Durée d'allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire*. Arch Ped 2012 ; 19 : 1164-76.
- Razurel C, Benchouk M, Bonnet J, Alama S-EL, Jarabo G, Pierret B. *Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative*. La Revue Sage-femme 2010 ; 9 : 240-9.
- Odent M. Préface, In : Gaskin IM. *Le guide de l'allaitement naturel*. Mama Éditions 2015.

Les caractéristiques fonctionnelles du lait chez les mammifères et les primates

PAR **PIERRE FRÉMONDIÈRE**^{1,2} ET **MICHELLE PASCALE HASSLER**¹

INTRODUCTION

La caractéristique phare des mammifères (d'où lui vient son nom) est l'allaitement des petits à partir d'une sécrétion cutanéoglandulaire spécialisée appelée lait. Le tube digestif des petits étant encore immature, ceux-ci doivent être alimentés par ce liquide biologique au cours d'un accompagnement parental systématique. L'objectif de cette revue de la littérature est de mieux comprendre les facteurs expliquant la composition du lait chez les mammifères puis plus spécifiquement chez les primates.

LA VARIATION DE LA COMPOSITION DU LAIT AU SEIN DES MAMMIFÈRES

Chez les mammifères, la composition du lait varie selon l'écologie et l'histoire de vie des différentes espèces. L'histoire de vie correspond aux variables générales mesurables au sein des espèces telles que la durée de gestation, la durée de l'allaitement, le temps de croissance jusqu'à l'âge adulte ou la durée de vie¹.

Ainsi, on retrouve un lait très dense énergétiquement parmi les espèces ayant une durée de lactation courte. Par exemple, *Cystophora cristata* a une durée de lactation d'environ 4 jours. Cette espèce produit un lait très riche en lipide pour un transfert énergétique rapide, avec un taux de lipide de 61.1 %, un taux de protéine de 4.9 % et un taux de lactose de 1 %². Parmi les espèces qui ont un intervalle de temps important entre les tétées, le lait est également plus riche. Par exemple, les lapins, les lièvres et les échidnés, qui doivent s'absenter pendant de longues périodes au cours de la lactation, soit pour chercher de la nourriture ou creuser des terriers, ont un lait dense énergétiquement (forte valeur de kilocalorie par gramme de lait) afin de permettre aux petits de supporter les phases de jeûne³.

En revanche, un lait dilué est plus fréquent parmi les espèces vivant dans un environnement aride. Ainsi, les camélidés et les équidés produisent un lait riche en eau afin de favoriser l'hydratation des petits. Les espèces dont le temps de présence maternel est important auprès des petits, de nuit comme de jour, comme chez les bovidés, produisent un lait plutôt dilué et riche en lactose⁴.

D'autres variables telles que la taille des mammifères et le taux de croissance des petits interviennent dans la composition du lait : les petits mammifères, dont la progéniture a une forte demande métabolique combinée à une immaturité intestinale, produisent un lait dense énergétiquement. En revanche, les grands mammifères dont la progéniture a une croissance plus longue et une maturité digestive, possèdent un lait plus faible en densité énergétique⁵.

Les grands mammifères possèdent l'avantage de stocker proportionnellement plus d'énergie que les petits mammifères, de manière à pouvoir produire un lait plus dense énergétiquement lorsque la nourriture vient à manquer.

Par ailleurs, les grands mammifères possèdent l'avantage de stocker proportionnellement plus d'énergie que les petits mammifères, de manière à pouvoir produire un lait plus dense énergétiquement lorsque la nourriture vient à manquer. Ainsi, la baleine bleue peut mettre en réserve 45 000 kg de graisse avant la saison de la reproduction, puis transmettre 1/3 de cette énergie au petit sous forme d'acide gras dans le lait⁵.

LE LAIT MATERNEL CHEZ LES PRIMATES

SPÉCIFICITÉS DES PRIMATES VIS-À-VIS DES AUTRES MAMMIFÈRES

Parmi les mammifères, les primates possèdent des histoires de vie longues : de manière générale, et bien qu'une grande variation existe au sein de cet ordre, l'âge de la maturité sexuelle est tardif, la fertilité plus faible, l'espérance de vie plus longue. À ce titre, l'enjeu de la production de lait est de ne pas puiser de manière trop importante dans les réserves maternelles car le temps d'allaitement est long et l'investissement parental important. Les primates vont donc produire un lait plutôt dilué pour un temps de croissance long et lent et des soins parentaux « sur demande ». En fait, les primates vont se distinguer des autres mammifères par un système de lactation mixte et flexible, impliquant une efficacité métabolique en optimisant l'apport énergétique et des dépenses maternelles, et puisant de temps à autre dans les réserves maternelles⁶.

1. Aix Marseille Univ, EU3M, Marseille, France.

2. Aix Marseille Univ, CNRS, EFS, ADES, Marseille, France.

COMPOSITION DU LAIT ET « COMPORTEMENT »
MATERNEL

Le *tableau 1* présente la composition du lait maternel chez certains primates. Parmi les Strepsirhiniens, on constate une différence entre la densité énergétique du lait (en kcal/g) et le « comportement » habituel de ces primates. Par exemple, *Eulemur fulvus* possède un lait moins dense énergétiquement que *Otolemur crassicaudatus*. Or, *Otolemur crassicaudatus* soumet ses petits à des temps d'attente importants pendant la lactation, tandis que *Eulemur fulvus* a un temps d'accompagnement avec ses petits régulier et long. Parmi les lémuriens, *Lemur catta* est caractérisé par des périodes de nursing plus fréquentes que *Varecia variegata* et son lait est moins dense énergétiquement.

TAILLE CORPORELLE, TAUX DE CROISSANCE
ET COMPOSITION DU LAIT

Selon Hinde *et al.* ³, la taille corporelle maternelle est négativement corrélée à la densité énergétique : les petits primates produisent un lait dense énergétiquement par rapport aux grands primates, mais cette relation de corrélation, qui est généralement la règle chez les mammifères, n'est observée que chez les primates qui accompagnent leurs petits quotidiennement. Le *tableau 2* montre le taux d'énergie fournie par les protéines présentes dans le lait maternel chez différents groupes de primates. Parmi ces primates, le taux de croissance est plus élevé chez les singes du nouveau monde, puis ralenti chez les singes de l'ancien monde, puis les grands singes. Enfin, le taux de croissance

le plus faible est celui des Hommes modernes. À partir du *tableau 2*, on constate que le taux d'énergie issu des protéines du lait maternel est important chez les primates à fort taux de croissance, puis décroît à mesure que le taux de croissance ralenti ¹⁰. Par ailleurs, la concentration en calcium est plus élevée chez les singes à fort taux de croissance ¹¹.

ÉCOLOGIE ET COMPOSITION DU LAIT

En théorie, les folivores auraient une concentration plus élevée en protéine dans leur lait du fait de la forte contraction en protéine des feuilles ¹². En pratique, le manque de données ne nous permet pas de vérifier cette hypothèse. En revanche, L'étude de 4 taxons de primates folivores suggère que cette hypothèse est vraie chez les grands singes, mais fausse chez les singes du nouveau monde ³.

CAPACITÉ CRÂNIENNE ET COMPOSITION DU LAIT

Deux théories s'opposent concernant la composition du lait et la croissance cérébrale.

- La première suggère que la forte composition en lipide du lait est une composante essentielle pour soutenir une croissance cérébrale forte.
- La seconde suppose que c'est la composition en sucre qui est importante dans la croissance du cerveau.

La densité énergétique est négativement corrélée au taux de sucre, et positivement corrélée au taux de lipides ³. Cette variable permet donc de vérifier les deux hypothèses précédentes si elle est corrélée à la taille du crâne chez les primates. En réalité, il n'existe pas de lien de corrélation

TABLEAU 1 ➤ EXEMPLE DE COMPOSITION DU LAIT MATERNEL CHEZ CERTAINS PRIMATES

TAXONS	% DE LIPIDES	KCAL/G	RÉFÉRENCES
<i>Eulemur fulvus</i>	0.9	0.49	7
<i>Otolemur crassicaudatus</i>	8.0	1.27	7
<i>Varecia variegata</i>	3.2	0.84	7
<i>Lemur catta</i>	1.8	0.60	7
<i>Homo sapiens</i>	2.8	0.61	8
<i>Homo sapiens</i>	4.4	0.78	9

TABLEAU 2 ➤ TAUX D'ÉNERGIE FOURNIE PAR LES PROTÉINES PRÉSENTES DANS LE LAIT MATERNEL CHEZ DIFFÉRENTS GROUPES DE PRIMATES

GROUPE DE PRIMATES	TAUX D'ÉNERGIE FOURNIE PAR LES PROTÉINES	RÉFÉRENCE
Singes du nouveau monde	21.8 % +/- 2.8%	3
Singe de l'ancien monde	14.0 % +/- 2.4 %	3
Grands singes	12.7 % +/- 3.9%	3
Humains	9.8 %	3

La composition du lait répond à un compromis prenant en compte les impératifs de croissance néonatale et les réserves énergétiques maternelles.

entre la densité énergétique et deux variables représentant la taille du cerveau (la taille relative du néocortex et le coefficient d'encéphalisation) ³. La composante du lait maternel essentiel à la croissance cérébrale est donc à chercher ailleurs. Les recherches portent actuellement sur le taux unique en oligosaccharide du lait humain ¹³.

CONCLUSION

Il existe une grande variabilité dans la composition du lait au sein des mammifères et des primates. Dans cet ordre, la variabilité de la composition peut être expliquée par des facteurs biologiques (taille corporelle, taux de croissance), environnementaux et comportementaux. La composition du lait répond à un compromis prenant en compte les impératifs de croissance néonatale et les réserves énergétiques maternelles. Les recherches sur la lactation des primates sont toutefois limitées par de nombreuses contraintes : les espèces étudiées sont très souvent captives, il est difficile de quantifier précisément la quantité de lait produit, les effectifs pris en compte sont généralement faibles. Une meilleure connaissance des facteurs expliquant la composition du lait des primates nous permettrait de mieux comprendre la spécificité de la composition de notre lait dans une perspective évolutive. •

RÉFÉRENCES

- Hartwig WC. 1996. Perinatal life history traits in new world monkeys. *Am J Primatol* 40 : 99-130.
- Oftedal OT, Iverson SJ. 1995. Comparative analysis of nonhuman milks : phylogenetic variation in the gross composition of milks. In : Jensen RG, editor. *Handbook of milk composition*. San Diego : Academic Press. p 749 - 788.
- Hinde K, Milligan LA. 2011. Primate milk proximate mechanisms and ultimate perspectives. *Evol. Anthropol.* 20:9-23.
- Akers RM. 2002. *Lactation and the mammary gland*. Iowa State Press : Blackwell.
- Oftedal OT. 2000. Use of maternal reserves as a lactation strategy in large mammals. *Proc Nutr Soc* 59 : 99 - 106.
- Dufour DL, Sauter ML. 2002. Comparative and evolutionary dimensions of the energetics of human pregnancy and lactation. *Am J Hum Biol* 14 : 584 - 602.
- Tilden CD, Oftedal OT. 1997. Milk composition reflects pattern of maternal care in prosimian primates. *Am J Primatol* 41 : 195 - 211.
- Brown KH, Akhtar NA, Robertson AD, Ahmed MG. 1986. Lactational capacity of marginally nourished mothers : relationships between maternal nutritional status and quantity and proximate composition of milk. *Pediatrics* 78 : 909 - 919.
- Dewey KG, Finley DA, Lönnerdal B. 1984. Breast milk volume and composition during late lactation (7 - 20 months). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 3 : 713 - 720.
- Power ML, Oftedal OT, Tardif SD. 2002. Does the milk of callitrichid monkeys differ from that of larger anthropoids ? *Am J Primatol* 56 : 117 - 127.
- Milligan LA. 2007. *Nonhuman primate milk composition : relationship to phylogeny, ontogeny and ecology*. Ph.D. dissertation, University of Arizona.
- Leigh SR. 1994. Ontogenetic correlates of diet in anthropoid primates. *Am J Phys Anthropol* 94 : 499 - 522.
- Warren CD, Chaturvedi P, Newburg AR, Oftedal OT, Tilden CD, Newburg DS. 2001. Comparison of oligosaccharides in milk specimens from humans and twelve other species. *Adv Exp Med Biol* 501 : 325 - 332.



LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE

TARIF D'ABONNEMENT

11 NUMÉROS PAR AN

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

* Joindre attestation.

Abonnement collectif de service 156,00 €

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

ABONNEMENT 2018

VOS COORDONNÉES

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

Nom Prénom

Adresse

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

Pays Téléphone

E-mail

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

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

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

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

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

Léon Dufour et l'Œuvre de la Goutte de Lait ou comment nourrir les bébés au biberon « faute de mieux »

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

« En 1908, une femme meurt mystérieusement à Fécamp en mettant au monde une fille. Celle-ci est élevée par une famille de pêcheurs de Bénouville, les Dorchaun, qui ont déjà neuf enfants et qui l'ont baptisé Marie-Madeleine »¹. Voilà comment commence le roman "Marie Mystère" de Jean du Perry, pseudonyme qu'avait pris Simenon au début du XX^e siècle. Cette triste histoire se laisse emporter par le flot du souvenir des nombreuses autres femmes mortes en couches et des nouveau-nés décédés au XIX^e siècle à Fécamp faute de soin.

Fécamp dans la Seine-Inférieure (à l'époque) était à la fin du XIX^e siècle, une ville de Terre-Neuvas c'est-à-dire de marins partant plus de 360 jours par an pêcher la morue dans les eaux glaciales de Terre-Neuve. Fécamp était un port d'armement et aucunement de déchargement des morues pêchées. Les autres partaient sur des barques à la pêche au maquereau et au hareng. La ville abritait aussi des *boucanes* c'est-à-dire des usines où l'on fumait les harengs et les maquereaux. Les femmes y travaillaient et, en cas de grossesse, elles continuaient jusqu'à l'accouchement. Le plus souvent incapables de se payer des soins par manque d'argent, les femmes enceintes dans le besoin trouvaient de l'aide au Bureau de Bienfaisance. On relevait à Fécamp en ce temps-là, des centaines de décès de nouveau-nés à cause d'un manque d'hygiène flagrant. De 1868 à 1881 s'ajouta au tableau une vague d'angines chez les enfants de quelques jours et de quelques semaines, ce qui causa de nombreux décès. De toute façon depuis la fin de la guerre de 1870, au niveau national, le nombre de naissances tombait régulièrement. Face à la situation, il ne restait plus qu'à attendre l'homme providentiel — c'est-à-dire Léon Dufour — qui créa à Fécamp l'Œuvre de la Goutte de Lait.

L'ARRIVÉE DE L'ATYPIQUE DOCTEUR LÉON DUFOUR: SON SEUL BUT DANS LA VIE « ÊTRE UTILE »

Léon Dufour est né à Saint-Lô en 1856. Après avoir étudié au Havre et à Rouen, il entama ses études de médecine à Rouen en 1876 et les termina à Nancy. Reçu à 25 ans aux concours de chirurgie et d'accouchement, le Docteur Dufour s'installa à Fécamp le 29 novembre 1881 au numéro 65 sur le quai de Bérigny. L'homme en était à son coup d'essai,



Fécamp : monument dédié à Léon Dufour

mais la première remarque qu'il fit à Fécamp concernait le nombre élevé de cas de diphtérie² qu'il devait soigner. Son implication dans la ville le propulsa très vite au poste de directeur du Bureau de Bienfaisance. Puis, il épousa la fille d'Alexandre Legrand, le propriétaire de la distillerie de Bénédicte de Fécamp. Ce n'est qu'après ses visites chez les particuliers et bien des fatigues, qu'il se mit à rédiger ses ouvrages. Enfin, devant les innombrables décès de nouveau-nés, il lança en hâte une institution baptisée La Goutte de Lait pour leur venir en aide.

1 Michel Lemoine. *L'autre univers de Simenon*. Éditions du CEFAL, 1991, pp 236 – 237.

2 Les épidémies de diphtérie causaient de vrais ravages. En 1888, il fit paraître aux Imprimeries réunies L. Durand et fils de Fécamp un ouvrage sur la diphtérie à Fécamp.

