

LES **DO**

#488 FÉVRIER 2019

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE



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

46^e année ISSN 0767-8293



DOSSIER
**Préparation
à la naissance**

MAÏEUTIQUE DOSSIER • Préparation à la naissance en milieu aquatique • Préparation et accompagnement par le yoga • Le projet de naissance • **VOLET PÉDAGOGIQUE** L'entretien prénatal précoce

GYNÉCOLOGIE/OBSTÉTRIQUE Évolution du recours à l'IVG en France : de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative • 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017

SANTÉ PUBLIQUE Les soins obstétricaux intégrés aux Pays-Bas

SCIENCES HUMAINES Devenir père quand on est gay

ALLAITEMENT Allaitement maternel et pudeur maternelle

NOUVEAU



MA MINI GALETTE DE RIZ BIO

Sans sucres ajoutés

Sans gluten



existe aussi
en goût Nature

DISPONIBLE SUR NOTRE SITE INTERNET
www.francebebe.com

02

ÉDITORIAL

BENOÎT LE GOEDEC

03

MAÏEUTIQUE

DOSSIER
PRÉPARATION
À LA NAISSANCE

03

Introduction

BENOÎT LE GOEDEC

04

Préparation à la naissance
en milieu aquatique
MONIQUE CHAMPION

06

Préparation et accompagnement
par le yoga
SOPHIE DUMOUTET

09

Le projet de naissance
BENOÎT LE GOEDEC

VOLET PÉDAGOGIQUE

12

L'entretien prénatal précoce
BENOÎT LE GOEDEC

16

GYNÉCOLOGIE | OBSTÉTRIQUE

16

Évolution du recours à l'IVG en
France : de l'enjeu contraceptif
à la modification de la norme
procréative
NATHALIE BAJOS, MICHÈLE FERRAND
& CAROLINE MOREAU

21

216 700 interruptions volontaires
de grossesse en 2017
ÉTUDE DE LA DREES

26

SANTÉ PUBLIQUE

Les soins obstétricaux intégrés
aux Pays-Bas
LIDEWIJDE JG JONGMANS

30

SCIENCES HUMAINES

Devenir père quand on est gay
MARTINE GROSS

34

ALLAITEMENT

Allaitement maternel
et pudeur maternelle
SÉBASTIEN RIQUET &
MICHELLE PASCALE HASSLER

37

KIOSQUE

37

AGENDA EN BREF

38

FICHE TECHNIQUE
La flore vaginale

41

COMMUNIQUÉS

45

AGENDA

47

FORMATIONS

LES **DO**

ÉDITIONS ESKA

12 rue du Quatre-Septembre
75002 Paris
T. 01 42 86 55 65
F. 01 42 60 45 35
agpaedit@eska.fr
<http://www.eska.fr>**POUR VOUS ABONNER,**
RETOURNEZ-NOUS LE
BULLETIN EN **PAGE 11.**

LES ANNONCEURS

C2

France Bébé

C3

Techmed

C4

Grandir Nature

36

47^{es} Assises Nationales
des Sages-Femmes

45

Colloque La
Prééclampsie

45

30^{es} Journées d'études
de l'Association
Nationale des Sages-
Femmes Territoriales

46

Congrès "Les Dialogues
de l'Obstétrique" par les
D.O.

47

Association Nationale
Natation & Maternité

47

Colloque de l'ANSFL

47

Formations de l'ANSFL

47

CIRDH

48

Médicformation

OURS

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF

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

MEMBRES

cf. page 2

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.kebachtchiff@eska.frMaquette intérieure et couverture, format,
mise en page, sont la propriété des Éditions
ESKA.

FABRICATION

Marise URBANO
agpaedit@eska.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

adv@eska.frPUBLICITÉ - CONGRÈS
COMMUNICATION

Adeline MARÉCHAL

T. 01 42 86 55 69 - congres@eska.fr
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66
serge.kebachtchiff@eska.frMARKETING - CONGRÈS
PUBLICITÉAdeline MARÉCHAL - T. 01 42 86 55 69
congres@eska.fr
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66
serge.kebachtchiff@eska.fr

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Nathalie BAJOS et Caroline MOREAU, Inserm
U1018-CESP, Équipe « Genre, santé sexuelle et
reproductive ».Monique CHAMPION, Sage-femme, Présidente
de l'Association Nationale Natation Maternité.Sophie DUMOUTET, Professeur de yoga,
Spécialiste en psychologie cognitive
du développement et de la perception,
Hypno-praticienne.Michèle FERRAND, CNRS-UMR 7112 CNRS-Paris
8, Cultures et Sociétés Urbaines (CSU).

Martine GROSS, Sociologue.

Michelle Pascale HASSLER, UFR des Sciences
médicales et paramédicales, École de
maïeutique, Marseille, France.Lidewijde JG JONGMANS, Sage-femme, Máxima
Medisch Centrum, Veldhoven (Pays-Bas).Sébastien RIQUET, UFR des Sciences médicales
et paramédicales, École de maïeutique,
Marseille - Laboratoire éducations etpratiques de santé EA 3412, Université Paris 13,
Sorbonne Paris Cité.

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 : Février 2019

Un engagement contre les violences faites aux femmes

Suite à toutes les mises à jour, violences de rue, violences conjugales, violences au travail, violences en gynécologie et obstétrique et les paroles de femmes sur ce sujet, des actions nouvelles et multiples continuent d'émerger. Il en est une qui s'intitule *Noustoutes*.

Après une manifestation qui a rassemblé beaucoup de monde, pourtant le même jour qu'une manifestation nationale des gilets jaunes, des rassemblements de travail ont eu lieu. Il en résulte *Le Vrai Débat*, qui liste des centaines de propositions. Ces propositions sont en ligne et nécessitent un engagement de chaque personne sensibilisée aux violences faites aux femmes, afin de pouvoir faire remonter ces actions, ces réflexions et ces propositions en première ligne.

Six propositions particulières ont été postées pour alimenter le débat !

Nous vous proposons d'aller les consulter, les sages-femmes faisant partie des personnes soutenant au quotidien les femmes, que nous soyons militant-e-s ou non, adhérent-e-s d'associations ou non. Évidemment que d'autres propositions pourraient nous sembler nécessaires mais ces six propositions résultent des débats publics de *Noustoutes*.

Les propositions qui reçoivent le plus de votes seront rendues publiques la semaine du 8 mars.

Comment faire pour soutenir les propositions ? Il suffit de créer un compte sur le site le-vrai-debat.fr et de cliquer sur « D'accord » en dessous des propositions que vous soutenez !

Voici les six propositions :

- 1 milliard pour en finir avec les violences sexistes et sexuelles ;
- Rendre obligatoire la prévention des violences sexistes et sexuelles au travail ;
- Éducation obligatoire à la non-violence pour prévenir les violences sexistes et sexuelles ;
- Formation obligatoire des Forces de l'Ordre aux violences sexuelles ;
- Interdire la correctionnalisation des viols ;
- Création d'un seuil d'âge en dessous duquel un enfant ne peut pas être considéré comme consentant.

Enfin, un hashtag *#nelesoublionspas* a été créé pour alerter les pouvoirs publics à chaque nouveau féminicide.

Benoît Le Goedec, Rédacteur en chef

Le nouveau Comité de Rédaction des D.O.

Le nouveau Comité de Rédaction s'élargit et nous vous remercions beaucoup de votre élan et de votre participation, particulièrement les sages-femmes enseignantes ou directrices de structures d'enseignement qui nous permettent déjà d'avoir un collègue d'enseignant-e-s intéressant et représentant les différentes régions de France.

Votre participation va permettre à la revue de pouvoir s'enrichir de vos expertises, de vos regards et d'une recherche plus large, plus diversifiée, plus étendue de travaux intéressants à porter à la connaissance des sages-femmes.