SURVEILLER, ÉDUIQUER ET ASSISTER

C'est le 16 juin 1894, que le Docteur Léon Dufour créa à Fécamp, la première Goutte de Lait³. Sans perdre de temps, il prit des risques et lança cette œuvre après avoir observé que des entérites sévissaient à cause de l'alimentation viciées qui était donnée aux nouveau-nés. Dès le début, son œuvre fut gérée par quatre femmes : Mesdames Handisyle, Delaporte, Dubosc et Chédru. Dans ce premier centre, il installa du matériel pour la stérilisation du lait frais qui venait d'une ferme voisine dans laquelle les animaux étaient surveillés de près. Le lait était stérilisé dans l'appareil du Docteur Frottier du Havre. En 1908, lorsque le Docteur Variot proposa l'ouverture à Paris de l'Institut de puériculture qui devait comprendre une Goutte de Lait avec consultation pour les nourrissons, il détailla aux journalistes du journal parisien *La Presse* (cf. numéro du 21 novembre 1908), le fonctionnement d'une Goutte de Lait. « *Il faut que les mères, dont la lactation est insuffisante ou nulle, puissent recevoir des rations de bon lait préparées d'avance suivant la capacité physiologique de l'estomac du nourrisson. La distribution du lait serait faite quotidiennement. Les femmes qui allaiteront au sein pourront obtenir des secours en argent. Chaque semaine ou même plus souvent les nourrissons seraient présentés pour qu'on puisse contrôler leur croissance, pour qu'on s'assure si les soins sont bien donnés* ». En somme, les enfants étaient régulièrement pesés et les données étaient inscrites sur un livret de santé.

Revenons à Fécamp. En 1895, après la Goutte de Lait, le Docteur Dufour mit aussi en place une œuvre de maternité qui prêtait des draps et des linges pour les bébés. L'année suivante, en 1896, il décida que la Goutte de Lait utiliserait le biberon « Le Sauveur » de Rutard d'Amboise. Dans les centres Goutte de Lait, Léon Dufour créa le vase « humanisateur ». Il s'agissait d'humaniser le lait des vaches en le ramenant le plus proche possible de la composition du lait de la femme. Léon Dufour mit au point ce récipient dans lequel le lait animal décantait afin d'abaisser sa concentration en protéines et de garder la teneur en lipides et ainsi le rapprocher du lait maternel. Ainsi, comme l'écrit Pierre-Olivier Fanica : « *Dans le procédé Dufour, le lait à traiter est placé dans une boule à décantation et abandonné dans un endroit frais pendant trois ou quatre heures. À ce moment, on enlève*

« Il faut que les mères, dont la lactation est insuffisante ou nulle, puissent recevoir des rations de bon lait préparées d'avance suivant la capacité physiologique de l'estomac du nourrisson. »

le tiers du lait écrémé et on rétablit le volume initial avec une solution de lactose à 4 % (35 grammes). On ajoute encore un gramme de sel marin par litre, et on stérilise en flacons ; (Pouriau et Ammann, 1920) »⁴. Le travail était réalisé par des femmes bénévoles. Un employé prenait les biberons et les déposait devant les portes des maisons. Le résultat fut positif : le poids des enfants fut relevé en peu de temps⁵.

Avant la Grande Guerre déjà, le succès de l'œuvre était confirmé dans toute la France. Les mères pouvaient apporter leur bébé âgé d'un jour à un an. Le 27 mai 1912 eut lieu la conférence nationale de la Goutte de Lait à Fécamp dans la salle des fêtes de la mairie. Après que le maire eut souhaité la bienvenue aux deux cents congressistes qui vinrent de toutes les régions de France, le député, M. Bureau, félicita de son initiative patriotique Ambroise Rendu représentant de la Ville de Paris et il fit l'éloge de M. Poussineau, le fondateur des Mutualités maternelles et donna ses félicitations au Docteur Brunon, directeur de l'École de médecine de Rouen et à Léon Dufour.

LE SCHÉMA DE FINANCEMENT DES GOUTTES DE LAIT

À Fécamp, le fonctionnement de la Goutte de Lait était assuré par des collectes effectuées lors de conférences ou auprès des notables de la ville. Un petit tour de France des Gouttes de Lait permet de voir qu'il en était de même ailleurs. À Reims, dès l'armistice de 1918, la municipalité secondée par le marquis de Polignac organisait le Bal des quatre vendredis de mai au profit notamment de quelques œuvres dont la Goutte de Lait. En février 1923, lors de l'assemblée générale de l'association des Dames françaises réunie à Asnières, des lots de vêtements et des livrets de Caisse d'Épargne furent distribués aux mères de famille méritantes et aux mères de familles nombreuses au nombre de cent cinquante, assidues à la Goutte de Lait municipale. L'association gérait l'œuvre à Asnières.

En décembre 1927, une fête fut organisée à l'Œuvre de la Goutte de Lait au 126 boulevard de Belleville. Au cours de la manifestation, les mères méritantes reçurent des mains du Docteur Variot⁶ des prix d'honneurs offerts par les lecteurs du *Figaro*. Il en fut de même en décembre 1932 à la Goutte de Lait de Belleville⁷ où d'autres reçurent des récompenses lors d'une cérémonie présidée par Paul Strauss qui avait été ministre de l'Hygiène.

Dans la Capitale, en 1922, la duchesse de Vendôme et Monseigneur le duc de Nemours donnaient le *Gala de l'enfance* au cirque de Paris au profit du dispensaire Goutte de Lait de Sedan-Torcy (Ardennes) présidé par M^{me} Louis Deschamps. La même année, à Évien, dans les salons du Royal Hôtel, Nadine Musurus donna un grand concert au

3 L'origine du nom de l'œuvre est mal connue. La Goutte de Lait est le titre d'une pièce de théâtre écrite en 1848 par M. Gozlan. En 1862, l'auteur se présenta à l'Académie, il avait comme concurrent Jules Lacroix qui avait publié 1833, le roman *Une grossesse*.

4 Pierre-Olivier Fanica. *Le lait, la vache et le citadin : du XVII^e au XX^e siècle*. Éditions Quae, 2008, p 320.

5 Procédé peu coûteux et pratique pour materniser le lait de vache. Lyon médical, 1896, tome LXXXIII, p 203.

6 Le Dr G. Varot était médecin de l'Hôpital des enfants-assistés. Dans les années 1920, il donnait des cours gratuits de puériculture au 126 boulevard de Belleville. Il enseignait chaque jeudi matin à 10 h 30 aux jeunes femmes et aux jeunes filles, l'art d'élever les bébés. Ce cours qu'il avait déjà créé avant la première guerre mondiale fut stoppé en janvier 1913 par un arrêt du Conseil d'État. Il était toutefois prêt à reprendre son enseignement que le directeur de l'Assistance publique aurait rétabli légalement au sein de l'Institut qui fonctionnait depuis 1911 en vertu d'un arrêté du préfet de la Seine. Il souhaita cependant que les enfants pauvres ne souffrent pas de cette anarchie administrative en assurant la continuité des services de la Goutte de Lait.

7 Avant la Grande Guerre, la Goutte de Lait de Belleville était soutenue par Henri Lavedan.

profit de la Goutte de Lait. L'orchestre du Casino exécuta des morceaux de Saint-Saëns, Mozart ou Debussy en présence de Umberto Benedetti, soliste violoncelle de S.A.S. *le prince de Monaco* qui prêta gracieusement son concours à la soirée. En 1932, à Poitiers, la marquise de Mieulet de Ricaumont, le comte de Beaufort et le colonel Choné organisèrent un élégant tournoi de bridge au profit de la Goutte de Lait. En 1936, à Juan-les-Pins, eut lieu le *Gala de la Goutte de Lait* suivi d'un grand feu d'artifice tiré en mer face aux terrasses de la *Frégate*. La même année, le casino de Juan accueillit le *Gala de la Goutte de Lait* en présence de Tino Rossi. À Nice en 1937, à l'hôtel Ruhl, fut organisé par la bonne société niçoise le *Bal de la Goutte de Lait*. En somme, sans les galas de charité au décorum feutré, les Gouttes de Lait n'auraient jamais pu fonctionner.

LA GOUTTE DE LAIT À TRAVERS FÉCAMP EN 2010

Personne n'a oublié à Fécamp le Docteur Dufour. En 1997, le musée de Fécamp organisa une exposition et publia un catalogue intitulé « *Les biberons du docteur Dufour* » que l'on trouve encore au musée des Terre-Neuvas et de la pêche situé sur le boulevard Albert 1^{er} ou à la librairie située le long du quai Bérigny. Que reste-t-il de Léon Dufour à Fécamp ? Il continue à hanter les rues de la ville. Ainsi, en arrivant de Breute Breuzeville par un petit TER, le voyageur aperçoit de suite une immense enseigne sur une grande bâtisse beige sur laquelle s'étale l'enseigne « *La Goutte de Lait du Docteur Léon Dufour* ». Puis, en sortant de la petite gare SNCF, il ne faut au piéton que quelques minutes de marche pour se rendre au pied de ce bel immeuble qui se situe en plein cœur du Boulevard de la République. Au bout du boulevard, dans l'hôtel de ville, le service des archives conserve précieusement des documents datant de l'époque de Léon Dufour. Puis, en remontant vers le centre commercial, une route en forte pente porte le nom du célèbre médecin. Enfin, en redescendant vers le centre-ville, le visiteur découvre un charmant arboretum au cœur duquel trône un splendide monument dédié à Léon Dufour.

LA NOSTALGIE DES GOUTTES DE LAIT

L'errance qui suit est un voyage à travers la France et le Maghreb de Goutte de Lait en Goutte de Lait.

À Rouen, la Société Cotonnière assurait à son personnel l'assistance aux femmes en couches et accordait des primes de natalité. Elle entretenait une crèche et patronnait l'Œuvre de la Goutte de Lait⁸. Ce fut Madame Henry Turpin qui fonda la Goutte de Lait de Rouen. À Caen, ce fut Émile Louise, professeur honoraire à la Faculté des sciences de l'Université de Caen, chevalier de la Légion d'honneur qui organisa l'Œuvre de la Goutte de Lait.

À Clermont-Ferrand, la Goutte de Lait fut créée en 1902 sur l'initiative du Docteur Bousquet et fut présidée par



Fécamp : « La Goutte de Lait du Dr Léon Dufour »

Thérèse Michelin, l'épouse d'Édouard Michelin. Avant 1914, M^{me} Ernest Stern fit construire à Levallois-Perret, une habitation ouvrière de loyers à bon marché à laquelle s'ajoutait une « Goutte de Lait » avec des consultations gratuites et une cantine maternelle pour les femmes en couches de cinq mois, qui étaient nourries un an encore après leur accouchement. Durant la Grande Guerre, la Goutte de Lait de Clermont achetait le lait à bas prix pour pallier l'aggravation de la crise du ravitaillement. Annie Moulin indique : « *Avant la guerre, cette œuvre nourrissait entre 80 et 100 enfants. Elle en accueillait 134 en 1916 et 234 en 1918. D'où un déficit de 13 500 francs dans son budget de 1918. (Le Moniteur du Puy-de-Dôme, 16 décembre 1918)* »⁹.

Devant le succès des Gouttes de Lait, un congrès international se tint le 20 octobre 1910. Cette année-là, le Conseil général de la Seine, sur proposition de MM. Galli, Rendu, Poirier de Narçay et Henri Rousselle, décida la création d'un Institut de puériculture destiné à vulgariser les préceptes de l'hygiène infantile. Le service fut installé aux *Enfants assistés* sous la direction du chef de l'établissement, le Docteur Varot, qui proposa de créer une Goutte de Lait afin que les mères puissent recevoir des secours et du lait stérilisé. Une crèche avec une douzaine de berceaux fut également créée¹⁰.

À aucun moment, l'aide aux femmes enceintes et aux nouveau-nés ne cessa. Ainsi, en octobre 1919, une grande grève éclata à l'arsenal de Brest. Les travailleurs municipaux décidèrent d'adhérer au mouvement. Tous les services et même les Pompes funèbres chômèrent sauf les services des eaux et la Goutte de Lait.

Le dispensaire de la Goutte de Lait de Sedan-Torcy fut construit en 1920 en plein quartier ouvrier et accueillit très vite de 4 à 500 nourrissons. Il distribuait 50 à 60 litres de lait gratuitement tous les matins, 20 à 25 layettes par mois et 7 000 à 8 000 primes par an.

En 1922, les Luxembourgeois vinrent à Verdun pour aider la population de la commune. La grande-duchesse ajoutant son aide à celle du grand-duché prit en charge l'ouverture de la Goutte de Lait.

En mars 1920, on inaugura une Goutte de Lait à Barranouilla (Colombie) don de M^{me} Arjona de Obregon. En 1933, lors du Congrès international de la protection de l'enfance, il fut question de la protection de l'enfance aux colonies. On y traita de la première Goutte de Lait maro-

⁸ *Figaro*, supplément économique illustré. 7 avril 1924.

⁹ Annie Moulin. *Guerre et industrie : Clermont-Ferrand, 1912-1922*. Presses Universitaires Blaise Pascal (Clermont II), 1997, p. 544.

¹⁰ Informations. *Le Figaro*, 26 décembre 1910, p. 3.

la première Goutte de Lait marocaine fut installée sous une tente avec des bouteilles graduées prises chez un pharmacien et de la stérilisation de ces pseudo-biberons dans des bassines d'eau portée à ébullition sur des feux à pétrole.

caine qui fut installée sous une tente avec des bouteilles graduées prises chez un pharmacien et de la stérilisation de ces pseudo-biberons dans des bassines d'eau portée à ébullition sur des feux à pétrole. Entre cet univers et celui des années 1930, les changements furent radicaux. Des Gouttes de Lait modernes furent installées à Fez ¹¹, Meknès, Rabat, Casablanca et Marrakech. Les sœurs missionnaires y jouèrent aussi un rôle majeur.

Un article d'un journal local du Pas-de-Calais donne en 1929 un « polaroid » de la vie à la Goutte de Lait de Meurchin (citée voisine de Lens). Le dimanche 3 février 1929, le journal *L'Avenir de Lens* met en première page cet instantané : « Tout le monde sait maintenant en quoi consiste la goutte de lait et chacun sait que toutes les mères ont intérêt à s'y présenter chaque fois. Dernièrement une mère de plusieurs enfants ne pouvant y aller pour des raisons que je n'ai pas à approfondir en préviint le docteur Druon de passage. Ce dernier l'autorisa à rester chez elle. Mais quelle ne fut pas la surprise de cette brave femme de voir arriver le même jour le garde champêtre qui lui tint ce langage : « Vous n'êtes point v'nue à l'goutt' ed lait, L'poive y a dit qu'chétot inutile ed vous r'présinter que l'méd'cin a dit d'supprimer vo'n'allocation. Alors qu'vo n'arotte pu rin ».

Cette femme va trouver le docteur et lui demande comment il se fait qu'il lui fait supprimer l'allocation puisqu'elle était autorisée par lui de s'abstenir. La réponse du docteur fut celle-ci : « Madame, je vous ai dit que vous pouviez rester chez vous ce n'était pas pour vous faire supprimer l'allocation à laquelle vous avez droit, je saurai bien vous la remettre. » Et voilà, Est-ce assez éloquent ? C'est tout ce que le généralissime de Meurchin sait faire. Il me semble qu'il aurait, s'il voulait s'en donner la peine, autre chose à faire que de supprimer une



allocation de cent sous à un pauvre père de famille qui sait faire son devoir de Française ¹² ».

En janvier 1942, une maison modèle devait être édifiée à Ajaccio et comprendre une maternité, une pouponnière, des services de consultations pour la mère et l'enfant et une Goutte de Lait. Une autre ouvrit en 1943 à Marseille dans la rue de la République pour fournir aux petits enfants du lait dans les règles douloureuses de l'hygiène. Les biberons dans lesquels on versait le lait étaient capsulés d'une manière automatique. Ensuite, ils étaient stérilisés dans un autoclave à 105 degrés durant 20 minutes. Puis, sortis bouillants, ils étaient placés dans un réfrigérateur. Cette préparation assurait aux enfants du lait préparé suivant les règles. La gratuité pouvait être accordée par le Bureau de Bienfaisance de Marseille. Le seul inconvénient était que les mères des quartiers éloignés de la rue de la République ne pouvaient s'y présenter.

CONCLUSION

Partout en France, les centres Goutte de Lait apparurent et durèrent dans le temps. Ainsi, d'une centaine en 1905, le nombre de Gouttes de Lait passa à deux cents en 1912. Dans ces centres, à aucun moment, Léon Dufour ne découragea les mères d'allaiter. Bien au contraire, son but était d'éduquer les mères en leur donnant des conseils pour se prémunir contre leurs propres maladresses et contre leur imprévoyance. En plus de son œuvre, il souhaita la création d'un service de maternité et d'hospitalisation pour les enfants malades. En 1909, il participa à Fécamp à la création de la *Société des Amis du Vieux Fécamp* et créa le Musée de l'enfance ¹³. Ce musée fut fortement endommagé en 1944.

Durant la Grande Guerre, Léon Dufour dirigea les hôpitaux militaires du Havre et de Rouen. Après une vie riche, il décéda à Fécamp le 23 mai 1928 et la gestion de la Goutte de Lait fut assurée par son gendre le Docteur Maupas ¹⁴. Vers 1930, celle-ci devint un service municipal qui cessa de fonctionner le 1^{er} juillet 1972. Grâce au Docteur Dufour, la mortalité infantile baissa fortement. •

11 En octobre 1930, lors de son passage à Fez, la Duchesse de Guise venant de Larache visita l'hôpital Cocard et la Goutte de Lait. L'année suivante, en décembre 1931, sous la présidence de M^{me} la maréchale Lyautey, présidente du Comité central des dames de la SSBM, eut lieu au cinéma Roxy, la première représentation du film Siroco qui venait d'être tourné au Maroc. Le bénéfice de la soirée fut affecté aux œuvres soutenues à Fez par la SSBM c'est-à-dire de la Goutte de Lait et du dispensaire antituberculeux.

12 Aux Mines de Lens, la Goutte de Lait se trouvait à la cité Saint Auguste de la fosse n° 8. À Armentières, le dispensaire d'hygiène maternelle la Goutte de Lait fut créé grâce à M^{me} Mahieu qui fit don de sa priorité.

13 Catherine Rollet-Echalier, Catherine Rollet. La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République. INED, 1990, 677 p. Les auteurs ajoutent au sujet du musée à la page 363 : « Dufour réunit une collection étonnante d'objets : biberons, amulettes, berceaux, jouets, costumes, remèdes populaires, gravures... et même un tour d'abandon. Professeur de médecine coloniale au Havre, il eut de nombreux correspondants dans les colonies ; ceux-ci lui envoyèrent divers objets et renseignements sur l'enfance et la maternité dans les pays exotiques ».

14 La ville de Fécamp donna à la résidence située rue du 19 mars 1962, le nom de résidence Dr Maupas.

LA CONSTRUCTION DES REPRÉSENTATIONS CORPORELLES DU BÉBÉ - 1001BB N° 158

EN HOMMAGE À ANDRÉ BULLINGER

Comment aider l'enfant à habiter le plus harmonieusement possible « son propre corps » ? L'approche développementale et instrumentale conceptualisée par André Bullinger a offert aux soignants de nouveaux moyens d'observation et d'intervention pour comprendre les « avatars du développement sensori-moteur » des tout-petits et les soubassements du fonctionnement corporel et psychique des adultes qu'ils deviendront.

Cet ouvrage évoque la construction des représentations du corps, depuis les premières semaines de l'évolution du « petit d'homme ». Il conjugue neurologie et psychologie pour aborder la complexité des notions de schéma corporel et d'image du corps.

L'approche clinique d'André Bullinger invite à dépasser la dichotomie trop souvent rencontrée entre troubles moteurs et troubles psychologiques et à dégager un projet thérapeutique qui tienne compte des variabilités individuelles.

André Bullinger (1941–2015), professeur à la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'université de Genève a centré ses enseignements et ses recherches fondamentales sur le développement sensori-moteur du jeune enfant. Il a créé, dans le cadre de l'université de Genève, une consultation, l'Atelier de l'Enfance, qui recevait des enfants porteurs de déficits sensoriels et moteurs ou d'un trouble global du développement.



Éditions Eres

Parution : 4 octobre 2018

EAN : 9782749261553

Format : 11,5x16, 160 pages - Prix : 12 €

www.editions-eres.com

PRESSEZ ICI, J'AI BESOIN D'ÊTRE AIMÉE

MAJOLY DION

L'auteure se met à nu, ouvre son cœur et partage avec nous des histoires de vie, pas toujours roses, certes, mais grâce auxquelles elle a atteint le chemin de la résilience malgré la souffrance. Elle a su transcender les épreuves difficiles, et elle nous offre les apprentissages qui lui ont réussi, et qui à ce point, lui permettent de grandir, et d'inspirer des milliers de personnes. Un témoignage de vie pour la continuation de la vie.

Ce qui est le plus impressionnant dans son histoire qui ne laisse personne indifférent, c'est qu'elle a su aller à la rencontre d'une puissance intérieure qui lui permet de passer de la résistance à la résilience, de rebondir, de déposer les armes dans la sérénité, d'accueillir l'abondance « maintenant », et d'atteindre un bonheur profond.

« Ce livre est né grâce à vous tous qui m'avez écrit, après la sortie de mon film *Quand sert la vie... au-delà des frontières du cancer* : Où as-tu puisé autant de résilience et d'humour pendant l'épreuve du cancer que tu as traversée ? J'ai compris à ce moment-là que les réponses ne se trouvaient pas dans mon film, mais bien dans mon parcours antérieur, lequel m'a permis de plonger dans les ressources et forces qui reposent en nous tous. Je me permets dans ce livre de vous communiquer mes pages de vie sans tabou, sans prétention, sans pour autant proclamer la vérité. J'ai su reconnaître l'impact à long terme des états émotifs qui ont influencé mon squatter de cancer, que j'ai hébergé malgré moi dans mon corps. »

Majoly Dion, artiste pluridisciplinaire qui a fait sa place notamment dans l'industrie de la danse et la musique de films. Son film *Quand sert la vie... au-delà des frontières du cancer*, qui met en lumière son parcours de la mastectomie complète à la reconstruction, lui a procuré le premier prix d'interprétation au Monaco Charity Film Festival en 2017.



Éditions Un monde différent (Québec)

ISBN : 978-2-89225-953-7

192 pages - Prix : 15 €

<https://umd.ca/boutique/pressez-ici-j'ai-besoin-d-tre-aim-e/>

10-11-12 OCTOBRE 2018

LYON

34^{es} Journées d'Études des Sages-Femmes Coordinatrices

www.ansfc.fr

14 AU 20 OCTOBRE 2018

Semaine mondiale de l'Allaitement Maternel 2018. Thème :

"L'allaitement : Racines de Vies"

coordination-allaitement.org

17 OCTOBRE 2018

MARSEILLE

Conférence Autour de l'allaitement maternel (cf. annonce page 13)

15 NOVEMBRE 2018

PARIS

Journée Mondiale de l'Acupuncture Maison de l'UNESCO

wad-o.com

16 NOVEMBRE 2018

TOMBLAINE (54)

1^{er} Colloque Grand Est

"Activité physique et Grossesse"

Contacts : l.galliot@chru-nancy.fr
ml.pichon@chru-nancy.fr

16-17 NOVEMBRE 2018

PARIS 15^e

46^{es} Journées Jean Cohen

congres.eska.com

16-17 NOVEMBRE 2018

PARIS

Congrès International de l'acupuncture - WSCDA (Cité des Sciences, Paris)

cerc-congres.com

24 NOVEMBRE 2018

PARIS

Les Rencontres de Port-Royal

relations-medicales.com

4-5 FÉVRIER 2019

ISSY LES MOULINEAUX (92)

17^{es} Journées du Collège National des Sages-Femmes de France

cerc-congres.com

22-23 MARS 2019

ARCACHON

Séminaire annuel de l'Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs (AFSFA)

cerc-congres.com

29-30 MARS 2019

LYON - HÔTEL MERCURE SAXE GAMBETTA

Colloque annuel et Assemblée générale de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales
Thème : La bienveillance à l'épreuve de la réalité

cerc-congres.com

IVG MÉDICAMENTEUSE : LES PROTOCOLES À RESPECTER



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ - JUIN 2018

Les femmes qui souhaitent une interruption volontaire de grossesse (IVG) doivent recevoir une information détaillée afin de pouvoir choisir entre une méthode d'IVG médicamenteuse ou chirurgicale.

Lorsqu'une IVG médicamenteuse est choisie, elle repose sur l'association d'une antiprogéstérone et d'une prostaglandine selon un protocole précis, dont le respect conditionne l'efficacité.

IVG CHIRURGICALE OU MÉDICALE ?

- Le choix entre les deux techniques dépend du stade de la grossesse, de l'offre de soins disponible et des préférences de la femme.
- L'IVG chirurgicale**, sous anesthésie générale ou locale, repose sur la dilatation du col et l'évacuation du contenu utérin par aspiration. Elle peut être proposée jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée. Une préparation cervicale médicamenteuse est recommandée. La préparation cervicale repose sur une antiprogéstérone, la mifépristone (Mifégyn[®], 200 mg per os 36 à 48 heures avant l'aspiration) ou sur une prostaglandine, le misoprostol (Gymiso[®], 400 µg per os 3 à 4 heures avant l'aspiration) ou sur le géméprost (Cervageme[®], 1 mg, un ovule par voie vaginale 3 heures avant l'aspiration).

- L'IVG médicamenteuse** repose sur une antiprogéstérone (mifépristone) suivie, 36 à 48 heures après, d'une prostaglandine (misoprostol ou géméprost). Elle est pratiquée par un médecin ou une sage-femme. Elle peut être réalisée dans un établissement de santé jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée, ou dans un cabinet de ville, centre de planification ou centre de santé jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée.
- Une visite de contrôle est obligatoire dans les 14 à 21 jours pour l'IVG chirurgicale comme pour l'IVG médicamenteuse.

POINTS D'INFORMATION ET DE VIGILANCE

- Informar la femme que l'IVG médicamenteuse comporte un risque d'échec et qu'il sera nécessaire dans ce cas de recourir à une IVG chirurgicale si l'IVG est toujours souhaitée.
- Informar la femme décidant de poursuivre une grossesse qui n'aurait pas été interrompue que le misoprostol est tératogène.
- Ne pas recourir à des doses de misoprostol > 400 µg.
- Ne pas recourir au misoprostol par voie vaginale.

DONNÉES CLINIQUES D'EFFICACITÉ

- Les études ayant utilisé des protocoles conformes à ceux exposés ci-dessus ont

obtenu des taux d'expulsion complète sans nécessité de procédure chirurgicale allant de 92 à 96 % selon les études, les protocoles utilisés et le mode d'analyse (per protocole ou ITT).

- Une étude a conclu à la bioéquivalence entre Mifégyn[®] et Miffee[®] (à la dose de 200 mg) pour l'aire sous la courbe (AUC) mais pas pour le Cmax (la borne supérieure de l'intervalle de confiance à 90 % était supérieure à l'intervalle d'acceptabilité de 80 % à 125 %). Cette discordance explique que seule la posologie de 200 mg en dose unique a été autorisée dans l'AMM de Miffee[®] 200 mg, en association au seul géméprost administré par voie vaginale.

DONNÉES CLINIQUES DE TOLÉRANCE

- Les événements indésirables les plus fréquents dans les études cliniques après IVG médicamenteuse ont été des douleurs pelviennes, métrorragies, nausées, vomissements et diarrhée. Des saignements utérins abondants ont nécessité un curetage hémostatique dans 0 à 5 % des cas selon les études.
- Des événements rares mais graves ont été signalés, principalement lors d'utilisations hors AMM de spécialités contenant du misoprostol :
 - chocs toxiques et chocs septiques après administration par voie vaginale de comprimés destinés à la voie orale ;
 - infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, principalement après des doses supérieures à celles figurant dans l'AMM.

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE PRESCRIPTION

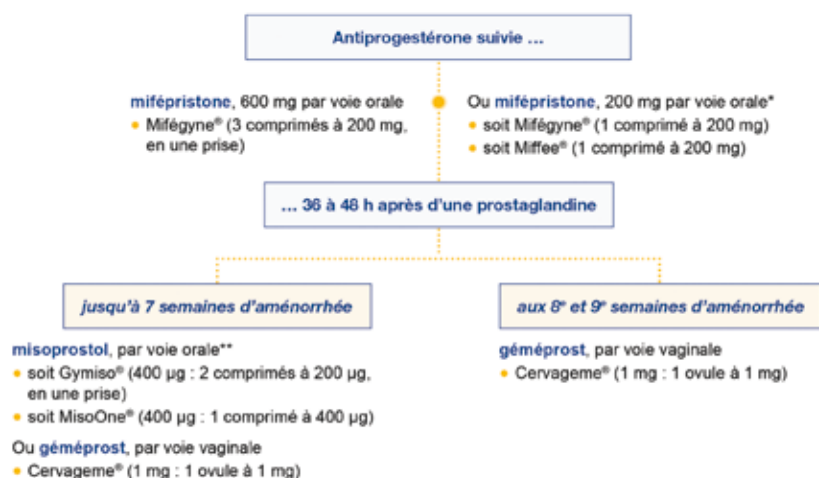
- Mifégyn[®], Miffee[®], Gymiso[®] et MisoOne[®] sont prescrits et délivrés en établissement de santé (publics ou privés). Ils peuvent être utilisés hors établissement de santé par des médecins ou sages-femmes exerçant en cabinet de ville, centre de planification ou centre de santé et ayant établi une convention avec un établissement de santé
- Cervageme[®] est pris en charge à l'hôpital.

PLUS D'INFORMATIONS

Toute l'information sur l'interruption volontaire de grossesse sur :

<https://ivg.gouv.fr> et au 0 800 08 11 11 (numéro anonyme et gratuit).

LES SEULS PROTOCOLES VALIDÉS PAR L'AMM SONT LES SUIVANTS :



* Lorsque la mifépristone 200 mg est utilisée, seul le géméprost peut être associé.

** Cytotec (misoprostol indiqué en gastro-entérologie, mais qui n'a pas l'AMM dans l'IVG médicamenteuse) n'est plus commercialisé.

L'Académie de médecine publie un rapport sur la bientraitance en obstétrique

PARIS, 20 SEPTEMBRE 2018 (APMNEWS)

L'Académie nationale de médecine a adopté mardi 18 septembre un rapport sur la bientraitance en obstétrique, assorti de recommandations afin d'améliorer la qualité des soins.

Après la vague médiatique autour des "violences obstétricales" et la remise fin juin du rapport sur les violences gynécologiques et obstétricales du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCEFH), l'Académie de médecine a souhaité « rétablir la vérité sur les conditions de la naissance en France ».

Le rapport élaboré par la commission X (reproduction et développement) de l'académie, intitulé *"De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités"*, rappelle dans un premier temps la réglementation "très stricte" qui régit les établissements pratiquant les accouchements, publics ou privés.

Il décrit ensuite le bilan "très favorable" de la sécurité des soins, dont l'amélioration était l'un des principaux objectifs des différents plans de périnatalité, ainsi que le confort de la naissance. « Les objectifs fixés ont tous été dépassés », souligne le rapport, que ce soit sur la mortalité maternelle, la morbidité maternelle sévère, la mortalité périnatale ou l'accès à l'analgésie obstétricale.

Puis les auteurs décortiquent "la réalité au quotidien", faite de pratiques hétérogènes et de résultats contrastés, sources d'insatisfaction. Que ce soit pour les césariennes, le déclenchement artificiel du travail, l'utilisation de l'oxytocine pendant le travail (hors prévention de l'hémorragie du post-partum), les extractions instrumentales ou l'épisiotomie, une diminution globale de ces pratiques est observée mais, à chaque fois, avec d'importantes disparités entre les maternités.

Mais « la principale doléance exprimée par les femmes concerne l'accompagnement humain de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum ».

Pour les auteurs, « il apparaît souhaitable et nécessaire, sans remettre en question les acquis fondamentaux en matière de sécurité, de faire évoluer nos pratiques afin de mieux répondre

aux attentes des femmes et de restaurer la confiance entre soignants et usagers ».

À ce titre, ils proposent plusieurs mesures :

- Améliorer la formation initiale et continue des soignants à l'information et au respect de l'autonomie des femmes enceintes ;
- Respecter la réalisation de l'entretien prénatal précoce au 4^e mois, promouvoir l'élaboration d'un projet de naissance et proposer des prises en charge adaptées à la situation médicale et aux attentes de chaque couple ;
- Inciter les maternités à mettre leurs pratiques en conformité avec les différentes recommandations pour la pratique clinique (RPC) et en informer les femmes ;
- Optimiser la prise en charge de la douleur en obstétrique par un engagement et un suivi spécifiques figurant dans la charte de l'établissement ;
- Établir et respecter les normes des effectifs des personnels en salle de naissance ;
- Évaluer les résultats des maternités en continu et les rendre accessibles au public.

PLUS DE PERSONNEL POUR UN MEILLEUR ACCOMPAGNEMENT

Au sujet des effectifs de personnels en salle de naissance, le rapport souligne qu'« à ce jour, les normes ne sont précisées que pour les maternités effectuant moins de 3 000 accouchements annuels mais il n'existe pas de norme pour les maternités plus importantes dont le fonctionnement est particulièrement difficile. Ces établissements existent et sont même utiles pour regrouper les moyens, à la condition expresse de ne pas aboutir à la constitution d'usines à bébés ».

L'amélioration des conditions humaines de l'accouchement nécessite une plus grande présence des soignants et, par conséquent, plus de personnel, « surtout si l'on veut s'approcher de la situation idéale, en salle d'accouchement, de la présence d'une sage-femme pour chaque femme en travail ».

« Ce point réglementaire fondamental doit faire l'objet de discussions entre équipes médicales et directions d'établissements. Compte tenu des enjeux financiers, professionnels et usagers devraient faire cause commune avec la participation des sociétés savantes afin d'obtenir gain de cause ».