Ce Comité de Rédaction n'est pas finalisé car nous recevons encore des candidatures et continuons bien sûr à en accepter afin de pouvoir répondre et avoir un regard critique sur l'ensemble de nos rubriques et de nos thèmes en fonction de vos centres d'intérêts et de vos spécificités.

À ce propos nous allons faire parvenir à chacun-e d'entre vous les thèmes généraux définis pour l'année à venir ainsi que la liste des collaborateurs.

Nous sommes sûrs d'une collaboration juste et efficace ainsi qu'une convivialité confraternelle dont les Dossiers de l'Obstétrique et son lectorat seront les principaux bénéficiaires.

À ce titre recevez encore une fois notre respect et nos remerciements.

Benoît Le Goedec,
Rédacteur en chef

Serge Kebabtchieff,
Directeur de Publication

LES MEMBRES DU COMITÉ DE RÉDACTION

M. Benoît Le Goedec, Rédacteur en Chef, S-F et Responsable de Réseaux, Paris
 M^{me} Marion Benoist, Docteur en Neurosciences, Étudiante S-F, Marseille
 Dr Farid Boubred, Pédiatre, Marseille
 Dr Véronique Brevaut-Malaty, Pédiatre, Marseille
 Dr Clotilde Des Roberts, Pédiatre, Marseille
 Dr Bruno Deval, Chirurgien, Gynécologue-Obstétricien, Paris
 Dr Alexandre Fabre, Pédiatre, Marseille
 M. Pierre Fremontière, Enseignant Chercheur, ESF Marseille
 M^{me} Jocelyne Guermeur, Directrice S-F, Rennes
 Dr Thierry Harvey, Chef de service, Gynécologue-Obstétricien, Paris
 M^{me} Pascale Hassler, Enseignante S-F, Marseille
 M^{me} Sandrine Hautbois-Vigne, Enseignante ESF, La Réunion
 M^{me} Sabrina Hubert-Payet, Directrice ESF, La Réunion
 M^{me} Élisabeth Josse, Directrice de Formation, S-F, Boulogne-Billancourt
 Pr Pierre Mares, Chef de service, Gynécologue-Obstétricien, Nîmes
 Pr Philippe Merviel, Chef de service, Gynécologue-Obstétricien, Brest
 M^{me} Alexandra Musso, Enseignante S-F, Nice
 M. Christophe Pascal, Directeur IFROSS, MCU Sciences de Gestion HDR, Lyon
 M^{me} Marie-Agnès Poulain, Directrice ESF, S-F, Amiens
 M. Sébastien Riquet, Enseignant Chercheur, ESF, Marseille
 M^{me} Cécile Rouillard, Directrice ESF, S-F, Angers
 M^{me} Carole Zakarian, Directrice ESF, S-F, Marseille

DOSSIER

La préparation à la naissance

La préparation à la naissance a souvent été négligée par les structures hospitalières faute de moyens humains pour la déployer. Les sages-femmes libérales continuent à en effectuer les séances, conscientes de l'outil de prévention qu'elle représente.

Pourtant, l'entretien prénatal précoce n'est pas fait par les trois quarts des femmes et 30 % de patientes ne bénéficient pas des séances de préparation.

Or, si nous reprenons des extraits du rapport de l'HAS sur sa pratique et ses enjeux, nous voyons qu'elle est l'élément principal en parallèle au suivi purement médical, pour le bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la parentalité. De plus, elle est citée dans le rapport sur les violences sexistes en gynécologie et obstétrique comme une possibilité de dépistage et de prévention.

La préparation à la naissance devient un temps d'accompagnement à la confiance en soi, à l'estime de soi, au questionnement du sens de la naissance pour chaque femme.

Pour rappel, voici des extraits de sa présentation dans le rapport de l'HAS :

« **Le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical complété par une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) structurée, dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés.** Ces recommandations proposent une approche plus humaniste de la naissance qui favorise la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance. Cette approche prend en compte les désirs, les émotions, les perceptions de chaque femme ainsi que son contexte de vie et son environnement. Elle contribue à renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple. De ce fait, le rôle des professionnels et les relations des professionnels de santé entre eux se trouvent modifiés. La personnalisation de l'accompagnement, la mise en place de dispositifs précoces et leur poursuite, en particulier pour les femmes les plus vulnérables, impliquent une continuité de la démarche de soins et une meilleure coordination par un travail en réseau, quels que soient la discipline et le mode d'exercice. [...] »

La PNP s'adresse à chaque femme enceinte ou couple. **Elle doit s'adapter aux besoins spécifiques des femmes** dont c'est ou non la première grossesse, en particulier à ceux des adolescentes, des femmes venant de pays étrangers et vivant en France, des femmes ayant un handicap moteur ou sensoriel, et des femmes en situation de précarité ou en difficulté. Les adaptations portent en particulier sur les conditions d'accueil et d'accessibilité, le choix des techniques éducatives et des dispositifs d'aide et d'accompagnement, le suivi. [...]

Ces recommandations concernent l'ensemble des professionnels impliqués en périnatalité et susceptibles d'intervenir de manière coordonnée autour des femmes et de leur famille, de la période anténatale à la période postnatale : sages-femmes, médecins généralistes, médecins spécialistes (gynécologue, obstétricien, pédiatre, pédopsychiatre), infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture des maternités et des services de néonatalogie, psychologues, assistantes sociales, le psychiatre comme partenaire potentiel de celui/celle qui mène l'entretien individuel ou en couple. Ces professionnels peuvent exercer en établissement de santé, en PMI, en secteur libéral, être regroupés ou non en réseau de santé. La continuité et la cohérence du suivi autour de la femme enceinte impliquent une évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau entre les différents acteurs concernés. **L'entretien individuel ou en couple est réalisé par une sage-femme, un médecin, ainsi que la mise en œuvre des séances de PNP.**

LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE LA PNP SONT :

- Créer des liens sécurisants avec un réseau de professionnels prêts et coordonnés autour de la femme enceinte.
- Accompagner la femme ou le couple dans ses choix et ses décisions concernant sa santé, la grossesse, les modalités d'accouchement, la durée du séjour en maternité.
- Donner les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né et encourager l'allaitement maternel.
- Encourager, à chaque étape de la grossesse, l'adoption par la mère et le père de styles de vie sains, pour leur santé et celle de l'enfant.
- Renforcer la confiance en soi chez la femme ou le couple face à la grossesse, la naissance et les soins au nouveau-né.
- S'assurer d'un soutien affectif pour la femme pendant la grossesse, à la naissance et au retour à domicile.
- Soutenir la construction harmonieuse des liens familiaux en préparant le couple à l'accueil de l'enfant dans la famille et à l'association de la vie de couple à la fonction de parent.
- Participer à la promotion de la santé du nouveau-né et du nourrisson en termes d'alimentation, de sécurité et de développement psychomoteur.
- Participer à la prévention des troubles de la relation mère-enfant et à la prévention de la dépression du post-partum.
- Encourager les échanges et le partage d'expérience à partir des préoccupations des parents avant et après la naissance. »

BENOÎT LE GOEDEC
RÉDACTEUR EN CHEF

PRÉPARATION À LA NAISSANCE EN MILIEU AQUATIQUE

PAR MONIQUE CHAMPION

SAGE-FEMME, PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION
NATIONALE NATATION MATERNITÉ

« Pour celui qui l'a choisie pour terrain d'aventure, l'eau est comme une évidence : vivante et souple, elle est cette matière subtile qui engage le corps dans sa fluidité. Elle porte et enveloppe celui qui veut bien s'abandonner. Elle touche et caresse, dessine les limites du corps dans un contact sensoriel où la peau a la première place. Elle se fait l'écho du mouvement de l'eau, témoigne de la présence du corps de soi, de l'autre. » ⁽¹⁾

La multiplication des activités aquatiques montre que notre société opère un formidable retour à l'eau. La préparation à la naissance en piscine n'y échappe pas.