Quant à la mise en place de prises en charge adaptées aux situations médicales et aux attentes des patientes, cela passe notamment par « l'évolution du fonctionnement des salles de naissance où doivent pouvoir coexister des modalités de prise en charge différentes en favorisant la mise en place de secteurs 'physiologiques', pour les patientes à bas risque, moins médicalisés (déambulation, analgésies alternatives, monitoring discontinu) », tout en garantissant « la possibilité de passer, en cas de nécessité, à une prise en charge classique (analgésie locorégionale, monitoring continu) ».

« Cette évolution suppose une attention toute particulière au respect de la pudeur, de l'intimité des couples, en évitant toute remarque ou posture désobligeante ou infantilisante. Il est également souhaitable de préciser la place du père en salle de naissance, en particulier en cas de césarienne ».

Les auteurs soulignent la nécessité de recommandations précises pour la surveillance pédiatrique et les soins aux nouveau-nés, notamment en cas de sortie précoce de maternité.

« La polémique actuelle a le mérite de susciter une réflexion sur l'amélioration du fonctionnement de nos maternités. Il n'est possible d'obtenir des soins de qualité et satisfaisants pour les usagers qu'en alliant, de façon équilibrée, sécurité et humanité », concluent les auteurs.

©1989-2018 APM International
<https://www.apmnews.com>

APMnews.com
 Réactivité Indépendance Fiabilité

Résumé de l'Avis 129 du 25 septembre 2018

Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique



La révision de la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique intervient en 2018. La loi mentionne que « *tout projet de réforme sur les problèmes éthiques et les questions de société soulevés par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé doit être précédé d'un débat public sous forme d'États généraux, organisés à l'initiative du CCNE* ».

Ces États généraux ont eu lieu au premier semestre de 2018 et l'ensemble des travaux, arguments, opinions, ont été restitués dans un rapport de synthèse ¹ publié en juin 2018. Puis, le CCNE s'est proposé de construire un avis sur tous les thèmes qui ont été débattus, s'appuyant sur l'ensemble des opinions émises lors de la consultation et en conjugaison avec les principales conclusions de ses travaux antérieurs.

Le présent avis – et la réflexion qu'il contient – est avant tout une table d'orientation, sur le contexte, les repères, les principaux sujets, les perspectives d'avenir. Il est conçu à la fois pour la société civile qui s'était fortement mobilisée dans le débat public et aussi pour les acteurs publics qui s'approprient à construire, à proposer puis voter la nouvelle loi de bioéthique 2018-2019.

De tout ce qui a été entendu dans les États généraux de la bioéthique, et qui sera repris dans la réflexion du CCNE, il ressort une question essentielle, celle de la place du citoyen dans le système de soin et de l'accompagnement médical dont il bénéficiera. Comment gérer l'incertitude et le risque en médecine ? Quelles conséquences de la défiance grandissante des patients vis-à-vis des soignants ? Quelles formations et informations en bioéthique délivrer aux citoyens, aux personnels de santé et de quelle manière les délivrer ? Comment penser et permettre l'accès aux soins pour tous dans un contexte d'augmentation du coût du système de santé ?

Si la consultation a mis en évidence un socle commun de grandes valeurs partagées par les participants, des principes parfois antinomiques se sont également fait jour, confrontant ces deux ordres distincts : celui de l'individuel et celui du collectif. Cette dualité entre ce qui relève du

personnel/de l'intime, et ce qui relève du public/du politique, constitue un des axes majeurs de la réflexion bioéthique. Le CCNE, après cette expérience, a conscience que l'incontestable réalité de cette tension implique de poursuivre le débat public et de mettre en place une politique d'information et d'éducation à tous les enjeux soulevés par les évolutions de la science, de la technique et de la façon dont l'humain perçoit l'identité singulière de son espèce.

LE CONTEXTE, CE QUI A CHANGÉ DEPUIS 2011 SCIENCE, MÉDECINE, SOCIÉTÉ, DROIT

Les innovations scientifiques et technologiques dans le domaine du vivant

Sans être exhaustif, on peut sélectionner quelques domaines et orientations dans lesquels des faits scientifiques majeurs sont intervenus, et continuent d'innover, dont l'impact dans le domaine médical est important, et qui justifient l'évolution d'une réflexion bioéthique à la fois apaisée, mais aussi anticipatrice :

- L'innovation a franchi des seuils importants ces dernières années, s'agissant par exemple des techniques d'analyse et de modification ciblée du génome, mais aussi de l'épigénome, de l'imagerie médicale, du développement du numérique dont la diffusion s'accélère dans tous les secteurs de la santé ;
- Notre compréhension de la complexité du vivant ne cesse de s'approfondir, grâce à l'accroissement considérable des capacités d'analyse et au changement de la démarche expérimentale (interdisciplinarité ; biologie des systèmes) ;
- Des nouvelles possibilités thérapeutiques pour certaines maladies (par exemple, en oncologie, avec des thérapies personnalisées, médecine réparatrice, dispositifs artificiels), alors que d'autres restent toujours sans solution (maladies neurodégénératives, maladies chroniques) ;
- Ces avancées surviennent dans un contexte mondialisé et bouleversé par les enjeux environnementaux (concept de la « santé globale ») ;
- Un défaut d'information et une méfiance de la société envers la science et la médecine.

Les évolutions du système de santé

Si les mutations du système de santé représentent un progrès, elles créent parallèlement de nouvelles fragilités :

1. Une mutation plus accentuée vers une démarche de prévention ;
2. L'égal accès pour tous aux outils de diagnostic, ainsi qu'aux molécules et traitements innovants qui représente un enjeu éthique majeur.

Les maladies dites « chroniques », sont fréquentes – elles affectent en France 20 % de la population : elles constituent un nouveau paradigme pour notre système de santé.

L'avènement, aux côtés de la médecine « curative » d'une médecine de prévention dont on ne connaît pas encore le réel impact, fait évoluer la médecine vers une démarche d'anticipation.

Par ailleurs, le domaine médical (organisation des soins, médicaments, dispositifs médicaux...) devient de plus en plus un enjeu majeur au plan économique. Ces évolutions déstabilisent le système de soins et aggravent les inégalités.

L'émergence de nouvelles vulnérabilités soulève des questionnements éthiques

Si, collectivement, les avancées des connaissances et leur application dans le soin représentent un progrès vers une santé meilleure, elles engendrent aussi de nouveaux risques et des situations individuelles de grande vulnérabilité. Une de leurs caractéristiques est la situation de tension qu'elles engendrent entre l'intérêt collectif (santé publique, économie) et celui de l'individu (autonomie et bien-être individuel).

Il n'est pas étonnant, compte tenu de toutes ces transformations, que l'une des nouveautés apparues depuis 2011 soit l'intensification du débat sociétal, précisément autour des enjeux de bioéthique. Il s'agit en effet de changement dans les représentations de l'humain, qui donnent aussitôt lieu à un vif débat, de sorte que l'organisation d'États généraux pour en débattre, et l'évolution maîtrisée de la loi pour y répondre, sur la base de principes bioéthiques clairs et réaffirmés, semblent utiles, voire nécessaires.

Des évolutions juridiques depuis 2011

Elles relèvent directement du périmètre de la loi du 7 juillet 2011 ou concernent ces thèmes plus ou moins directement comme l'embryon et la fin de vie.

1 <https://etatsgenerauxdelabioethique.fr/blog/le-rapport-des-etats-generaux-de-la-bioethique-2018-est-en-ligne>

LA RÉFLEXION ÉTHIQUE REPÈRES, ÉQUILIBRES, APPLICATIONS

Ce chapitre a pour objectif de rassembler des repères, ainsi qu'un certain nombre de problématiques transversales qui éclairent les enjeux fondamentaux qui s'expriment au cœur de questions souvent très techniques, toujours plus complexes, toujours génératrices de nouvelles incertitudes, renforçant la nécessité de partager des repères éthiques.

Il existe un écart entre ce qui est techniquement possible et ce qui est éthiquement souhaitable, un écart qui légitime la réflexion éthique, en prenant notamment en compte ce que l'on peut anticiper de l'impact des applications d'aujourd'hui sur le futur de l'humanité. Les découvertes scientifiques et médicales ont eu un impact majeur sur la santé, en particulier au cours des cinquante dernières années. Mais on ne peut pas considérer toute avancée technique comme un progrès : certaines avancées techniques peuvent contribuer à dégrader la qualité de la vie et de la santé d'une partie de l'humanité et à avoir des conséquences regrettables pour l'humanité. Le possible n'est pas toujours souhaitable.

Interroger la science et les progrès scientifiques et technologiques devient d'autant plus nécessaire que la science n'est pas neutre. Certes, des connaissances fondamentales nouvelles sont indispensables, mais leur utilisation ne représente-t-elle pas aussi un nouveau pouvoir et de nouveaux marchés potentiels ? Éclairer le sens des questions de recherche et des innovations biomédicales est donc au cœur de la réflexion bioéthique et de la mission du CCNE.

Pour cela, nous disposons de repères qui doivent nous servir de principes invariants. Ils peuvent être en tension entre eux et exigent que soient trouvés des équilibres : alors pourront-ils nous aider pour les différents sujets où il convient de les appliquer. Par exemple, le principe du respect de la dignité de la personne humaine, qui peut donner lieu à des définitions générales différenciées, n'en constitue pas moins une exigence éthique et juridique se mesurant à la manière concrète dont la vie matérielle de chacun est conforme à sa qualité d'être humain. Il impose que la personne ne soit jamais considérée seulement comme un moyen, mais aussi comme une fin, qu'elle ne soit pas instrumentalisée.

La bioéthique, du fait qu'elle porte sur les sciences de la vie et de la santé, vient nous rappeler que l'éthique s'enracine dans des activités très concrètes qui sont au fondement de la vie humaine, de la médecine et du soin : sauver des vies humaines menacées et fragiles,

lutter contre la maladie et contre la mort. La bioéthique constitue une éthique appliquée aux conséquences soulevées par les progrès des sciences et techniques de la vie et de la santé. La bioéthique est le domaine privilégié pour penser la relation humaine, dans le soin, l'expérimentation, la recherche clinique, la prévention.

La démarche éthique ne conduit-elle pas par ailleurs à consolider la notion de choix et de consentement libre et éclairé et à faire en sorte que la personne soit en capacité d'élaborer elle-même les décisions qui concernent sa santé, avec l'appui du médecin, renforçant ainsi son autonomie ? Qu'advient-il de l'affirmation des droits de la personne et de ses proches, de son autonomie, de sa liberté, du droit de savoir ou de ne pas savoir, de l'acceptation et du respect de la différence ou encore de l'affirmation de son identité quand la notion même de « personne » ne se limite plus à son corps, mais se multiplie dans les données numériques de santé la concernant, qui sont échangées, stockées, marchandisées et échappent largement à son contrôle ?

Remarquons aussi que l'un des repères éthiques, celui de la liberté individuelle est souvent positionné dans une tension permanente exercée par le prisme collectif. La tension entre l'intime et le collectif, entre le plus subjectif et le plus général, est centrale et rend complexe le fait de passer à l'échelle des principes.

Ainsi, l'enjeu de l'autonomie de la personne ne constitue pas une fin en soi. Il nécessite d'être complété par les principes de solidarité et de responsabilité, au risque de faire émerger des besoins d'autonomie contradictoires, voire une conception dévoyée de l'autonomie, en conflit avec le respect de l'intérêt général.

Les avancées scientifiques et techniques conduisent à réinterroger la définition et la finalité de la médecine, introduisant notamment les notions de médecine prédictive et de médecine personnalisée. Dans le même temps, la médecine française et le système de santé sont confrontés à des défis qu'il s'agit de relever : améliorer la prévention, préserver le financement de la santé par la sécurité sociale, réduire les inégalités territoriales. Par ailleurs, le risque d'une perte d'expertise du médecin, l'évolution d'une médecine centrée sur la technique et occultant parfois l'aspect relationnel, la définition même du soin, bousculent les pratiques et les missions traditionnelles de la médecine, également sollicitée pour répondre à toute forme de souffrance.

En effet, peut-on affirmer que les découvertes scientifiques et techniques se traduisent toujours par un progrès médical ? Comment peut-on définir aujourd'hui la notion même de progrès, de bénéfice pour le patient ? Comment le patient

lui-même peut-il participer et être réellement acteur de cette réflexion au regard des enjeux majeurs de la démocratie en santé ? Faut-il faire tout ce qu'il est possible de faire parce que c'est possible ? Jusqu'où la médecine doit-elle aller pour un individu particulier et pour la collectivité ? Quels sont les critères qui doivent guider l'action médicale dans des situations de plus en plus complexes et « extrêmes » ? Une avancée pour un petit nombre d'individus peut-elle fragiliser ce qui est acquis pour le plus grand nombre et les grands principes éthiques qui guident la pratique médicale ? Le bénéfice individuel pour le patient est-il toujours compatible avec l'intérêt collectif, c'est-à-dire du plus grand nombre ? Comment penser l'accès à des soins et techniques coûteux dans un contexte de contrainte économique croissant ? Quels critères pour guider l'allocation de ressources rares ?

Toutes ces questions interrogent au-delà de la notion même de finalité médicale, celle de la définition du « bien ». Or, définir ce que pourrait être le « bien » du patient peut s'avérer particulièrement complexe, dans la mesure où cette évaluation revêt de multiples dimensions : celle de la définition par le patient lui-même de ce qu'il considère comme son « bien-être », mais aussi celle de la conception médicale de la bienfaisance, ou encore celle d'une idée plus collective de ce que pourrait être le bénéfice d'un acte médical et qui peut être très variable : la guérison de la maladie, le soulagement d'un symptôme, l'efficacité de la technique médicale par exemple.

Les États généraux de la bioéthique ont été un moment extrêmement privilégié d'une délibération collective, c'est-à-dire le temps d'un questionnement large et ouvert, d'une réflexion et d'échanges apaisés sur les finalités de la recherche et les conséquences humaines des pratiques biomédicales. N'est-ce pas cette délibération collective la plus ouverte possible qui témoignera de notre responsabilité et de notre capacité à faire vivre la démocratie ? S'ouvre maintenant le temps des décisions politiques que le présent avis du CCNE va éclairer.

AVIS DU CCNE SUR LES THÉMATIQUES ABORDÉES LORS DES ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA BIOÉTHIQUE

Les États généraux de la bioéthique avaient ouvert largement le périmètre des thématiques en débat, non seulement sur celles qui étaient traditionnellement inscrites dans le cadre de la loi relative à la bioéthique (examens génétiques, dons d'organes et transplantation, diagnostic prénatal et pré-implantatoire, assistance médi-

2. L'avis du CCNE a été construit lors de onze réunions du Comité plénier entre début juin et mi-septembre 2018, en s'appuyant sur les propositions de groupes de travail dits « éphémères », constitués, durant cette courte période, autour des différentes thématiques discutées lors des États généraux de la bioéthique.

cale à la procréation, recherche sur l'embryon et les cellules-souches embryonnaires, neurosciences et imagerie médicale) mais également sur d'autres thèmes pouvant créer de nouveaux espaces de réflexion en matière de santé et de politique de soins (intelligence artificielle et données massives, environnement). Enfin, la question de la fin de la vie fut également abordée dans le cadre des États généraux.

La réalisation de cet avis présente, à maints égards, un caractère exceptionnel de par la grande diversité de ses contenus et de leur complexité, de par sa méthode d'élaboration, par la méthodologie mise en œuvre, par les délais de sa réalisation, certes relativement courts, mais ayant mobilisé activement les membres du CCNE².

La réflexion conduite s'appuie sur les résultats de la consultation des États Généraux et sur l'histoire du CCNE, à travers les avis et rapports publiés ainsi que sur les conclusions de quatre groupes de travail (génomique, embryon, neurosciences et intelligence artificielle) menés par le CCNE. Cette conjonction est prise en compte dans toutes ses dimensions, y compris lorsque certaines questions font débat, au sein du comité et souvent au sein de la société. Le CCNE s'est efforcé de respecter ces tensions en exposant les arguments conduisant à des positions divergentes qui, toutes, contribuent à la démarche éthique. Cet avis reflète donc non pas un consensus général des membres du CCNE sur toutes les questions abordées, mais un assentiment majoritaire.

Des propositions sont formulées, en matière d'extension de droits, de recours possible à un nouveau droit ou à un nouveau soin. Ces propositions posent la question des ressources et du choix des priorités entre les différents usages.

Enfin, il est essentiel de redire l'un des principaux enseignements des États généraux de la bioéthique : le besoin d'information du patient en vue de recueillir un consentement libre et éclairé, d'accompagnement médical et de formation des professionnels de santé, exprimé de façon transversale dans toutes les thématiques.

■ RECHERCHE SUR L'EMBRYON ET LES CELLULES-SOUCHE EMBRYONNAIRES

Embryons, cellules-souches embryonnaires, cellules-souches pluripotentes adultes reprogrammées : de quelles entités parle-t-on ?

Les *embryons* « surnuméraires » sont des embryons pré-implantatoires³ issus d'une

procédure de FIV⁴ réalisée en France pour un projet parental, qui n'ont pas été transférés et ont été congelés ; s'ils ne sont plus inscrits dans un projet parental et ne font pas l'objet d'une procédure d'accueil d'embryon, ils sont donc destinés, à moyen terme, à être détruits. Ils peuvent dans ce cadre être donnés à la recherche par le couple⁵.

On désigne par *cellules-souches embryonnaires* (CSEh) des cellules-souches issues de la culture de cellules de la masse cellulaire interne d'un embryon pré-implantatoire de 5 à 6 jours après la fécondation. Après leur mise en culture, certaines de ces cellules proliféreront de façon illimitée en gardant leur potentiel pluripotent : elles constituent alors des lignées de cellules-souches embryonnaires. Ces cellules sont pluripotentes, c'est-à-dire capables de se différencier dans tous les tissus de l'organisme. Les premières lignées ont été dérivées il y a vingt ans. Depuis 2007, une nouvelle classe de cellules-souches pluripotentes a été décrite : il s'agit de *cellules-souches adultes* (et *non embryonnaires*) qui peuvent être obtenues par la reprogrammation artificielle de cellules adultes différenciées en cellules *pluripotentes*, d'où le nom de iPS : *induced pluripotent stem cells*.

Chez l'homme, c'est l'émergence des procédures d'AMP qui, en créant des embryons *in vitro*, a rendu possible l'accès à l'analyse du développement embryonnaire précoce.

Les lignées de cellules-souches embryonnaires humaines ont un intérêt majeur en recherche : elles proviennent des seules cellules-souches pluripotentes présentes à l'état physiologique. Ce sont des lignées parce qu'elles se propagent de façon indéfinie, permettant une production illimitée de cellules. Beaucoup sont des lignées de référence utilisées pour la standardisation de procédures et le contrôle qualité dans de multiples laboratoires dans le monde ; depuis 2010, les cellules spécialisées issues de la différenciation de ces lignées de CSEh sont testées dans des essais cliniques de thérapie cellulaire.

Les iPS – propagées aussi sous forme de lignées immortelles – ont des capacités très proches de celles des CSEh, sans pouvoir toutefois s'y substituer, en raison de caractéristiques encore incomplètement comprises, d'une efficacité moindre en termes de différenciation et d'une incertitude sur leur innocuité.

La propriété essentielle des CSEh et des iPS, outre leur immortalité, est leur pluripotence.

Il y a eu un double mouvement dans l'évolution des recherches depuis 2011 :

1. L'individualisation d'une recherche spéci-

fique à l'embryon pré-implantatoire visant à comprendre les premières étapes du développement embryonnaire ;

2. Un changement dans la façon de considérer l'utilisation des CSEh : si leur origine embryonnaire fait encore débat dans leur encadrement législatif, il n'est plus l'élément déterminant ; c'est le caractère pluripotent et les potentialités que cet état confère, qui soulèvent aujourd'hui les questions éthiques les plus délicates quant aux applications possibles de ce potentiel.

Le texte de loi actuel définit les modalités précises de la recherche en fixant des prérequis et des interdits⁶.

Préserver les principes éthiques de la recherche sans bloquer des avancées potentiellement bénéfiques pour tous

Décider de mener des recherches sur l'embryon, c'est aussi, d'une certaine façon, avoir une influence sur le futur de l'humanité, de l'espèce humaine et toucher à des questions aussi essentielles que celle de savoir qui nous sommes et dans quel monde nous souhaitons vivre demain. Dans ces conditions, aucune décision importante ne devrait être prise avant d'arriver à des consensus assez larges sur la pertinence de mener de telles recherches.

Par ailleurs, on pourrait envisager que la loi – au lieu de définir avec précision ce qui est autorisé ou interdit – institue le cadre et définisse des garde-fous, des limites à ne pas franchir et délègue à une instance ad hoc la responsabilité d'évaluer de façon rigoureuse, mais avec une marge d'interprétation importante, les modalités de réalisation et ses éventuelles applications d'un projet de recherche. Cette instance pourrait ainsi faire coïncider garantie des principes éthiques et temporalité des avancées scientifiques.

PROPOSITIONS

- Le CCNE considère justifiée l'autorisation de la recherche sur les embryons surnuméraires (embryons pré-implantatoires issus des procédures de FIV et dont les projets parentaux ont été abandonnés), y compris avec des modifications génétiques, à condition de non-transfert de l'embryon.
- Le CCNE rappelle la pertinence éthique de l'interdiction de la création d'embryons à des fins de recherche.
- Le CCNE propose de ne plus soumettre la recherche sur l'embryon et celle sur les lignées de cellules-souches embryonnaires au même régime juridique ; les enjeux

3. Le stade pré-implantatoire, c'est-à-dire jusqu'au moment où l'embryon acquiert la capacité à s'implanter dans l'utérus.

4. FIV : fécondation in vitro.

5. Il peut aussi s'agir d'embryons chez qui est détectée, lors d'un diagnostic pré-implantatoire (DPI), l'anomalie génétique qui a motivé la réalisation de la FIV et du DPI.

6. Trois prérequis sont nécessaires pour « autoriser » les recherches : outre la pertinence scientifique et la qualité de l'équipe, la nécessité d'une finalité médicale au projet et l'absence d'alternative à l'utilisation de cellules issues d'un embryon. Il est aussi requis que les conditions éthiques d'obtention des embryons ou des CSEh soient remplies (consentement notamment).

éthiques associés à ces deux types de recherche s'avérant différents.

Le CCNE considère qu'il apparaît légitime de ne pas soumettre les cellules-souches embryonnaires humaines (CSEh) au régime juridique de l'embryon, mais à une simple déclaration. Il est toutefois nécessaire d'envisager un nouveau corpus juridique pour encadrer les recherches que la disponibilité de cellules-souches pluripotentes (CSEh et iPS – cellules-souches pluripotentes induites) rend possibles.

- Le CCNE souhaite que le nouvel encadrement législatif afférent à la recherche sur l'embryon soit précisé, clarifié sur les points suivants : la création d'embryons transgéniques, la création d'embryons chimériques, la limite temporelle au temps de culture de l'embryon.
- Le CCNE s'interroge par ailleurs sur la nécessaire inscription dans la loi des deux prérequis à la recherche sur l'embryon que sont la finalité médicale et l'absence d'alternative. Un cadre plus général pourrait garantir le principe du respect de l'embryon, sans brider la recherche, tout en s'assurant de la qualité scientifique de l'équipe de recherche, la solidité du protocole, et l'argumentation scientifique.
- Le CCNE souhaite que compte tenu de la diversité des protocoles développant une recherche sur l'embryon ou les CSEh, et des questions éthiques nouvelles liées à l'émergence des applications sensibles issues des iPS, une réflexion approfondie soit conduite sur les procédures d'information et de consentement dans ces nouvelles situations.

■ EXAMENS GÉNÉTIQUES ET MÉDECINE GÉNOMIQUE

Le développement de nouvelles techniques d'analyse et d'ingénierie génomique renvoie, non à de nouveaux concepts, mais à des faits scientifiques concernant la connaissance du génome, mais aussi de l'épigénome, avec les nouvelles techniques de séquençage à haut débit et surtout leur généralisation et la compréhension des variations génétiques identifiées. Plus récemment, ce sont les possibilités d'interventions ciblées à l'échelle du gène, voire à l'échelle d'une seule lettre (nucléotide) du génome, qui constituent un progrès technique majeur dans la compréhension et la prise en charge des maladies d'origine génétique.

La réalisation de tests génétiques élargit les questions éthiques dans les domaines de

l'information objective et détaillée des personnes, ainsi que de leur consentement libre et éclairé dans la continuité. À quoi consent-on aujourd'hui lorsque l'on propose à la personne un diagnostic génétique ou d'entrer dans un protocole de recherche comprenant un examen des caractéristiques génétiques ? Dans ce domaine, information et consentement confrontent chacun à la compréhension, ou non, de l'analyse réalisée et des résultats dont l'interprétation inclut une part de probabilité et d'incertitude. La liberté d'avoir accès à cette information ou de choisir de demeurer dans l'ignorance de certains résultats, en particulier en l'absence de toute possibilité thérapeutique, ainsi que l'obligation d'avertir sa parentèle en cas de détection d'une altération génétique grave, qu'elle soit curable ou incurable, à développement rapide ou tardif, mettent en tension des principes éthiques de respect du malade et de solidarité collective.

Il est important de rappeler que la transformation des données de séquences en informations médicales constitue un véritable défi qui nécessite une recherche multidisciplinaire incluant de nombreux domaines de la science et de la médecine.

La médecine génomique et les examens génétiques permettent de réduire l'incidence de certaines maladies génétiques graves et ouvrent de nouvelles pistes pour des prises en charge adaptées pour les patients. Cependant, ce progrès ne doit pas s'accompagner d'une stigmatisation des porteurs de ces mutations génétiques (parents et patients) et d'une diminution de la solidarité de notre société pour prendre en charge ces maladies. Enfin, il faut rappeler fortement que le sort de chaque personne est loin d'être scellé dans ses gènes.

PROPOSITIONS

- Le CCNE souhaite que le diagnostic génétique préconceptionnel puisse être proposé à toutes les personnes en âge de procréer qui le souhaitent après une consultation de génétique. Ce diagnostic préconceptionnel reposerait sur le dépistage des porteurs sains de mutations responsables de maladies héréditaires monogéniques graves, et non polygéniques, quelle que ce soit la technique utilisée : panel de gènes, séquençage de l'exome ou du génome entier. Acte médical de prévention, il serait pris en charge par l'Assurance Maladie.
- Le CCNE se propose d'examiner de façon plus approfondie les possibilités de l'extension du dépistage génétique à la population générale.

Il souhaite que soit très rapidement mise en place une étude pilote portant sur plusieurs régions et sur des tranches d'âge différentes afin d'évaluer les conséquences en termes de santé publique, de retentissement psychologique et de coût.

- Le CCNE est favorable à l'autorisation de la recherche d'aneuploïdies, au cours des fécondations in vitro, pour les couples ayant recours au diagnostic pré-implantatoire (DPI), et certains couples infertiles.
- Le CCNE souhaite qu'une nouvelle définition du diagnostic prénatal⁷ soit établie, pour être en accord avec les pratiques et possibilités thérapeutiques récemment développées in utero ou à la naissance.
- Le CCNE considère qu'il serait souhaitable d'élargir le dépistage néonatal aux déficits immunitaires héréditaires.
- Le CCNE est favorable à l'autorisation des examens génétiques sur un prélèvement de patient décédé, sauf si un refus a été exprimé de son vivant.
- Le CCNE souhaite la création d'un statut des conseillers génétiques, du fait du développement exponentiel des tests génétiques, incluant des non-médecins.
- Le CCNE propose la rédaction de consentements éclairés élargis pour les analyses génétiques, mentionnant explicitement les modalités et les conditions d'utilisation de la collecte des données, dans le cadre de la recherche, mais aussi du soin courant.

■ DONS ET TRANSPLANTATIONS D'ORGANES

Le cadre légal relatif aux dons et transplantations d'organes, de tissus et de cellules a été établi en France par la loi du 22 décembre 1976 relative aux prélèvements d'organes, dite loi Caillavet. Les grands principes sur la base desquels s'est développée cette activité thérapeutique font consensus : respect du corps de la personne vivante comme de la personne décédée, non patrimonialité du corps humain, consentement et anonymat du donneur et gratuité du don.

Cependant, malgré les efforts des professionnels de santé et des pouvoirs publics, de trop nombreuses personnes décèdent encore chaque année faute d'avoir pu bénéficier à temps d'une greffe d'organes. Plus de 6 000 greffes d'organe ont été réalisées en 2017, mais le nombre de malades en attente d'un organe est près de

7. Le diagnostic prénatal n'induit pas nécessairement une interruption de grossesse, mais peut conduire aussi à une prise en charge de l'enfant, soit dans le cours même de la grossesse, soit après la naissance.

8. Concernant les personnes décédées par arrêt cardiaque prolongé irréversible, une publication des chirurgiens et réanimateurs de l'hôpital de Maastricht à la fin des années 1990 a défini quatre situations posant des problèmes éthiques de natures différentes. La situation I : survenue de l'arrêt cardiaque à domicile irréversible malgré toutes les tentatives de réanimation et décision de transfert à l'hôpital post mortem en vue de prélèvement

d'organes ; la situation II : survenue de l'arrêt cardiaque irréversible en milieu hospitalier avec échec de toutes les tentatives de réanimation ; la situation IV : arrêt cardiaque se produisant en milieu hospitalier de réanimation chez une personne en état de mort encéphalique. La situation III prévoit le prélèvement d'organes après l'arrêt cardiaque secondaire à l'arrêt volontaire des soins d'une personne en coma profond jugé irréversible, jusque-là maintenue en vie par alimentation et ventilation totalement artificielles. Dans cette dernière situation, il faut avoir la certitude que la décision de l'arrêt des soins est totalement indépendante de la prévision de prélèvement d'organes.

quatre fois supérieur aux greffes réalisées et, dans le même temps, en moyenne 550 d'entre eux décèdent chaque année.

Les modalités d'exercice de cette activité peuvent être interrogées. Si le décès de trop nombreux patients en attente de greffe reste en soi une préoccupation médicale et éthique majeure, la question de l'allocation de cette « ressource rare » et l'égalité d'accès à la greffe sur le territoire constituent un point d'attention important. Une des causes majeures des inégalités régionales actuelles résulte, en réalité, des inégalités des pratiques des équipes médicales en matière d'inscription, précoce ou au contraire trop tardive, de leurs patients en liste d'attente de greffe.

PROPOSITIONS

En ce qui concerne le prélèvement d'organes chez les patients décédés :

- Le CCNE souhaite que les inégalités régionales actuelles au niveau de l'offre de greffons soient résorbées, notamment par la réduction des écarts en matière d'inscription par les équipes soignantes – parfois précoces, parfois tardives – de leurs patients en liste d'attente de greffe.
- Le CCNE propose l'intensification de l'information eu égard à l'existence d'un protocole national concernant les techniques de prélèvements dites « Maastricht 3 », à destination la fois des équipes soignantes en réanimation et de la population générale. Il est essentiel d'apporter de la clarté aux familles à propos des décisions d'arrêts des soins, afin de leur garantir qu'elles ne sont pas motivées par l'opportunité d'un prélèvement d'organes.
- Le CCNE juge souhaitable le développement de la formation des professionnels de santé pour l'accompagnement psychologique des familles de donneurs décédés.
- Le CCNE souhaite la poursuite des campagnes d'information sur le don d'organes, et particulièrement sur le cadre actuel du consentement au don et la possibilité de s'inscrire à tout moment sur le Registre national des refus.

En ce qui concerne les greffes d'organes à partir de donneurs vivants :

- Le CCNE insiste sur l'importance d'une grande vigilance de la part des professionnels encadrant la procédure de recueil du consentement du donneur, à l'égard des pressions intrafamiliales en faveur du don.
- Le CCNE juge souhaitable une évolution de la législation concernant les dons de reins croisés entre deux paires de donneurs pour autoriser la mise en place d'une chaîne de donneurs successifs, éventuellement initiée avec un rein d'un donneur décédé, tout en s'assurant du respect du consentement éclairé des donneurs comme des patients à greffer.

- Le CCNE propose la création d'un « statut » du donneur, dans le respect du principe d'équité entre tous les patients inscrits en liste d'attente et il insiste pour que soient raccourcis les délais de remboursement des frais avancés par le donneur vivant, afin qu'il ne soit pas amené à supporter les conséquences financières de ce geste généreux.

■ NEUROSCIENCES

Les neurosciences ont pour objet l'étude du fonctionnement du système nerveux depuis ses aspects les plus fondamentaux (moléculaires, cellulaires, synaptiques) jusqu'à ceux, plus fonctionnels, qui concernent les comportements ou les processus mentaux. Elles constituent ainsi une vaste famille de disciplines de recherche, regroupant à la fois des spécialités cliniques (neurologie, psychiatrie, psychologie, neurochirurgie etc.) et des spécialités fondamentales. Elles touchent à l'identité même de la personne humaine et entretiennent de ce fait des relations avec l'anthropologie et la sociologie. Elles soulèvent des questions philosophiques fondamentales.

Les progrès des neurosciences ont été en grande partie tributaires de l'évolution des techniques d'exploration du cerveau.

Par ailleurs, d'autres techniques visent, non pas l'exploration du cerveau, mais la modification de son fonctionnement. Certaines d'entre elles sont anciennes comme l'usage de médicaments (psychostimulants, anxiolytiques etc.), d'autres sont plus récentes comme les stimulations électriques et magnétiques transcrâniennes ou la stimulation cérébrale profonde.