La préparation en piscine a été initiée en 1974 par une sage-femme, Ethel Ebersold-Estable. Ayant souffert de lombalgies durant sa grossesse, elle constate que la natation la soulage. De plus, ses patientes lui demandent régulièrement si elles peuvent continuer à aller à la piscine, les vieux tabous revenant avec la grossesse et ses modifications corporelles (peur de se montrer déshabillée, peur du plongeon intempestif d'un nageur, d'un geste malheureux...).

Soutenue par son chef de service ⁽²⁾ et des maîtres-nageurs ⁽³⁾, elle fonde en 1977 l'Association Nationale Natation et Maternité (ANNM), loi 1901, avec pour objectif la préparation à la naissance sur le plan physique et psychologique.

Depuis, l'ANNM organise des stages de formation de préparation aquatique prénatale et postnatale, destinés aux professionnels de l'obstétrique, et ayant pour objectifs de favoriser la physiologie en périnatalité et de dépister et prévenir la pathologie ⁽⁴⁾.

La formation se situe dans le cadre de notre formation initiale, avec une compétence professionnelle nouvelle : il s'agira de transférer une partie de notre pratique médicale et obstétricale dans l'eau.

S'il n'est pas conseillé de cumuler les préparations, cette méthode n'est en contradiction avec aucune d'entre elles.

Outre la fonction d'information commune à toutes (PNP), elle a pour avantage de pouvoir être précoce, dès la vingtième semaine d'aménorrhée et, en moyenne, une à deux fois par semaine. Certes, la piscine peut être fréquentée à tous les stades de la grossesse, sauf avis médical, mais y aller tôt en améliore le bénéfice. Cet entraînement hebdomadaire permet par exemple d'agir en prévention si l'un des paramètres de la grossesse se modifie entre les visites mensuelles à l'hôpital. La sage-femme de la piscine jugulant aussi les inquiétudes inutiles, cela évite d'encombrer les urgences.

Suivant notre exemple, et quelquefois à la lettre près, une multitude de formations « Piscine » émergent ici et là. Si nos formations sont toujours aussi attractives, c'est que nous bénéficions d'une longue et riche expérience acquise au fil des années mais toujours à la pointe du progrès en actualisant nos propos en fonction des nouvelles recommandations. La fierté que nous avons de transmettre notre savoir est inaltérable.

**Cette incursion médicale mais nécessaire
laisse certaines dans un état d'isolement,
d'inquiétude ou d'angoisse qui les incitent à
chercher une compréhension ailleurs...**

Nous sommes reconnaissants aux nombreux formateurs ANNM qui nous ont offert leurs connaissances, qui nous servent toujours, aujourd'hui, de références. Ils se reconnaîtront dans nos écrits.

Aujourd'hui la grossesse constitue pour la plupart des femmes, des couples, un événement volontaire et organisé. Désormais rien ne semble plus laissé au hasard : tout est programmé. Cette incursion médicale mais nécessaire laisse certaines dans un état d'isolement, d'inquiétude ou d'angoisse qui les incitent à chercher une compréhension ailleurs, un lieu où interpréter personnellement les informations que le corps médical leur donne parfois sans ménagement.

La piscine est un lieu de détente, de bien être, qui permet aux femmes enceintes de retrouver un peu de leurs repères, hors d'une structure très médicalisée, donc moins impressionnante. Elle devient un lieu privilégié de parole et d'échange entre elles et avec nous quand elles le désirent. La barrière médicale « du trop savoir » est en grande partie gommée par notre identification à elles. En effet, l'unité vestimentaire représentée par un simple maillot de bain favorise la communication entre les patientes et la sage-femme.

Sans sa blouse, la maïeuticienne (maïeuticien) est comme les autres et retrouve le rôle de la *matrona* antique, initiant la jeune parturiente au mystère qui advient dans son corps. On peut considérer cette activité comme ludique sûrement mais elle a aussi des applications thérapeutiques.

Au début de chaque séance, un court moment en tête à tête est accordé à chaque femme, lui permettant de poser des questions concernant le quotidien ou l'intimité, le couple, la sexualité, thèmes rarement évoqués à l'hôpital. Chacune arrive avec son histoire, et si les motivations sont

1. Catherine Potel « *Le corps et l'eau* », Ed Erès.

2. Le Dr Bardiaux, gynécologue accoucheur.

3. Michel Pomat, à l'époque directeur des piscines de Versailles et Jacques Vallet qui l'aïda à la création d'une association nationale.

4. Agréée depuis 1983 par le Ministère de la formation professionnelle continue dans le cadre post-universitaire.

souvent communes elles ont aussi des différences dont il faudra tenir compte.

Les séances « piscine » permettent de mettre en œuvre le désir naturel de régression pendant la grossesse, au bénéfice de la femme et de son enfant, du couple dans l'activité et non plus dans la soumission au pouvoir de « ceux qui savent ».

LA PRATIQUE EN PISCINE

En vertu des grandes lois hydrothérapiques comme la résistance hydrodynamique ou flottabilité, l'absence (ou presque) de la gravité sur certaines entités anatomiques chez la femme enceinte entraîne un soulagement des structures les plus impliquées : charnière dorso-lombaire, diaphragme, charnière lombo-sacrée, articulations sacro-iliaques, symphyse pubienne, diaphragme pelvien et membres inférieurs. À mesure de la gestation, les contraintes mécaniques de la gravité augmentant, des symptômes gênants, voire douloureux, dus aux transformations de la statique fragilisent parfois l'état psychologique. En piscine, il y a donc une mise en « confort » articulaire, musculaire, ligamentaire et diaphragmatique sur ces structures anatomiques.

La femme enceinte bouge beaucoup plus facilement qu'en charge sur ses membres inférieurs hors de l'eau. La pression hydrostatique facilite aussi la circulation des membres inférieurs et soulage les stases veineuses et lymphatiques.

Ce portage dans une eau tempérée, entre 29° et 32° facilite la régression et l'identification à l'enfant baignant dans le liquide amniotique. La caresse de l'eau qui berce, détend, permet de s'imaginer dans ce cocon maternel.

LE TRAVAIL DE LA RESPIRATION

Le souffle est plus facile à visualiser dans l'eau (bulles, apnées modérées, respiration lente, freinée) sollicitant les abdominaux, principaux muscles de l'expiration qui fonctionnent pleinement lors de l'accouchement. La poussée en expir respecte l'élasticité du périnée dont la prise de conscience est travaillée à chaque séance.

L'eau peut parfois être effrayante avec la crainte de perdre l'équilibre, de manquer d'air, de se noyer, le regard n'étant plus à l'horizontal.

La préparation aquatique permet de reprendre confiance en soi, de se sentir capable de gérer les contractions du travail et de l'accouchement. La future mère acquiert de nouvelles compétences et exprimer ce qu'elle ressent l'aide à dédramatiser son accouchement.

LA RELAXATION

La relaxation est le moment privilégié. Dans ce milieu très maternel, sécurisées par la présence de la sage-femme, les femmes peuvent confier leur corps à l'eau. Parfois les difficultés à s'y sentir bien peuvent être le signe d'un problème.

Si les préparations à la naissance ont parfois des spécificités, la préparation à la naissance en milieu aquatique est accessible à toutes.

LA FLOTTABILITÉ

La flottabilité permet de rentrer en communication étroite avec l'enfant.

La présence éventuelle du compagnon favorise l'avènement du trio. À la différence de la préparation classique, son regard vient ré-érotiser la relation dans cette période de la vie de couple parfois difficile.

LE RETOUR À L'ÉVEIL

Dans ce milieu collectif très porteur, qui permet l'abandon de soi, les femmes sortent ensemble en douceur de cet état de régression fusionnelle.