Le texte de la loi de bioéthique est ambigu, car il autorise l'utilisation de l'imagerie cérébrale dans le cadre de l'expertise judiciaire, sans préciser le type d'imagerie utilisable. Or les deux potentialités de l'IRM⁹, à la fois anatomique et fonctionnelle, ne correspondent pas aux mêmes finalités : si l'imagerie anatomique peut permettre de détecter des anomalies éventuellement susceptibles de contribuer à expliquer un comportement particulier, il n'en va pas de même pour l'imagerie fonctionnelle, qui vise à observer l'activité cérébrale afin d'en déduire des conséquences sur le psychisme.

Dans le cadre de cet avis, le CCNE a tenté d'examiner, à travers quelques exemples, en quoi les neurosciences, renforcent ou altèrent le concept de dignité humaine, ainsi que les principes d'autonomie, de non-malfaisance et d'équité, en examinant l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle, la neuro-amélioration, c'est-à-dire les techniques de modification du fonctionnement cérébral chez le sujet non malade et les interfaces cerveau-machine, dispositif permettant d'établir une communication directe entre le cerveau d'un individu et un dispositif électronique. Par ailleurs, les changements induits par l'intelligence artificielle

et les « Big data » entraînent de profondes mutations dans le domaine de la psychiatrie.

Évaluation éthique des projets de recherche

L'un des points que le CCNE souhaite mettre en avant concerne l'encadrement de la recherche en neurosciences et tout particulièrement en neurosciences de la cognition et du comportement.

Le CCNE considère également nécessaire d'aborder la question de l'évaluation éthique des projets de recherche en neurosciences : s'agissant de la recherche clinique, devrait être portée une attention particulière à l'encadrement des techniques de stimulation cérébrale profonde dont l'extension des indications paraît soulever des enjeux éthiques importants, notamment ceux du consentement libre et éclairé et de la modification éventuelle du « soi ».

PROPOSITIONS

- Le CCNE demeure très défavorable, en l'état actuel des connaissances, quant à l'utilisation de l'IRM fonctionnelle dans le domaine judiciaire.
- Le CCNE déconseille l'emploi de l'IRM.
- Le CCNE s'oppose à l'emploi de l'IRM fonctionnelle dans le cadre de la sélection à l'embauche ou des pratiques assurantielles.
- Le CCNE souhaite qu'une plus grande information autour des techniques de neuro-amélioration concernant des dispositifs non médicaux, soit délivrée à la population.

■ NUMÉRIQUE ET SANTÉ

Les sciences, technologies, usages et innovation du numérique en santé sont souvent vues, vécues ou subies comme des apports technologiques, parfois inutilement contraignants, mais désormais incontournables et accompagnant la numérisation globale de notre société.

Si ceci est avéré, le rôle fondamental du numérique en tant que science et technologie du traitement de l'information en fait un élément primordial du traitement de l'information dans le cadre de la santé et la biologie.

Le rythme rapide de diffusion du numérique au sein de notre système de santé est un fait majeur, irréversible. Les éléments disponibles nationalement et internationalement montrent à quel point le numérique est une source d'avancées majeures pour le renforcement de la qualité et de l'efficacité de l'ensemble du système de santé. Les bénéfices susceptibles d'être obtenus dans le domaine de l'enseignement et de la recherche sont également considérables. La mobilisation de ce potentiel n'en est qu'à son commencement.

Une voie de passage éthique doit donc être trouvée entre l'impératif du respect des droits et libertés des personnes, la protection des données de santé et l'importance de leur partage pour renforcer la qualité clinique et l'efficacité de notre système de santé.

9. IRM : imagerie par résonance magnétique.

Deux enjeux éthiques majeurs associés à la diffusion de la médecine algorithmique ont été identifiés et doivent faire l'objet de dispositifs de régulation :

1. Le risque de priver le patient, face aux propositions de décisions fournies par des algorithmes, d'une large partie de sa capacité de participation à la construction de son processus de prise en charge ;
2. Le danger d'une minoration de la prise en compte des situations individuelles dans le cadre d'une systématisation de raisonnements fondés sur des modèles qui peuvent être calibrés de façon à limiter la prise en compte de l'ensemble des caractéristiques spécifiques de chaque patient.

PROPOSITIONS

- Le CCNE considère comme prioritaire la diffusion du numérique en santé, et souhaite qu'en l'état des recherches et du développement de ces technologies, le recours au droit opposable soit circonscrit au maximum. Compte tenu des marges de gains de qualité et d'efficience permises par un recours élargi au numérique dans notre système de santé, mettre en œuvre une logique bloquante de réglementation ne serait pas éthique. Il propose par ailleurs que soit engagée au cours des prochains mois une réflexion sur la création d'instruments de régulation de type « droit souple », applicables à la diffusion du numérique au sein de notre système de santé, avec un rôle de supervision générale qui pourrait être dévolu à la Haute Autorité de Santé. Un tel cadre permettrait de renforcer l'efficacité et l'efficience de notre système de santé, tout en conservant la souplesse opérationnelle nécessaire à l'accompagnement de l'innovation.
- Le CCNE propose que soit inscrit au niveau législatif le principe fondamental d'une garantie humaine du numérique en santé, c'est-à-dire la garantie d'une supervision humaine de toute utilisation du numérique en santé, et l'obligation d'instaurer pour toute personne le souhaitant et à tout moment, la possibilité d'un contact humain en mesure de lui transmettre l'ensemble des informations concernant les modalités d'utilisation du numérique dans le cadre de son parcours de soins.
- Le CCNE juge nécessaire que toute personne ayant recours à l'intelligence artificielle dans le cadre de son parcours de soins, en soit préalablement informée afin qu'elle puisse donner son consentement libre et éclairé.
- Le CCNE souhaite que cette révolution numérique ne pénalise pas les citoyens du non-numérique qui sont souvent en situation de grande fragilité, particulièrement dans le domaine de la santé.

- Le CCNE propose que soit créée une plateforme nationale sécurisée de collecte et de traitement des données de santé pour articuler, entre eux, les différents enjeux éthiques afférents aux données de santé.
- Le CCNE va d'une part s'engager pleinement dans les réflexions éthiques relatives au domaine du numérique et de la santé et, d'autre part, aider à la pré-configuration d'un comité d'éthique spécialisé dans les enjeux du numérique.

■ SANTÉ ET ENVIRONNEMENT

Le CCNE insiste sur la nécessité d'interroger la santé humaine par le prisme de l'environnement car les perturbations écologiques d'origine anthropique sont désormais à l'origine d'un grand nombre de crises sanitaires, allant du manque de ressources vitales pour certaines populations au développement global des maladies chroniques et à l'émergence de nouvelles maladies infectieuses, et exigent une prise de conscience collective.

Parallèlement, les conséquences de la « crise écologique » sur la santé humaine sont souvent à mettre en corrélation avec la situation de fragilité des populations et il faut donc mobiliser approche éthique et solidarité pour intégrer les perspectives de lutte contre la pauvreté et de prévention sanitaire dans le cadre d'une gestion à long terme des ressources naturelles et de la santé. Ce sont souvent, en effet, les populations les plus pauvres qui subissent en premier lieu les conséquences des crises environnementales et de l'appauvrissement des ressources qui en résultent et ce sont elles qui subissent aussi l'impact négatif des mesures mises en place pour lutter contre le réchauffement climatique quand elles sont prises sans les consulter.

Cette prise de conscience doit devenir une question majeure susceptible d'inspirer des lois, de guider des décisions exécutives et managériales. Ainsi, il convient d'amener les collectivités et les entreprises à davantage intégrer ces préoccupations en matière d'environnement et de santé.

Un tel objectif consacrerait l'importance de modifier l'objet social des entreprises, à l'instar de la réécriture de l'article 1833 du Code civil proposée par le gouvernement dans le projet de loi Pacte, actuellement examiné par une commission spéciale de l'Assemblée nationale.

En inscrivant dans la loi que « *la société est gérée dans son intérêt social et en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité* », le Gouvernement invite le législateur à mettre les questions sociales et environnementales au cœur des décisions de gestion des dirigeants, sans pour autant oublier l'objet social de la société ¹⁰.

PROPOSITIONS

- Le CCNE souhaite que le champ thématique « santé et environnement » fasse l'objet de réflexions interdisciplinaires dont les résultats permettraient de soutenir des démarches interministérielles.
- Le CCNE propose l'inscription de cette ambition dans le préambule de la loi relative à la bioéthique et est favorable à la modification de l'objet social des entreprises prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de leurs activités.
- Le CCNE souhaite que les entreprises présentent chaque année devant leurs actionnaires et leur comité social et économique (CSE), un document éthique, également mis à la disposition de leurs clients, faisant état de leur politique d'intégration des préoccupations environnementales dans leur fonctionnement et leurs stratégies de développement.

■ PROCRÉATION

En libérant la sexualité d'une finalité procréatrice, le souhait pour un couple de « faire un enfant » quand il l'estimait optimal est devenu une revendication partagée. Il implique, lorsque la procréation spontanée se heurte à une difficulté, d'utiliser une technique d'assistance médicale à la procréation (AMP), en apportant une réponse médicale à un problème d'infertilité. L'AMP recouvre un ensemble de techniques, conçues par le corps médical, puis organisées par le législateur, pour répondre à des infertilités qui révèlent des dysfonctionnements de l'organisme. Elle soulève des problèmes éthiques d'ordre général qui sont depuis le début au centre des travaux du CCNE (et même à l'origine de sa création).

Les demandes sociétales d'accès à l'AMP se définissent de leur côté par la possibilité d'utilisation de ces techniques à d'autres fins que celle de pallier l'infertilité pathologique chez les couples hétérosexuels.

Réflexions sur l'autoconservation ovocytaire en contrepartie d'un don

Le CCNE exprime une position critique sur la modification de la disposition introduite par le décret de 2015 autorisant les femmes majeures n'ayant pas procréé, à faire un don d'ovocytes et, dans l'hypothèse où elles deviendraient infertiles avant d'avoir elles-mêmes procréé, à conserver des ovocytes à leur bénéfice (article L.1244-2 du Code de la santé publique).

Réflexions sur la possibilité de proposer, sans encourager, une autoconservation ovocytaire indépendamment du don

Le caractère tardif de la première maternité a pour conséquence de majorer la fréquence des

10. Une même prise en compte de ces deux enjeux serait introduite dans les articles 225-35 et 225-64 du Code de commerce pour les plus grandes entreprises, ainsi que le directoire, les conseils d'administration des sociétés anonymes et les gérants des sociétés en commandites par actions détermineraient « les orientations de l'activité de la société conformément à son intérêt social et en prenant en considération ses enjeux sociaux et environnementaux ».

infécondités liées à l'âge de la femme, ainsi que le nombre des consultations dans les centres agréés pour l'AMP. La tendance à repousser l'âge de la grossesse peut venir d'une volonté légitime des femmes de profiter d'un temps de vie sans charge de famille, ou du souhait tout aussi légitime d'avoir trouvé le compagnon qui soit aussi le père souhaité. Le report des maternités s'explique aussi par les difficultés matérielles et les défauts d'organisation de la société qui peuvent détourner les femmes jeunes de la possibilité d'avoir des enfants. Mais ce décalage de l'âge de la grossesse se heurte au déclin de la fertilité dû à la diminution du capital ovocytaire avec l'âge.

Dans ce contexte, la possibilité d'une auto-conservation ovocytaire apparaîtrait comme un espace dans lequel la liberté des femmes pourrait s'exercer sans qu'elles compromettent leur maternité future.

Réflexions sur les demandes d'assistance médicale à la procréation par des couples de femmes ou des femmes seules

Cette demande d'AMP, en l'occurrence une insémination artificielle avec donneur (IAD), pour procréer sans partenaire masculin, en dehors de toute infertilité, s'inscrit dans une revendication de liberté et d'égalité dans l'accès aux techniques d'AMP pour répondre à un désir d'enfant. Elle modifie profondément les relations de l'enfant à son environnement familial, en termes de repères familiaux, d'absence de père, institutionnalisée *ab initio*.

Elle fait émerger aussi plusieurs interrogations sur la relation des enfants à leurs origines, puisqu'en France le don est anonyme et gratuit, ou sur le fait de grandir sans père. Aussi sur ces points, il serait pertinent de pouvoir s'appuyer sur des recherches fiables sur l'impact de cette situation.

Cependant l'analyse du CCNE, s'appuyant sur la reconnaissance de l'autonomie des femmes et la relation de l'enfant dans les nouvelles structures familiales, le conduit à proposer d'autoriser l'ouverture de l'IAD à toutes les femmes (cf. Avis 126 du CCNE). Il considère que l'ouverture de l'AMP à des personnes sans stérilité peut se concevoir, notamment pour pallier une souffrance induite par une infécondité résultant d'orientations personnelles. Cette souffrance doit être prise en compte car le recours à une technique déjà autorisée par ailleurs n'implique pas de violence dans les relations entre les différents acteurs.

Cette position du CCNE ne signifie pas l'adhésion de tous ses membres. En effet, cette demande d'accès pour toutes les femmes à l'IAD a également fait débat au sein du CCNE, en particulier sur les conséquences pour l'enfant d'une institutionnalisation de l'absence de père, donc de l'absence de l'altérité « masculin-

féminin » dans la diversité de sa construction psychique, mais aussi sur les risques possibles de marchandisation du corps humain accrus. En effet, cette demande d'ouverture doit être confrontée à la rareté actuelle des gamètes qui risque de provoquer un allongement des délais d'attente ou une rupture du principe de gratuité des dons. Cela pourrait ouvrir des perspectives de marchandisation des produits du corps humain et remettre en cause le système de santé français fondé sur des principes altruistes.

Réflexions sur la levée de l'anonymat

Il faut d'abord rappeler que l'anonymat du don a été conçu pour préserver la distinction de différents ordres : le biologique qui fait l'objet du don ; la filiation qui fait l'objet de l'intention et la reconnaissance juridique ; le parental qui fait l'objet du soin et de l'éducation.

Il faut continuer à distinguer strictement ces ordres. Bien loin de les confondre, l'AMP amène à les distinguer plus encore. La filiation est toujours juridique et la parentalité toujours relationnelle (et temporelle, d'où l'importance de la question de l'âge de l'enfant qui permet à la parentalité de s'établir), mais leur disjonction avec le génétique ou le biologique, du fait de l'AMP, les renforce encore dans leur spécificité respective.

Le CCNE avait recommandé, en 2005, de :

- favoriser la levée du secret du mode de conception ;
- respecter l'anonymat des donneurs et receveurs ;
- permettre que l'enfant ait accès à des informations non identifiantes en maintenant l'anonymat des donneurs.

Le CCNE propose que ce soit sur ces bases que la réflexion sur la question de la levée de l'anonymat soit posée.

Une majorité des membres de CCNE souhaite la levée de l'anonymat, ce qui nécessitera une réflexion complémentaire sur les modalités de sa mise en place. Cette levée éventuelle de l'anonymat ne concerne pas les dons déjà effectués.

PROPOSITIONS

- Le CCNE demeure favorable à l'ouverture de l'Assistance médicale à la procréation (AMP) pour les couples de femmes et les femmes seules.
- Le CCNE considère comme essentiel d'anticiper les conséquences de l'ouverture de l'AMP sur la capacité des CECOS (Centres d'étude et de conservation du sperme humain) à répondre à cette nouvelle demande en matière de don de sperme.
- Le CCNE est favorable au maintien de l'interdiction de la Gestation pour autrui (GPA).
- Le CCNE est favorable à la possibilité de proposer, sans l'encourager, une autoconservation ovocytaire de précaution, à toutes les femmes qui le souhaitent (avec pour seules

restrictions des limites d'âge minimales et maximales), après avis médical.

- Le CCNE souhaite que soit rendue possible la levée de l'anonymat des futurs donneurs de sperme, pour les enfants issus de ces dons. Les modalités de cette levée d'anonymat devront être précisées et encadrées, dans les décrets d'application, notamment en respectant le choix du donneur.
- Le CCNE est favorable à l'ouverture de l'AMP en post mortem, c'est-à-dire au transfert in utero d'un embryon cryoconservé après le décès de l'homme, sous réserve d'un accompagnement médical et psychologique de la conjointe.

■ ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE LA VIE

Les précédents avis du CCNE, les nombreux débats qui ont eu lieu ces dernières années et particulièrement les échanges rapportés dans le rapport de synthèse des États généraux de la bioéthique 2018 montrent que les positions sur le sujet de la fin de vie, quand bien même sont-elles argumentées, sont inconciliables. Même s'il rappelle qu'il peut exister une éthique de l'exception d'une part, et une réelle distinction entre les notions d'assistance au suicide et d'euthanasie d'autre part, le CCNE considère que la dimension inconciliable des avis sur ce sujet renvoie le législateur à sa responsabilité : parce que, de fait, certaines situations de la fin de la vie posent la question du sens de la vie ; parce que la responsabilité de la décision doit être clairement imputée aux acteurs de la situation, et notamment au patient et à sa personne de confiance dans le cas de la personne « hors d'état d'exprimer sa volonté » ; parce que ces situations, fortement relayées par les médias et certains mouvements associatifs, sollicitent vivement la société depuis plusieurs années.

Afin que ces questions ne se résument pas à celle d'une évolution éventuelle de la loi – évolution qui peut être nécessaire mais ne sera jamais suffisante – le CCNE propose d'étudier les conditions à mettre en œuvre préalablement à toute évolution éventuelle.

Ces conditions constituent une forme d'appel à un fondement éthique des politiques sociales et sanitaires afin que la visée de ces politiques soit le respect des personnes les plus vulnérables et qu'en France, la fin de la vie soit un temps qui ne soit pas nié et qui redevienne un temps essentiel.

Trois axes de réflexions et de propositions peuvent être rappelés :

- éviter que la médecine moderne ne produise des situations de survie insensées ;
- éviter que notre société ne conduise certaines personnes à un sentiment d'indignité : un devoir de solidarité ;
- approfondir les conditions d'application de la loi dans certaines circonstances précises.

PROPOSITIONS

- Le CCNE propose de ne pas modifier la loi existante sur la fin de vie (loi Claeys-Leonetti) et insiste sur l'impérieuse nécessité que cette loi soit mieux connue, mieux appliquée et mieux respectée.
- Le CCNE souhaite qu'un nouveau Plan gouvernemental de développement des soins palliatifs soit financé avec pour objectif principal l'amélioration de l'information à l'égard du corps médical sur les dispositions de la loi Claeys-Leonetti, le développement de la formation et de la recherche via la création effective d'une filière universitaire et la publication d'appels à projet de recherche relatifs à la fin de vie et à la médecine palliative. La formation initiale et continue de l'ensemble des acteurs de santé (pour développer des compétences scientifiques, réflexives, dans le champ de la communication et du travail en équipe, ainsi que relatives à la loi en vigueur) est une nécessité pour aboutir à une véritable « culture palliative », intégrée à la pratique des professionnels de santé. Seuls les résultats de travaux de recherche rigoureux seront de nature à nourrir utilement un débat qui est souvent passionné et idéologique sur les questions relatives à la fin de vie.

Ce Plan devra viser à réduire les inégalités territoriales et faciliter une organisation de proximité des soins palliatifs en favorisant le maintien à domicile lorsque celui-ci est souhaité et en renforçant le champ et les missions des équipes mobiles de soins palliatifs. Il devra enfin permettre la valorisation de l'acte réflexif et discursif qui peut conduire à des décisions justes en fin de vie pour éviter les actes médicaux inutiles, ou disproportionnés au regard de la situation des patients tout comme prioriser les soins relationnels et d'accompagnement des personnes (en particulier pour faciliter l'anticipation de ce qui peut advenir et favoriser l'élaboration de directives anticipées).

- Le CCNE exprime enfin la volonté que soit réalisé un travail de recherche descriptif et compréhensif des situations exceptionnelles, auxquelles la loi actuelle ne permet pas de répondre, et qui pourraient éventuellement faire évoluer la législation.

UNE VISION POUR LE FUTUR

La publication de l'avis 129 du CCNE signe la fin d'un processus enclenché le 18 janvier 2018, qui confèrerait au CCNE l'organisation des États généraux de la bioéthique à l'occasion de la révision de la loi relative à la bioéthique. C'est donc l'occasion de tirer les enseignements de cet exercice de 9 mois, s'agissant de la

périodicité de cette révision, du rôle du CCNE dans ce processus et de son partenariat avec les Espaces de réflexion éthique régionaux, de l'organisation du débat public sur des sujets complexes en pleine évolution et, plus généralement, du périmètre d'intervention du Comité, y compris dans l'acquisition ou non de nouvelles missions.

PROPOSITIONS

- Le CCNE considère que le modèle français qui organise la révision périodique des lois de bioéthique après l'organisation d'États Généraux de la Bioéthique est un élément essentiel de notre démocratie sanitaire, et doit en ce sens être conservé. Afin de se rapprocher de la temporalité inhérente aux évolutions scientifiques et sociétales, la révision des lois de bioéthique mérite toutefois d'être conduite tous les 5 ans. Le CCNE doit par ailleurs rester l'initiateur des États Généraux de la Bioéthique.
- Le CCNE appelle à une intensification de la participation de la société civile dans les débats relatifs à la bioéthique, et souhaite que le processus de débat public soit conduit dorénavant bien en amont des États Généraux de la Bioéthique, qu'il soit continu entre chaque révision des lois de bioéthique, et qu'il soit initié par le CCNE, en partenariat avec les Espaces de réflexion éthique régionaux (ERER).
- Le CCNE préconise de tenir – en partenariat avec les ERER – un rôle de surveillance et d'alerte sur les nouvelles questions éthiques qui pourraient se poser du fait des avancées de la science, entre chaque procédure de révision des lois de bioéthique.
- Le CCNE juge nécessaire l'accroissement du nombre de recherches et d'évaluations de programmes, en particulier sur les grandes questions sociétales. Il considère par ailleurs qu'il est essentiel de développer l'enseignement de l'éthique, en particulier dans le cadre des études et formations menant aux professions de santé.
- Le CCNE souhaite intégrer les questions relatives aux interférences entre la santé et le numérique dans son champ de réflexion, et se propose de jouer un rôle d'aide à la constitution d'un futur comité d'éthique du numérique, spécialiste des enjeux numériques dans leur globalité.
- Le CCNE considère enfin qu'il serait opportun de renforcer la réflexion bioéthique au plan international, et particulièrement en Europe, et éventuellement de parvenir à des positions éthiques partagées. Il se propose de jouer un rôle plus actif dans le développement de collaborations avec les comités éthiques étrangers, en particulier francophones.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 12.09.18

L'IVG : un droit fondamental pour les femmes

Plus de quarante ans après l'entrée en vigueur de la loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, le droit à l'IVG, essentiel à l'autonomie et à l'émancipation des femmes, demeure menacé.

Actuellement, l'accès à l'IVG se complexifie pour les femmes, comme en témoigne la fermeture d'activités IVG dans certains hôpitaux faute de praticiens exerçant cet acte. Les propos récents du président du syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF), estimant que « *[les médecins] ne sont pas là pour retirer des vies* », révèlent que les débats autour de l'IVG sont encore vifs et que cet acte est loin d'être normalisé.

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes estime pour sa part que les sages-femmes doivent être présentes pour accompagner les femmes durant leur grossesse, quelle qu'en soit l'issue.

C'est pourquoi l'instance, à l'instar de nombreuses associations et syndicats professionnels, s'était fortement impliquée en faveur d'une extension de compétences permettant aux sages-femmes de prescrire et de pratiquer des IVG médicamenteuses, compétence acquise depuis 2016.

Alors que l'accès à l'IVG n'est plus garanti pour l'ensemble de nos concitoyennes, le CNOSF en appelle à la responsabilité individuelle de chacun afin de ne pas remettre en question ce droit, acquis sociétal fondamental pour la liberté des femmes.



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 02.10.18

Campagne de vaccination contre la grippe saisonnière : un parcours vaccinal simplifié

La campagne de vaccination contre la grippe saisonnière débutera le 6 octobre. Elle concerne plus de 12 millions de personnes pour qui la grippe représente un risque de complications parfois graves : il s'agit notamment des personnes de 65 ans et plus, de celles atteintes de certaines maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque ou respiratoire, par exemple), des femmes enceintes et des personnes souffrant d'obésité morbide.

Cette année, les modalités de vaccination sont simplifiées pour les adultes qui se font vacciner pour la première fois. Toutes les personnes de 18 ans et plus pour qui la vaccination antigrippale est recommandée peuvent désormais retirer leur vaccin à la pharmacie, sur simple présentation de leur bon de prise en charge de l'Assurance Maladie. Plus de 6,5 millions de personnes seront concernées par cette nouvelle mesure. Pour les personnes de moins de 18 ans, la prescription médicale reste indispensable.

Elles peuvent ensuite se faire vacciner par le professionnel de leur choix : infirmier, médecin, sage-femme et par un pharmacien participant à l'expérimentation menée dans quatre régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie.

Les courriers d'invitation de l'Assurance Maladie, accompagnés du bon de prise en charge à 100 % et d'un document sur les « 5 bonnes raisons de se faire vacciner contre la grippe » ont été adressés aux assurés durant le mois de septembre. Cette prise en charge, valable jusqu'au 31 janvier 2019, s'applique aussi aux vaccins tétravalents nouvellement disponibles.

L'Assurance Maladie a également invité les professionnels de santé libéraux à se faire vacciner : médecins généralistes, infir-

miers, sages-femmes, pédiatres, pharmaciens titulaires d'officine, masseurs-kinésithérapeutes, gynécologues et chirurgiens-dentistes. Leur vaccin est pris en charge à 100 %. La vaccination étant également recommandée chez les professionnels des établissements médico-sociaux en contact avec des personnes à risque de grippe sévère, un courrier d'incitation à la vaccination antigrippale a été envoyé aux directeurs des Ehpad¹. Il vise à les soutenir dans leur action de sensibilisation vis-à-vis des salariés et des professionnels de santé qui interviennent dans leur établissement ainsi qu'en direction de leurs résidents. Enfin, tous les établissements de santé et les établissements médico-sociaux ont été destinataires d'une note du ministère de la Santé leur rappelant l'importance de la vaccination contre la grippe saisonnière de leurs personnels.

La Mutualité sociale agricole (MSA), quant à elle, a invité près de 1,4 million de ses affiliés à se faire vacciner contre la grippe.

L'importance de la protection par le vaccin sera rappelée dans une campagne d'information déployée à partir du 26 octobre. Elle sera précédée d'une conférence de presse qui se tiendra au Ministère des Solidarités et de la Santé le 18 octobre.

1. Établissement d'hébergement

PLUS D'INFORMATIONS

<http://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Grippe>
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grippe/prevention>

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 18.09.18

“Ma santé 2022” : les 10 mesures phare de la stratégie de transformation du système de santé

Aujourd'hui, notre système de santé est devenu inadapté : il ne répond plus aux attentes des patients et nourrit le mécontentement des professionnels de santé. Il est marqué par de profondes rigidités d'organisation et est confronté à des tensions financières croissantes.

La réforme annoncée mardi 18 septembre par le président de la République propose une transformation en profondeur autour de **trois engagements prioritaires** :

- Placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole de la réforme ;
- Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité ;
- Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé.

DÉCOUVREZ LES 10 MESURES PHARE DE LA RÉFORME

1 **Création dès 2019, de financements au forfait pour la prise en charge à l'hôpital des pathologies chroniques** dont le diabète et l'insuffisance rénale chronique pour leur partie hospitalière. Ces financements seront élargis à partir de 2020 à d'autres pathologies et cette démarche inclura par la suite la prise en charge en ville en vue d'une meilleure coordination ville-hôpital.

2 **Déploiement de 1 000 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** pour mailler le territoire national à l'horizon 2022. Une stratégie nationale de déploiement sera arrêtée d'ici fin 2018 et une négociation conventionnelle sera engagée dès 2019 pour donner un cadre pérenne de financement aux CPTS.

3 **Soutien financier au développement des assistants médicaux** auprès des médecins libéraux à condition que ces derniers exercent en groupe, s'inscrivent dans un exercice coordonné ou une CPTS et s'engagent sur un bénéfice mesurable pour la population en matière d'accès aux soins (augmentation patientèle, réduction des délais de rendez-vous...), dans le but de libérer du temps médical et de permettre aux médecins de se concentrer sur les soins.

4 **Labellisation dès 2020 des premiers « Hôpitaux de proximité »**, avec l'objectif de reconnaissance de 500 à 600 établissements. Ces derniers assureront des missions hospitalières de proximité, en médecine polyvalente, soins aux personnes

âgées, soins de suite et de réadaptation, consultations de spécialités, consultations non programmées, et devront disposer d'un plateau technique de biologie et d'imagerie, d'équipes mobiles et d'équipements en télémedecine.

5 **Réforme du régime des autorisations des activités de soins**, dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence, organisées à des échelles territoriales nécessairement différentes et en s'appuyant sur des seuils d'activité quand cela est pertinent au regard des enjeux de qualité et de sécurité des soins. Elle se fera en plusieurs phases et aboutira dès 2020 sur de nouvelles normes pour certaines activités particulièrement structurantes pour les territoires, notamment les services d'urgence, les maternités, les services de réanimation, l'imagerie et la chirurgie.

6 **Création d'un statut unique de praticien hospitalier**, associé à la suppression du concours PH, pour faciliter l'entrée dans la carrière, diversifier les parcours professionnels (reconnaitances des valences non cliniques) et faciliter l'exercice mixte.

7 **Redonner au service son rôle de « collectif »** dans l'organisation des activités de soins et le management de l'équipe soignante ; favoriser la reconnaissance collective par la création d'un dispositif d'intéressement lié aux projets d'amélioration de la qualité de service ; prise en compte des compétences en management dans la nomination des responsables médicaux.

8 **Élargissement des compétences de la commission médicale d'établissement pour renforcer la participation des médecins au pilotage des hôpitaux.**

9 **Suppression du Numerus clausus** et refonte des premiers cycles des études en santé autour de processus d'orientation progressifs encourageant les passerelles et la diversification des profils.

10 **Réforme du 2^e cycle des études médicales et suppression des épreuves classantes nationales** pour une orientation tenant mieux compte des compétences et aptitudes des élèves et de leur projet professionnel.

PLUS D'INFORMATIONS

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/ma-sante-2022-les-10-mesures-phare-de-la-strategie-de-transformation-du-systeme>

Uterine and fetal placental Doppler indices are associated with maternal cardiovascular function

BACKGROUND AND OBJECTIVES

The mechanism underlying fetal-placental Doppler changes in pre-eclampsia and/or fetal growth restriction are unknown though both are associated with maternal cardiovascular dysfunction. We sought to investigate whether there was a relationship between maternal cardiac output and vascular resistance and feto-placental Doppler in healthy and complicated pregnancy.

STUDY DESIGN

Women with healthy (n = 62), PE (Pre eclampsia) (n = 13), PE + FGR (Pre eclampsia with fetal growth restriction) (n = 15) or FGR (Fetal growth restriction) (n = 17) pregnancies from 24-40 weeks were included. All underwent measurement of cardiac output (CO) using an inert gas rebreathing technique, and derivation of peripheral vascular resistance (PVR). Uterine and fetal Doppler indices were recorded: the latter were z-scored to account for gestation. Associations were determined by polynomial regression analyses.

RESULTS

Mean uterine artery pulsatility index (PI) was higher in FGR (Fetal growth restriction) (1.37,

p = 0.026) and PE + FGR (Pre eclampsia with fetal growth restriction) (1.63, p = 0.001) but not PE (Pre eclampsia) (0.92, p = 1) compared to controls (0.8). There was a negative relationship between uterine PI and CO (r2 = 0.101; p = 0.025) and umbilical PI z-score and CO (r2 = 0.078; p = 0.015), and positive associations between uterine PI and PVR (r2 = 0.150; p = 0.003) and umbilical PI z-score and PVR (r2 = 0.145; p = 0.001). There was no significant relationship between CO and PVR with cerebral Doppler.

CONCLUSIONS

Uterine artery Doppler is abnormally elevated in FGR with and without PE, but not in PE: this may explain the limited sensitivity of uterine artery Doppler for all these complications considered in aggregate. Furthermore, impedance within feto-placental arterial vessels is at least in part associated with maternal cardiovascular function. This relationship may have important implications for fetal surveillance and would inform therapeutic options in those pathological pregnancy conditions currently – and perhaps erroneously – attributed purely to placental maldevelopment. Uterine and fetal placental

Doppler indices are significantly associated with maternal cardiovascular function. The classical description of uterine and fetal Doppler changes being initiated by placental maldevelopment is a less plausible explanation for the pathogenesis of the conditions than that relating to maternal cardiovascular changes.

Tay J, Masini G, McEniery CM, Giussani DA, Shaw CJ, Wilkinson IB, Bennett PR, Lees CC.

AM J OBSTET GYNECOL. 2018 SEP 19. PII: S0002-9378 (18) 30765-8. DOI: 10.1016/j.ajog.2018.09.017. [EPUB AHEAD OF PRINT]

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Underlying: sous-jacent - **Fetal growth restriction**: retard de croissance in utero - **Maternal cardiac output**: débit cardiaque maternel - **Healthy and complicated pregnancy**: grossesse normale et grossesse pathologique - **Mean uterine artery pulsatility index**: index moyen de pulsatilité de l'artère utérine - **Higher**: plus élevé - **Controls**: témoins - **Significant**: significative - **The limited sensitivity**: la sensibilité limitée - **Vessels**: vaisseaux - **At least in part**: au moins en partie - **Currently**: actuellement - **Perhaps erroneously**: peut-être à tort.