La séance se termine alors par des exercices ludiques facilitant les échanges. Puis une collation réconfortante redonne à chacune la perception de son organisme propre favorisant l'échange : la sage-femme est là, discrète mais à l'écoute et peut intervenir si nécessaire.

Si les préparations à la naissance ont parfois des spécificités, la préparation à la naissance en milieu aquatique est accessible à toutes. Semaine après semaine, les exercices progressent dans le respect des différentes étapes des modifications corporelles. La prise de conscience des compétences acquises dans l'eau potentialisera la maîtrise du travail et de l'accouchement. Le bénéfice physique de cette pratique ne se dissociera pas de la convivialité du groupe.

Enfin, cette prise de confiance en soi tout au long de la grossesse sera une aide supplémentaire à l'autonomie de parents en devenir. •

PRÉPARATION ET ACCOMPAGNEMENT PAR LE YOGA

PAR **SOPHIE DUMOUTET**, PROFESSEUR DE YOGA,
SPÉCIALISTE EN PSYCHOLOGIE COGNITIVE
DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA PERCEPTION,
HYPNO-PRATICIENNE

J'ai découvert le yoga grâce à Marie-Hélène Demey et Bernadette de Gasquet lorsque mon premier enfant est arrivé, il y a vingt ans. Depuis, et au-delà de son effet lors de ma grossesse et de mon accouchement, je n'ai cessé de développer cette pratique dans ma vie. Elle m'a permis de renouer avec ma passion du corps humain et de la danse et m'a même fait changer de métier : je suis devenue spécialiste en yoga et psychologie cognitive (Master 2 - Paris 5). Depuis trois ans, je me passionne pour l'hypnose et j'ai créé l'hypno-yoga® association de yoga et d'hypnose. J'accompagne les futurs parents depuis quinze ans dans la construction de leur propre histoire et de leur famille.

LE YOGA, C'EST QUOI ?

Le yoga est une pratique qui s'est démocratisée petit à petit jusqu'à atteindre la périnatalité. Certains/ certaines comme le docteur Bernadette de Gasquet leur ont donné leurs lettres de noblesse même si cela a pris du temps. Il y a trente ans, dire que l'on faisait du yoga prénatal faisait précurseur, aujourd'hui il est à la mode : c'est sans doute pour cela qu'il faut faire doublement attention à qui vous l'enseigne et ce, d'autant que la grossesse demande une attention particulière !

Le yoga a de nombreuses significations et sens, des ramifications multiples dans lesquelles le yoga moderne est venu puiser sans jamais épuiser ses sources. On pourrait le comparer à un arbre dont les racines s'enfoncent loin dans

la culture indienne (peut-être même dans des civilisations proches de l'*Indus* il y a plus de 4 000 ans). Pour la partie aérienne de cet arbre, on pourrait le décrire comme une philosophie de vie qui touche tous les plans, spirituel, psychique, corporel, mental, santé empruntant plusieurs voies possibles : la voie de la méditation, les *asanas* (postures), la respiration (*pranayama*), la voie du karma, la dévotion, ou encore l'ascétisme entre autres (liste très loin d'être exhaustive). Le but ultime du yoga est de calmer l'agitation du mental (*yoga* signifie « mettre au repos »), ou encore dans un autre sens plus figuré, « l'art d'atteler » si l'on s'en réfère à la « *baghavad gita* », et donc de savoir mener un attelage associant le corps (le char), les cinq sens (cinq chevaux fougueux), le mental (les rênes), l'intelligence (le conducteur) et l'âme (le passager).

Enfin, pour toutes celles qui veulent être plus en contact avec leur bébé, créer de la place dans leur corps pour l'enfant à venir et se donner aussi un espace et un temps pour elles.

C'est une philosophie qui a traversé les siècles et les continents pour parvenir jusqu'à nous. C'est une pratique caméléon qui se transforme en fonction de la culture et du pays qui l'adopte et l'Occident n'y a pas échappé, développant de nombreux types de yoga. Il n'est pas étonnant que les femmes enceintes puissent en bénéficier. Le yoga est particulièrement adapté à la grossesse car il concerne justement tous les plans. Et c'est pour cela qu'il permet un accompagnement global très efficace pendant la grossesse jusqu'à l'accouchement : car pour de nombreuses femmes, la grossesse et l'accouchement sont des passages initiatiques qui leur demanderont, non seulement des forces physiques, mais aussi mentales et psychiques.

POUR QUI ?

Pour toutes ! De la novice à la sportive, de celle qui recherche simplement du bien-être à celle qui est curieuse de découvrir un nouveau domaine. De la femme tranquille à la femme ultra-active. De celle qui recherche un accouchement plus actif à celle qui veut simplement se faire du bien. De celle qui veut travailler sur son corps à celle qui souhaite explorer son imaginaire. De celle qui a mal partout et recherche un soulagement à celle pour qui tout va très bien et qui souhaite simplement entretenir sa santé. Enfin, pour toutes celles qui veulent être plus en contact avec leur bébé, créer de la place dans leur corps pour l'enfant à venir et se donner aussi un espace et un temps pour elles. Et enfin, pour les conjoints qui, non seulement constatent que leur compagne est plus zen mais peuvent eux aussi profiter d'un apprentissage de techniques (respiration et imagerie mentale) pour diminuer le stress de l'accouchement et ainsi mieux aider leur compagne, un vrai bénéfice pour le couple et l'avenir de la famille !

SOPHIE DUMOUTET est également auteure de plusieurs ouvrages dans le domaine du yoga, de la maternité, du développement de l'enfant (Larousse Nathan), dont le dernier ouvrage « Enceinte et en forme » est paru chez Larousse (janvier 2018).



De nombreuses femmes découvrent le yoga lors de leur première ou deuxième grossesse et débutent aux alentours de 4 mois et continuent en général lors des grossesses suivantes. Il existe de nombreux a priori et une véritable interrogation sur le yoga prénatal en particulier. Être enceinte fait tomber les barrières et la plupart des femmes enceintes s'autorisent alors à rentrer dans une pratique qu'elles ne quitteront plus par la suite dans la grande majorité, mordues par les exercices et surtout les bienfaits corporels et psychiques qu'ils apportent. Les mamans qui connaissaient le yoga avant la conception pourront poursuivre pendant toute la grossesse tout en adaptant les exercices.

La plupart des femmes sont surprises de découvrir des exercices d'une grande richesse et diversité, et surtout sans compétition, sans obligation de postures, chacune allant jusqu'où elle a envie d'aller, à l'écoute de son corps et de ses sensations ! Pas besoin d'être une ceinture noire de yoga, souple ou pas souple, chacune y trouve son compte !

Pour certaines, qui pratiquaient du sport de manière intensive, le yoga vient pallier le manque d'activité et représente parfois la seule activité corporelle possible, au début par défaut. Elles trouveront à leur grande surprise une grammaire corporelle et respiratoire qui viendra, par la suite, déployer leur propre pratique sportive. Quant aux danseuses, chanteuses ou comédiennes, habituées au travail du souffle et de la posture, elles seront comme des poissons dans l'eau et pourront poursuivre leur art jusqu'au bout.

Pour des mamans ayant déjà eu un accouchement et une préparation classique, elles viennent trouver une approche différente et complémentaire, plus axée sur le corps et moins le mental et les connaissances intellectuelles ou médicales. Elles savent mieux ce qu'elles veulent ou ne veulent plus et abordent cette deuxième grossesse avec une plus grande conscience, une meilleure connaissance de leurs limites ou forces (parfois un premier accouchement difficile les amène à une pratique corporelle). Ayant moins de temps pour cette deuxième grossesse, la séance de yoga représente un ballon d'oxygène, un espace protégé où elles peuvent souffler et une manière de se connecter à leur bébé, même si c'est plus tardif que lors de leur première grossesse.

Les attentes les plus courantes tournent autour du sommeil, du dos, de la digestion, de la respiration et la gestion du stress ou de la douleur.

QUELLES SONT LES BASES DU YOGA PRÉNATAL ?

Le yoga prénatal s'articule essentiellement autour de trois axes intimement reliés, les *asanas* (postures), le *pranayama* (travail du souffle/respirations) et le yoga *nidra* (yoga du sommeil), mais il peut aussi puiser dans la pratique des *mantras*, de la méditation, des *mudras* et du *karma yoga*.

Les postures sont adaptées aux femmes enceintes (par exemple plus de compression abdominale, ni de flexion arrière trop prononcée) et évoluent tout au long de la grossesse en fonction des besoins : on ne cherche pas à « faire » une posture, c'est au contraire la posture qui s'adapte à la femme enceinte. Pour cela on utilise des supports, tels que coussins, poufs, murs, tapis antidérapants, afin de sécuriser et soutenir les postures. On rajoute ainsi des coussins, dans

Il n'est plus question de passer en force mais au contraire de permettre une détente musculaire et un équilibre qui renforcent le corps sans le contraindre.

le dos, sous les jambes, le bassin, les genoux, la poitrine ou la tête selon la posture.

Il n'est plus question de passer en force mais au contraire de permettre une détente musculaire (pas de pression intradiscale, donc pas de pression abdominale) et un équilibre qui renforcent le corps sans le contraindre. Les postures inversées par exemple sont évitées ou limitées afin de minimiser le risque de remontées acides inhérent à la grossesse.

On recherche des postures qui permettent de « faire de la place » pour la mère (digestion, respiration) et l'enfant (mobilité), essentiellement grâce à des étirements, flexions ou torsions de la colonne vertébrale associés à la respiration (flexions soutenues ou torsions en position assise ou couchée) ainsi qu'à des étirements des bras ou des jambes. On utilise beaucoup les bras en extension donc mais aussi en soutien (façon cric ou béquille) pour protéger la posture.

Et pour les abdos, on se concentre sur le travail du transverse (position hamac ou expiration profonde) et des obliques (torsions). On proscriit le travail des grands droits et on recherche l'étirement de la chaîne musculaire postérieure souvent comprimée par la cambrure plus prononcée des femmes enceintes (en particulier les ischio-jambiers). Les postures anti-sciatiques (tête de vache par exemple) sont les bienvenues sauf en cas de crise d'inflammation.

Les respirations sont elles aussi adaptées (notamment plus d'exercices poumons pleins) ; on privilégie les expirations prolongées qui stimulent le système parasympathique (détente et relaxation), et notamment la respiration abdominale profonde qui renforce le transverse et libère le diaphragme. Pour libérer le souffle on se focalisera sur le plexus solaire, véritable centre et témoin du diaphragme et d'une bonne posture. Si celui-ci est comprimé, alors, la respiration sera limitée. Il faut simplement vérifier que ce « losange » placé entre le nombril et le sternum est bien déployé (j'utilise le terme « s'asseoir sur son ventre » lorsque celui-ci disparaît sous l'effet d'un dos avachi par exemple).

Afin d'augmenter l'effet des postures qui sont plus limitées, on insiste sur une respiration libre et profonde pendant chaque posture, auxquelles on peut associer des images mentales qui magnifient les sensations et développent une meilleure proprioception (le ventre qui ressemble à une voile dans le vent...).

Le travail d'ouverture et de libération du bassin, propre au yoga (postures assises en tailleur, posture semi-parfaite, tête de vache, posture de l'enfant, posture accroupie), augmente la mobilité et la souplesse, protège le dos et autorise une plus grande mobilité du bébé. Pour l'accouchement, ces postures peuvent aider la progression du bébé dans le bassin.

Autre originalité du yoga, le travail du périnée associé à la respiration : il s'agira essentiellement de prise de conscience et en particulier d'un travail de fermeture légère pour mieux ressentir l'ouverture future lors de l'accouchement.

On pourra compléter les exercices par les *mantras* (répétition de sons sur la respiration) ou les *mudras* (position symbolique des mains) qui approfondissent la détente, accroissent la confiance en soi et évacuent le stress efficacement.

On pourra associer aux exercices de yoga d'autres approches voisines avec un grand bénéfice, tels que le tao de la respiration (circulation du souffle dans le corps entier), la cohérence cardiaque (technique proche du *pranayama* avec focalisation de la respiration autour du muscle cardiaque), la méditation de pleine conscience et l'hypnose (images mentales, perception, lieu de sécurité) qui accroissent le bien-être psychique et permettent le dépassement des angoisses.

QUELS SONT LES BIENFAITS DU YOGA PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT ?

Pendant la grossesse, une pratique régulière permet d'améliorer considérablement la mobilité, le souffle, le sommeil, la digestion, la circulation, les problèmes de dos, de sciatique et diminue aussi l'anxiété. Prendre l'habitude de tenir son dos droit ; s'autoriser des postures différentes (par exemple, en position assise ou debout), apprendre à respirer plus profondément, est le garant d'une bonne hygiène de vie qui pourra se prolonger au-delà de la grossesse. Le contact avec l'enfant est facilité par le travail du souffle et la respiration abdominale : non seulement la maman le ressent mieux dans son ventre et plus vite mais son bébé a plus de place et bouge souvent beaucoup pendant une séance de yoga et notamment au moment de la relaxation.

Lors de l'accouchement, grâce aux exercices répétés pendant les semaines précédentes, le yoga permettra de trouver les respirations et les bonnes postures adaptées au travail de manière intuitive. En permettant une plus grande mobilité générale et en libérant le souffle, il diminue le stress et la douleur : la femme vit mieux l'accouchement tout en accompagnant l'enfant vers sa mise au monde. Et lorsque l'imprévu surgit (césarienne, déclenchement...), elle pourra rester connectée à son bébé grâce au souffle et au *yoga nidra*. Il ne s'agit pas de présenter le yoga comme la garantie d'un accouchement facile, mais pour la femme il sera l'assurance d'être actrice et pas seulement spectatrice pendant tout le processus de l'accouchement, avec ou sans péridurale, même en cas d'intervention médicale. Le *karma yoga* ou yoga de l'action désintéressée (agir sans en attendre aucun fruit mais avec détachement) permet de comprendre que la naissance est un processus particulier sur lequel la volonté n'a que peu de prise et demande une grande humilité.

Si le partenaire a pu assister à une séance naissance avec sa compagne, il aura appris des techniques de respirations et de *yoga nidra* ou visualisations mentales afin de réduire son stress, se recentrer sur sa détente, mieux comprendre le processus de l'accouchement et aider sa compagne plus efficacement et sereinement. Des postures d'étirements à deux appris en fin de grossesse, des exercices de respiration commune et d'imagerie mentale permettent une communication idéale le jour J et un vécu sur la « même longueur d'onde », garante d'un meilleur accueil du bébé et d'un attachement parent bébé et de couple renforcé. •

LES EXERCICES PHARES DU YOGA PRÉNATAL

UNE POSTURE : L'ENFANT

Au sol, à quatre pattes, genoux écartés, pieds joints, poser la poitrine sur un coussin éventuellement, garder le bassin en l'air derrière la ligne des genoux ou sur les talons, trouver la bonne position pour étirer le dos (droit), les bras étirés vers l'avant si possible, la tête au repos. Posture aux mille bienfaits !

BIENFAITS > *Meilleure respiration, digestion, étirement du dos, libération du bassin et hamac pour le bébé ! Très utile le jour J, pour apaiser la pression des contractions et posture possible pour l'expulsion ! En postnatal, posture bénéfique pour le périnée et soulager le dos ou le bassin.*

UNE RESPIRATION : NADI SHODHANA OU LA RESPIRATION ALTERNÉE

On utilise la main droite, doigts repliés, le pouce bouche la narine droite, l'auriculaire, la narine gauche en alternance : on inspire gauche puis expire droite, puis inspire droite expire gauche, ainsi de suite en boucle pendant 2 minutes.