Maternal anaphylactic shock in pregnancy: A case report

RATIONALE

Anaphylaxis is a very rare event in pregnancy, triggering maternal hypotension leading to intrapartum hypoxic-ischemic encephalopathy in infant. Furthermore, cesarean sections are performed at a high rate in anaphylactic pregnant women.

PATIENT CONCERNS

A 34-year-old pregnant woman presented with maternal anaphylaxis following prophylactic antibiotic injection for cesarean section. Within a few minutes after initiation of intradermal skin test with cefotetan, the pregnant woman developed generalized itchy rash, chest tightness, and dyspnea.

DIAGNOSES

Several minutes after the injection of antibiotics, a diffuse urticarial rash was detected over her face and trunk followed by complaints of chest tightness and dyspnea. She was diagnosed with hypotension and hypoxia. Further, fetal heart tones showed bradycardia. A presumptive diagnosis of

anaphylactic reaction induced by cefotetan was made for surgical prophylaxis.

INTERVENTIONS

The patient was managed for anaphylaxis, via administration of epinephrine, glucocorticoid, and antihistamine. Emergency cesarean section performed under general anesthesia resulted in a favorable perinatal outcome for the fetus.

OUTCOMES

Maternal and fetal outcomes were good after prompt treatment for anaphylaxis and emergency cesarean section.

LESSONS

This is the first reported case of anaphylaxis following cefotetan administration in pregnancy. Cefotetan, a second-generation cephalosporin, is a commonly prescribed antibiotic used to treat a wide range of bacterial infections. The case demonstrated life-threatening anaphylactic reaction during pregnancy. Even a skin test using antibiotics alone triggered anaphylaxis.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Event: événement - **Triggering maternal hypotension leading to intrapartum hypoxic-ischemic encephalopathy in infant**: déclenchant une hypotension maternelle entraînant une encéphalopathie hypoxique-ischémique intrapartum chez l'enfant - **Performed**: réalisées - **A high rate**: à un taux élevé - **Intradermal skin test**: test cutané - **Generalized itchy rash**: éruption cutanée généralisée - **Chest tightness**: oppression thoracique - **Dyspnea**: dyspnée - **Trunk**: tronc - **Cefotetan, a second-generation cephalosporin**: le cefotetan est une céphalosporine de deuxième génération - **A wide range**: large éventail - **Life-threatening**: menaçant le pronostic vital - **Even**: même

Jeon HJ, Ryu A, Min J, Kim NS Medicine (Baltimore).

2018 SEP; 97 (37): E12351. DOI: 10.1097/MD.00000000000012351.



American Hospital of Paris



Vendredi 30 novembre 2018

19^{ème} Journée sur l'Assistance Médicale à la Procréation de l'Hôpital Américain de Paris

ALLONS-NOUS VERS UNE MODIFICATION DES INDICATIONS EN AMP ?

Auditorium de l'Hôpital Américain de Paris
55, boulevard du Château - 92200 Neuilly-sur-Seine

PRÉSIDENTE : Pr Joyce HARPER

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr Edouard AMAR, Dr Charles BRAMI, Dr Pascal BRIOT, Dr Sandrine COHEN SCALI,
Dr Estelle FEYEREISEN, Dr André GAUTHIER, Dr Florence HERVE,
Dr Carine PESSAH, Dr Clémence ROCHE, Dr François ROLET, Dr Eric SEDBON,
Dr Alain THEBAULT, Dr Jean THOREL, Dr Charles TIBI, Dr Meryl TOLEDANO,
Dr Pierre ZITOUN

COMITE D'ORGANISATION

Dr Edouard AMAR, Dr Charles BRAMI, Dr Pascal BRIOT, Dr Patrice CLEMENT,
Dr Carine PESSAH, Dr Eric SEDBON, Dr Charles TIBI, Dr Alain THEBAULT

8h45 – 9h30 Introduction : Dr Eric SEDBON

9h00 – 10h30 SESSION 1 : LES AVANCÉES EN BIOLOGIE

Modérateurs : Pr Paul BARRIÈRE, Dr Pascal BRIOT, Dr Carine PESSAH

- Le laboratoire TOP NIVEAU : organisation des espaces et des hommes.....Dr Albert ODRADORS
- Le laboratoire TOP NIVEAU : matériel nécessaire et indispensable.....Pr Paul BARRIÈRE
- Updates in ART, the past, the present and the future.....Pr Joyce HARPER

10h30 – 11h00 Pause – Visite des stands

11h00 – 12h30 TABLE RONDE SUR LES « AVANCÉES ÉTHIQUES »

Intervenants : Pr Jean-Marc AYOUBI, Pr Joyce HARPER, Pr Arnold MUNNICH, Maître Catherine PALEY-VINCENT

- Congélation ovocytaire de convenance ou préservation ?
- AMP et homosexualité
- AMP et femmes seules
- Age du père et AMP
- Arrivée de l'exploration génétique en AMP

12h30 – 14h15 Déjeuner

14h15 – 16h00 SESSION 2 : LES AVANCÉES EN STIMULATION D'OVULATION

Modérateurs : Dr Eric SEDBON, Dr Alain THEBAULT, Dr Charles TIBI

- Super-hyperstimulation et congélation de blastocystes.....Dr Renato FANCHIN
- Faut-il personnaliser la stimulation d'ovulation ?.....Dr Sylvie DE RIJDT
- Le dosage de progestérone est-il indispensable ?.....Dr Paul PIRTEA
- Progestérone en AMP : étude multicentrique française.....Dr Philippe ARVIS

16h00 – 16h30 Pause - Visite des stands

16h30 – 18h00 SESSION 3 : LES MUTATIONS MTHFR : IMPACTS EN AMP

Modérateurs : Dr Charles BRAMI, Dr Patrice CLÉMENT, Pr Yves MENEZO

- Rôle physiologique du gène MTHFR.....Dr Arthur CLÉMENT
- Un nouveau regard sur l'intégrité du DNA spermatique : implication du gène MTHFR.....Dr Edouard AMAR
- Conseil génétique et mutation du gène MTHFR.....Dr Géraldine VIOT

18h00 – 18h15 Conclusions et synthèse : Pr Joyce HARPER



Journées organisées par le Centre de Formation des Editions ESKA - CFE : N° 11753436775

Inscription CFE adressée aux Editions ESKA CONGRÈS - Serge KEBABTCHIEFF - Adeline MARÉCHAL

12, rue du Quatre Septembre - 75002 PARIS - Tél. 01 42 86 55 69 - Fax 01 42 60 45 35

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

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

1^{er} COLLOQUE GRAND-EST

TOMBLAINE (54)
16 NOVEMBRE 2018

Activité Physique et Grossesse

Tordre le cou aux idées reçues...

08h30 Accueil des participants
 09h00 Ouverture de la journée

09h30 **Y a-t-il vraiment des idées reçues ?**
 Chez les professionnels ?
 Chez les patientes ?

Bienfaits de l'activité physique sur la grossesse physiologique

09h45 **Bénéfices de l'activité physique sur l'organisme de la femme enceinte**

10h00 **Bénéfices de l'activité physique sur la grossesse physiologique**

10h15 **Bénéfices sur l'enfant à naître**

10h30 **Et l'activité sexuelle ?**

10h45 **Échanges avec la salle**

11h00 **Pause**

Bienfaits de l'activité physique dans un contexte de risque obstétrical ou de pathologie avérée

11h30 **Impacts de l'activité physique sur l'apparition des pathologies gravidiques**

11h45 **Y a-t-il encore une indication au repos ?**

12h00 **Métiers dits « physiques » et grossesse : qu'en pense le médecin du travail ?**

12h15 **Place de l'activité physique dans le projet Féderatif Hospitalo-Universitaire « 1000 jours pour la santé »**

12h30 Échanges avec la salle

12h45 Buffet déjeunatoire

Et en pratique...

14h00 Table ronde

«Quels leviers pour encourager les patientes enceintes à pratiquer une activité physique raisonnée ?»

• Comprendre les mécanismes du plaisir et de la motivation

• Utiliser le RPIB : outil de Repérage Précoce et Intervention Brève

• Expérience de la maternité de Lille

Échanges avec la salle

15h30 **Pause**

15h45 Table ronde

Partage d'expériences

• Le yoga prénatal : un chemin vers la conscience de soi et de son bébé

• La gymnastique sensorielle comme outil de bien-être physique et psychique pendant la grossesse

• Le coaching pendant la grossesse deviendrait-il une tendance d'aujourd'hui ?

Échanges avec la salle

17h00 Clôture de la Journée

Comité d'organisation : Laurence Galliot, Marie-Laure Pichon, Sages-Femmes, Enseignantes, Nancy, Véronique Guillotin, Sénatrice de Meurthe-et-Moselle - Anouchka Chabeau, Directrice Régionale et Départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion Sociale Grand Est - Valérie Jurin, Vice-Présidente de la Cohésion Sociale à la Métropole du Grand Nancy - Sophie Guillaume, Présidente du Collège National des Sages-Femmes de France.

LIEU : Maison des Sports
 13 Rue Jean Moulin - 54510 Tomblaine
CONTACTS :
l.galliot@chru-nancy.fr
 03 83 34 36 84
ml.pichon@chru-nancy.fr
 au 03 83 34 36 85



FORMATIONS ANSFL 2018

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

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-Echo)
 Lorraine Guénédal (Biologiste)

Date et lieu : Organiser un groupe : contactez-nous

L'INSTALLATION EN LIBÉRAL

Intervenante : Laurence Platel (SF).

Date : 15 nov 2018 à Paris 15*

LA PRATIQUE LIBÉRALE : CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS

Intervenante : Laurence Platel (SF).

Date et lieu : Organiser un groupe : contactez-nous

INITIATION À LA PENSÉE CRITIQUE LES SAGES-FEMMES

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)

Date et lieu : Organiser un groupe : contactez-nous

LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES À BAS RISQUES

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)

Date et lieu : 25-26 avril 2019 à Marseille

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

Intervenante : Nicole Andrieu (SF) • **Session I**
Date et lieu : Organiser un groupe : contactez-nous

EUTONIE : RÉÉDUCATION EN POSTNATAL

Intervenante : Martine Gies (SF)

• **Session I :** Découverte

Date et lieu : prévision en 2019

• **Session II :** Les pathologies urinaires

Date : prévision en 2019 (Pré requis : session I)

Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)

• **Session III :** Retrouver la mobilité et le dynamisme

Date : prévision en 2019 (Pré requis : session II)

Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)

• **Session IV :** Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre

Date : 28-29 nov 2018 (Pré requis : session III)

Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)

ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ

Intervenante : Odile Tagawa (SF)

• **Session I :** Prénatal

• **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



N'féraido®
 modelages
 la accompagnant
 Bientraitance

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 : 20 au 22 mars 2019

Dates Agen

Cycle II : 13 au 15 nov 2019

Volet uro-gynécologique**

Rééducation manuelle par voie externe

Modelages : Bassin, organes pelviens & périnée

Dates Paris

13 au 15 mars 2019

Dates Agen

15 au 17 mai 2019

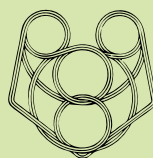
** Francine Augère S.F.

Contact et intervenant

Dominique Jacquin, OSTÉOPATHE D.O.

Tél. : 05 62 28 39 94

www.nferaido.com



Formations en haptonomie

CIRDH FRANS VELDMAN

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

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

• Accompagnement haptonomique pré et post-natal

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

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

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

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

Haptopsychothérapie, haptosynésie, haptopédagogie, haptopuériculture®.

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

RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTIONS

Tél. : 01 42 01 68 20

Mail : cirdhfv@haptonomie.org

www.haptonomie.org



Pratiquer dès le lendemain du séminaire

Institut
Naissance
& FormationsCalendrier
2018-2019Connaissance &
Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh

Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

PROGRAMME EN 3 ÉTAPES

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

- Niveau 1**
- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 22 au 25/10/2018 et du 19 au 22/11/2018
- du 21 au 24/01/19 et du 25 au 28/02/19
- du 13 au 16/05/19 et du 17 au 20/06/19
 - **St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse**
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 7 au 10/01/19 et du 11 au 14/02/19
- du 11 au 14/03/19 et du 8 au 11/04/19
- du 13 au 16/05/19 et du 11 au 14/06/19
 - **Vergèze (30) - La Clé des Chants**
Formatrice: Corinne Roques
- du 15 au 18/01/19 et du 12 au 15/02/19
- du 14 au 17/05/19 et du 11 au 14/06/19
- Niveau 2**
- **St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse**
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 21 au 24/01/19 et du 25 au 28/02/19
 - **Vergèze (30) - La Clé des Chants**
Formatrice: Corinne Roques
- du 12 au 15/03/19 et du 23 au 26/04/19
 - **Nanterre (92) - Espace Chevreul**
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 11 au 14/03/19 et du 1^{er} au 04/04/19

Travail Corporel en Rééducation Périnéale

- Durée: 4 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
Formatrice: Corinne Roques
Programmation en région possible. Nous contacter.
- du 6 au 9 décembre 2018
- du 28 au 31 mars 2019

Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

- Durée: 3 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 3 au 5 décembre 2018
- du 11 au 13 février 2019
- du 3 au 5 juin 2019

Renseignements auprès de Jocelyne Dallem

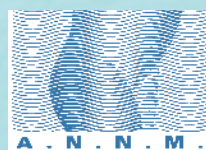
☎ 03 89 62 94 21 - ✉ cmp.info@free.fr

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

🌐 www.institutnaissanceetformations.fr

Prises en charge possibles: DPC - FIF-PL

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.frAssociation Nationale
Natation & Maternité

PIONNIÈRE DEPUIS 1977

Programme et inscription

6, Allée de la Tournelle

91370 Verrières le Buisson

Message: 01 69 30 98 01

Courriel: infos@annm.frSite internet: <http://annm.fr>

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

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

Formations bi-annuelles

PROCHAINES FORMATIONS

- ▷ Clamart (92)
- Stage prénatal: 22, 23, 24 octobre 2018
- Stage postnatal: 25 octobre 2018

► Tarifs préférentiels pour adhérents
et étudiants sages-femmesMéthode
Dalla Lana

FORMATIONS et DPC

- Secrets pour accompagner le démarrage de l'allaitement
 - Allaitement, sommeil de la mère et de l'enfant
- Douleurs liées à l'allaitement et troubles de la succion
 - Régulation de la lactation
- Accompagner le non-allaitement
- Accompagnement pédiatrique par la sage-femme

Programmes et dates sur: www.methodedallalana.frFormations à l'allaitement maternel et à l'accompagnement
au bien-être de la mère et de l'enfant

Prise en charge FIFPL ou DPC

NICE - THONON LES BAINS - BORDEAUX - LILLE
STRASBOURG - MONTÉLIMAR...

Autres villes, autres dates, en intra ou en inter sur demande.

RENSEIGNEMENTS: methode.dallalana@gmail.comwww.methodedallalana.fr

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



Medic Formation
Formation professionnelle continue médicale



N° 1251
Organisme agréé par l'Agence nationale de l'OPC
Reconnu sous l'étiquette OPC par www.annuaire.opc.fr



Charte
éthique de bonne
pratique

Formations intra-établissements en Hypnose Médicale



**Module 1 Communication
hypnotique en milieu médical**

3 jours, 21 H

Public : Equipe de soins (médicale, paramédicale, AS, auxiliaires de puériculture, et selon établissement, autre personnel en contact avec les patients)

↓

**Module 2 Induire l'état d'hypnose
et mener une séance d'hypnose**

3 jours, 21 H

Public : équipe médicale et paramédicale

↓

**Module Analgésie, anxiolyse,
confort en situation d'urgence**

3 jours, 21 H

Public : équipe médicale et paramédicale

**Module Pratique et protocoles
en périnatalité**

3 jours, 21 H

Public : équipe médicale et paramédicale (prioritairement sages-femmes)

**Module Techniques avancées
d'hypnose**

3 jours, 21 H

Approfondissement des techniques d'hypnose et gestion des situations plus complexes : approche du traumatisme, peurs, dépression...
Public : équipe médicale et paramédicale

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


contact@medicformation.fr

01 40 92 72 33

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

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



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



GRANDIR NATURE

Votre partenaire de confiance pour accompagner les mamans allaitantes

Numéro dédié aux professionnels : 03 88 50 07 99



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

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



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

Consultante-lactation@grandir-nature.com



NUMÉRO DÉDIÉ AUX MAMANS
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert 0 800 622 833
DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H15 À 19H00



GRANDIR NATURE

aider les mamans



leblogallaitement.com

www.grandir-nature.com

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

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