BIENFAITS > *Calme mental, méditation, augmentation du débit respiratoire, ouverture des canaux respiratoires, préparation au sommeil, sommeil plus profond car meilleure oxygénation, clairvoyance et discernement.*

UNE RELAXATION : BODY SCAN

il s'agit de parcourir tout le corps mentalement, en position allongée ou couchée sur le côté jambe repliée (PLS), en passant en revue partie par partie et accentuer la détente. On la retrouve en hypnose également. Elle permet une plus grande perception du corps, connaissance de soi, plus grande relaxation et meilleur sommeil.

UN MANTRA : SO-HAM

Sur l'inspire répéter dans sa tête le son *Soooo*, sur l'expire, le son *Haaaamm*, en prolongeant l'expiration pour plus de détente.

BIENFAITS > *Calme le mental, nettoie les soucis et les pensées parasites, permet d'être dans l'instant présent, très utile le jour J pendant les contractions pour évacuer la douleur sans faire de son (évite de faire du bruit), augmenter l'amplitude respiratoire tout en ralentissant le rythme. Permet une concentration optimale. Utile pendant les postures pour augmenter l'oxygénation du corps et des muscles.*

UNE MÉDITATION

En posture semi-parfaite (assise sur un coussin, refermer les jambes sans les laisser se chevaucher, un pied devant l'autre devant le pubis), le dos droit, le ventre et le plexus solaire dégagés. Prendre conscience de sa respiration, de l'air qui passe et repasse, frais à l'inspire, tiède à l'expire, comme une vague qui va et qui vient, à l'inspire, la vague se retire, à l'expire elle s'enroule et s'allonge sur le sable... Visualiser les vagues et la plage et écouter le son de la respiration comme s'il s'agissait du bruit des vagues.

BIENFAITS > *Concentration, détente, arrêt des pensées parasites, endormissement, sommeil, traversée des contractions ou accompagnement du bébé pendant l'accouchement (même sous péridurale ou césarienne) vagues de plus en plus fortes au moment de l'arrivée de bébé. •*

LE PROJET DE NAISSANCE

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**,
SAGE-FEMME

DÉFINITION

L'Organisation Mondiale de la Santé définit le projet de naissance dans un rapport de 1997 intitulé « *Les soins liés à un accouchement normal* » comme un plan individuel déterminant où, et avec l'aide de qui, l'accouchement se déroulera.

La Haute Autorité de Santé française en donne en 2007, la définition suivante : « *C'est l'énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et de la naissance de leur enfant. Il inclut l'organisation des soins, le suivi médical, la préparation à la naissance, les modalités d'accouchement, les possibilités du suivi postnatal. Il peut être formalisé par un document écrit rédigé par les parents* ».

L'écriture d'un projet de naissance provient souvent du fait que la femme ne veut pas être incorporée dans un service et se conformer à ses règles. Il répond à un stress sain ou positif et lui permet de réagir et de retrouver un équilibre. Il n'est pas fondé sur une opposition de principe mais sur une réflexion.

Elle et son partenaire veulent des prestations adaptées à leur situation, à leurs attentes, à leurs besoins et à leurs valeurs.

Par le projet de naissance, ils se situent néanmoins comme une sorte de créanciers du service en voulant en sortir satisfaits, ayant l'intime conviction que le vécu de cet événement imprime toute leur vie future de parents.

Forts des recommandations nationales et internationales, des soutiens des associations d'usagers, la femme enceinte et l'autre parent expriment, au préalable à sa rencontre, leur projet, leur philosophie de la naissance et de la vie.

FONDEMENTS

La notion de projet fait déjà partie de leur environnement... Tout est sujet à projet mais il existe autour de ce concept une grande variabilité de définition. En tout cas, dès qu'un projet se met en place, cela manifeste une attente et un but personnel. Ce n'est donc jamais neutre. Le but que chacun se fixe est toujours personnel, intime et il donne un sens, dans le projet de naissance, à la grossesse et à la vie.

Le projet de naissance des femmes, des couples, intervient aussi bien dans ce qu'elle voudrait faire que dans ce qu'elle voudrait être.

Le but qu'elle va exprimer, éventuellement avec son ou sa partenaire, est une représentation de la façon dont elle souhaite vivre ce passage qui va construire son identité de mère. Et il est aussi bien lié à la part corporelle et physique de la grossesse et de l'accouchement, qu'à son côté émotionnel et psychique.

LA MOTIVATION

Il est nécessaire de s'intéresser aux moyens dont la femme dispose pour entreprendre et soutenir la motivation nécessaire à l'écriture et à la réalisation de son projet de naissance.

En effet, cela soulèvera, attisera l'énergie qui lui est nécessaire. Or, sa motivation va naître de l'intention qu'elle va développer. Celle-ci va ensuite lui permettre de fournir l'effort qui pourrait s'avérer utile pour réaliser ses objectifs.

Plus son projet de naissance est effectué à partir du sens qu'elle donne à son accouchement, plus son intention et sa motivation sont présentes, plus son comportement correspondra au niveau des efforts déployés.

Ce n'est qu'en étant actrice de ce qu'elle vit et de la situation dans laquelle elle est à cet instant qu'elle arrivera à formuler et exprimer les actions qui lui sont indispensables.

Elle doit essayer, pour cela, de prendre conscience de l'action qu'elle peut avoir sur son environnement et ce qui se déroule. Environnement dont les professionnels de santé font partie.

EXERCICE POSSIBLE À DONNER À LA PATIENTE AFIN QU'ELLE PUISSE RÉFLÉCHIR À ÉLABORER UN PROJET DE NAISSANCE SANS TENSION AVEC L'ENVIRONNEMENT MÉDICAL

Quelles sont ses zones d'impact et hors impact

Face à une situation ou un souhait, elle doit lister :

- Sur quoi elle **peut** agir, avoir un impact ;
- Sur quoi elle **ne peut pas** agir, avoir un impact ;
- Dans le cas d'une impossibilité à avoir un impact sur l'événement ou la situation dans laquelle il se déroule, elle va **chercher les zones de confort** pour pouvoir le vivre.

Cela lui permet de faire attention à ne pas considérer trop vite qu'elle n'a pas d'influence ou d'action possible sur tout ce qui se passe ou tout ce qu'on lui demande. Et un rapport collaboratif peut s'installer. Sinon elle va finir par se fatiguer à force de chercher à s'adapter. Elle risque de subir, de perdre son équilibre et ne plus oser rien entreprendre.

Il faut pour cela ne pas douter de ses capacités. Nous devons donc soutenir la femme et lui donner confiance en ses connaissances, son savoir et ses ressources dans chaque temps de nos rencontres avec elle.

D'autre part elle modifiera plus aisément son comportement pour faire respecter son projet de naissance si elle croit :

- En l'efficacité de son comportement pour atteindre son objectif désiré. **C'est son degré de conviction ;**
- En son efficacité personnelle dans l'adoption de ce nouveau comportement. **C'est-à-dire qu'elle doit croire qu'elle le peut.**

POUR LA PRÉPARER PETIT À PETIT À UNE AUTONOMIE ET À UNE ADAPTATION PARFOIS NÉCESSAIRE ON PEUT LUI SUGGÉRER EN PRÉPARATION DE :

- Chercher à modifier la situation quand elle ne lui convient pas ;
- Respecter ses propres valeurs ;
- Accepter celles des autres ;
- Relativiser, prendre du recul ;
- Gérer son énergie ;
- Oser proposer et entreprendre certaines actions en toute confiance en elle.

Son sentiment envers ses propres capacités à le vivre et le réaliser, à mobiliser ses ressources face aux événements rencontrés, lui permet de choisir les actions à mener et de déterminer les efforts qu'elle a à fournir.

Car ce n'est pas parce qu'il est élaboré et correspond à ce qui a le plus de sens pour elle qu'il est forcément facile à décliner.

L'établissement de son projet de naissance et la mise en évidence du but recherché, de son objectif désiré, vont stimuler son désir de l'atteindre et seront une grande aide à la mobilisation de ses ressources, un puissant déterminant des activités et des efforts qu'elle mettra en place pour l'atteindre ou s'en approcher.

Son projet de naissance montre qu'il peut exister des domaines du possible qui n'étaient pas toujours mis en évidence ou exploités.

Et de fait, le rend réalisable. Car il contient en lui-même les éléments de la motivation de la patiente qui l'écrit.

Deux temps seront à différencier : celui de son élaboration, de son étude, et celui de sa réalisation. Celui de l'idée qu'elle s'en fait et celui de sa mise en œuvre.

EXERCICE DE PRÉPARATION

Inciter la femme à :

- Ne pas se faire trop conseiller mais à laisser émerger d'elle-même le contenu de son projet ; à travailler sur ses besoins et son autonomie ;
- Proposer elle-même le cadre, le processus qu'elle souhaite pour le vivre. Essayer de s'autoréguler, notamment dans son environnement, de façon dynamique et continue ;
- Rechercher du sens, faire ce qu'elle souhaite être ;
- Se fixer des objectifs intermédiaires en fonction des termes de la grossesse.

ÉLABORATION

L'écriture d'un projet de naissance va mettre la femme enceinte en interaction avec ce qui se passe autour d'elle. Il va lui demander un effort pour faire sortir d'elle ce qui lui est important. Elle va donc l'élaborer petit à petit en fonction des rencontres qu'elle va faire, du lieu qu'elle va choisir pour son suivi de grossesse et pour son accouchement, en fonction aussi de la ou des personnes qui l'accompagneront.

Mais l'élaboration de son projet ouvre la possibilité qu'elle remette de l'individuel et de ses initiatives dans le système périnatal où un certain nombre de schémas sont construits et systématisés.

Et d'éviter qu'elle ne mette en retrait face à l'autorité du savoir professionnel et médical.

L'intention qui va être le moteur d'écriture de son projet de naissance va mettre en objet le fruit de son imaginaire. Un imaginaire au cœur de sa pensée, un imaginaire qui la sécurise. Mais qui est tendu vers quelque chose qui n'existe pas encore, qu'elle aura à façonner, à modeler. Pour cela, certaines de ses rencontres ou de ses expériences seront rejetées car elles lui sembleront inappropriées. Et même certaines des idées qu'elle avait avant d'être enceinte ou en début de grossesse deviendront obsolètes ou inadéquates quand le temps va passer et les choses se vivre. Le professionnel de santé ne doit pas juger ses variations mais les accueillir et à son tour et s'adapter aux mouvements de la femme qui mature son projet au fur et à mesure de ce qu'elle vit.

Toute son histoire et sa trajectoire de grossesse vont influencer sur ce projet et même parfois en faire surgir d'autres parallèlement !

En prenant le temps de réfléchir à ce projet de naissance, la patiente et son entourage proche se situent au cœur de l'action à mener. L'intensité de leur projet sera directement liée à leur degré de réflexion.

Ce projet n'a pas un objectif d'expérimentation courte. Il est dirigé vers une étape de son parcours, l'accouchement, mais comme un socle à son engagement futur de parent.

Il lui faut essayer de le construire en fonction de ses valeurs, de ce qui a du sens pour elle, pour eux, de son objectif désiré. Nous devons faire attention qu'elle ne la rattache pas uniquement au modèle qu'elle pourrait trouver sur les sites d'usagers ou dans des publications.

Car, alors qu'il est porteur de vie et de physiologie, il devient dans ce cas très vite attaché à une volonté de maîtrise et de contrôle. Il s'attarde à ce que fait l'autre et moins à ce qu'elle est, et il crée des tensions et des oppositions chez les soignants qui se retrancheront derrière le soin sans chercher à démêler l'écheveau des possibles et des contraintes, sans accepter la singularité et les différences que la femme et son projet imposent à leurs habitudes. Parler de soi la protège de cela.

Son projet de naissance doit être un acte de réflexion sur le sens de faire naître un enfant et d'enfanter.

Une action qui sait répondre à l'appel de l'inattendu et laisse surgir tout ce qui sera nouveau.

Alors le projet de naissance ne doit pas être fixé à un objectif immuable mais pouvoir, à chaque instant, permettre à la patiente de trouver les réponses les plus adaptées à ses valeurs. Ce n'est pas un projet programmé ; ce n'est pas un contrat qui serait forcément réducteur de la complexité de ce qu'elle vivra.

Son projet de naissance est une trame qui demande une capacité de mouvement d'adaptation. Ce qu'elle a projeté à un moment donné n'a pas la même portée que ce qu'elle fera spontanément.

Et c'est dans ce qu'elle ressentira à chaque instant qu'elle mettra en mouvement tout ce qui est endormi, ce qui est caché et ce qui doit advenir. Il ne faut pas que la femme s'enferme dans l'idée de réussir à tout prix son projet de naissance car cela risquerait de mettre à mal l'inédit de la naissance et de ce que l'événement va lui faire vivre.

Son projet doit avoir cette possibilité d'être sans cesse renouvelé, enrichi par le flux de ce qu'elle va vivre. Il doit pouvoir jaillir d'instant en instant, de commencement en commencement, petit à petit, segment par segment. Et alors faire une continuité de sens et pouvoir se décliner en acte. Il en sera de même toute sa vie de parent et pour son enfant.

C'est dans un mouvement perpétuel et dans une capacité de pensée critique que le projet élaboré par la femme et l'autre parent, que ce qu'ils avaient imaginé, pourra être adapté à ce qui émane d'elle, de lui, à ce qu'il sera, ou souhaite être, et ne pas devenir une contrainte.

La réalité de ce que chacun vit n'est pas assimilable au rationnel. Elle est éruption dans l'événement !

C'est en gardant cette souplesse, en gardant la possibilité de vivre l'inattendu dans ce projet que la femme, son conjoint, pourront apprécier réellement leur événement. Et chacun des professionnels de santé doit le penser ainsi et accompagner le couple dans le déploiement possible de leur projet, pas à pas et en fonction de ce qu'ils vivent présentement.

Aider la femme et l'autre parent à :

- Ne pas idéaliser leur projet
- En construire un réalisable pour eux
- Être à l'écoute de leurs sensations
- Répondre instinctivement à mes sensations même si elles amènent à varier leur projet.

Écrire un projet de naissance permet donc de le réfléchir et de pouvoir le transmettre quand il est difficile de parler de soi en travail d'accouchement. La parole de la femme et de tous ceux qui participent à l'élaboration de ce projet doit être reçue par le professionnel de santé et cela peut être un support pour qu'il se laisse envahir par ce qu'ils souhaitent vivre et ose revoir ses habitudes et ses certitudes. •

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

TARIF D'ABONNEMENT

11 NUMÉROS PAR AN

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

* Joindre attestation.

Abonnement collectif de service 156,00 €

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

ABONNEMENT 2019

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

L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME

La dimension affective dans le processus de la naissance a été longtemps minimisée ou ignorée. Depuis 2005, la Circulaire DHOS/DQS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 vise à développer la sécurité et la qualité des soins, dans un esprit d'humanité, par la prise en considération du contexte psychologique et social des parents et de l'enfant.

L'entretien prénatal précoce (EPP) fait suite à bon nombre de constats. Ceux-ci ont conduit à poser une réflexion plus large pour une meilleure prise en charge de la grossesse, le dépistage et la prévention des vulnérabilités des femmes dans une approche de santé globale. Dans les décrets de périnatalité de 1998, dépister, informer, orienter, deviennent des maîtres mots et l'idée d'un entretien individuel personnalisé au 4^e mois de la grossesse commence à germer. En effet la prévention est dirigée vers les facteurs de risques médico-psycho-sociaux liés à la grossesse et à la naissance.

En septembre 2003, la mission Périnatalité émet vingt propositions, parmi lesquelles :

- Assurer une prise en charge globale et précoce dans le respect du choix de l'usager ;
- Améliorer la place de l'usager dans le système de soins périnatal,

...

Puis, le plan Périnatalité 2005/2007 précise l'objectif global de la PNP : « *Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche nouvelle éducative et préventive* ». Il décline plusieurs aspects dont l'entretien individuel du 4^e mois, la prise en compte psychologique de la naissance, l'information des patientes et des familles, la participation des usagers et le renforcement du lien médico-psycho-social.

Enfin, les recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé relatives à la Préparation à la naissance et à la parentalité en novembre 2005, dissocient le premier entretien des sept séances suivantes.

Cette procédure comprend trois mesures : la mise en place d'un entretien individuel du 4^e mois, la prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance et le développement des réseaux en périnatalité.

L'entretien prénatal, qui n'est pas obligatoire, est destiné à toutes les populations, pour permettre aux futurs parents d'exprimer leurs attentes et leurs craintes et de les guider dans le suivi de la grossesse.

Quand il est proposé en tout début de grossesse, il est réalisé le plus fréquemment au cours du 1^{er} trimestre, mais peut aussi, par manque d'information ou de disponibilité des couples, se faire plus tardivement.

S'inscrivant dans la préparation à la naissance et à la parentalité, il est majoritairement réalisé par les sages-femmes, mais un médecin peut l'effectuer. L'entretien individuel n'est pas une consultation médicale supplémentaire, mais un moment d'écoute et d'information qui permet au couple d'investir cette grossesse, et au soignant d'en adapter le suivi et l'orientation. Cet entretien a pour but la prévention et non la stigmatisation.

Les professionnels intervenant dans ce contexte ne sont pas tous préparés à mener à bien cet entretien, mais la mise en place de formations développant, entre autres, l'écoute et la relation d'aide ainsi que l'organisation du parcours de soins, en facilite grandement la réalisation. La coordination nécessaire à la bonne transmission des informations entre les professionnels demande de l'organisation, du temps et la possibilité de proposer une aide spécialisée par l'intermédiaire d'un réseau de soins.

Les réseaux de périnatalité organisent des sessions de formations et peuvent être une ressource importante pour l'orientation des patientes vers des professionnels de santé formés. En effet, ce dispositif d'accompagnement à la future parentalité s'inscrit dans un projet de soins et d'accueil en maternité. Chaque structure se doit donc d'accueillir le projet des couples. Cette aide précoce et de qualité, suivie par une amélioration des parcours de soins, constitue un facteur de prévention de maltraitance et de psychopathologie infantile et adolescente. C'est un véritable enjeu de santé publique. On ne peut qu'encourager les professionnels à en faire la promotion. Or, l'enquête nationale de périnatalité de 2016 montre que cet EPP est sous-exploité.

LORS DE L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE, IL S'AGIT DE :

- Apprécier la santé globale de la femme enceinte ;
- Identifier les besoins d'information ;
- Définir les compétences parentales à développer ;
- Faire le point sur le suivi médical et le projet de naissance ;

- Repérer les situations de vulnérabilité chez la mère et le père ;
- Orienter vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement si nécessaire au sein du réseau périnatal de proximité ;
- Transmettre des informations aux professionnels susceptibles d'apporter une aide avec autorisation ;
- Consolider le projet de naissance ;
- Rédiger une synthèse et coordonner le suivi, transmis aux autres professionnels avec l'accord de la patiente.

Entrer dans une relation intime avec la femme et le couple, c'est prendre en considération leur souhait, les valoriser, leur permettre de s'approprier cette maternité et établir un climat de confiance. C'est savoir être dans un rapport collaboratif et dans une écoute active bienveillante. C'est ne pas porter de jugement sur leur histoire et les difficultés que ces derniers peuvent rencontrer car cela permet d'identifier les situations de vulnérabilité, et coordonner ensuite les actions des différents intervenants de la naissance.

Des informations à visée préventive et éducative sur la grossesse sont données au cours de cet entretien. Outre l'évaluation de l'état physique de la patiente, il est donc important d'être attentif à son état émotionnel et affectif.

La trame de l'entretien permet de préciser en outre : qui est la femme enceinte, le couple ; ce que la femme vit et a vécu ; ce qu'elle ressent ; ce qu'elle fait ; ce qu'elle sait ; ce qu'elle croit ; si elle se sent menacée, et par quoi ; ce dont elle a envie ; ce qu'elle veut connaître et apprendre ; ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire.

Il recherche différents facteurs de vulnérabilité (non exhaustifs), tels que : problèmes de type relationnel ; antécédents obstétricaux mal vécus ; violence domestique ; stress, anxiété, troubles du sommeil ; épisode dépressif ; addictions ; précarité, risque social (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale) ; naissance à haut risque psychoaffectif (maladie, malformation ou handicap).

Il va donc s'attarder à ce que les femmes ont vécu, ce qu'elles vivent et ce qu'elles projettent.

UNE TRAME DE L'ENTRETIEN PEUT ÊTRE

CE QUE LES FEMMES ONT VÉCU

- Accouchements précédents ;
- Dépression du post-partum ;

- Fausse couche, interruption volontaire, médicale de grossesse;
- Procréation médicalement assistée;
- Antécédents psychologiques;
- Antécédents de viols et d'attouchements.

CE QU'ELLES VIVENT

- Difficultés socio-économiques;
- Questionnement vis-à-vis de leurs propres parents;
- Vécu de la grossesse;
- Ambivalence.

CE QU'ELLES PROJETTENT

- Comment la femme et le couple se projettent;
- Projet de naissance;
- L'enjeu du sexe fœtal;
- L'accueil de l'enfant.

EXEMPLES DE QUESTIONS À ABORDER, AVEC SENS ET EMPATHIE, RESPECT ET BIENVEILLANCE

Antécédents marquants et/ou facteurs de risque et/ou traitements en cours

- Hygiène de vie, régime et précaution alimentaire, conduites addictives;
- Activité professionnelle, physique et sportive;
- Suivi médical (visites, échographies, urgences obstétricales).

Situation sociale

- Avez-vous un emploi?
 - *Oui.* Conditions de travail? Problèmes financiers?
 - *Non.* Indemnités? Situation irrégulière? Couverture sociale? Problèmes financiers? Orientations: Sécurité sociale, ANPE, assistante sociale, PMI, association locale aide droits de femmes... Conditions de vie.
- Où habitez-vous?
 - Type de logement? Nombre de personnes au foyer? Insalubrité? Hébergement? Squat? Hôtel? SDF?

➤ **Orientations.** Mairies, assistante sociale, sage-femme PMI. Place du père de l'enfant: reconnaissance, relations du couple?

- Vivez-vous avec le père de l'enfant?
 - *Oui.* Profession du conjoint, problèmes de santé? A-t-il d'autres enfants dans le foyer? Aide au quotidien? Problèmes dans le couple?
 - *Non.* Seule? Soutien familial?

- **Orientations.** CAF, Mairies, Médiation familiale (APCE), association aide aux familles... n Évaluation de l'isolement
- Avez-vous de la famille/des amis à proximité?
 - *Non.* Isolement géographique? Famille non-soutenante? Réseau d'amis?

➤ **Orientations.** Groupes de femmes, groupes de parole...

Environnement affectif: histoire familiale, rupture, décès

- Antécédents et/ou vécu psychologiques: troubles alimentaires, troubles du sommeil, dépression, tentative d'autolyse.
- Perception de sa grossesse: chaque femme peut ressentir une certaine anxiété sur la grossesse, la naissance... L'important étant de ressentir (d'évaluer) la capacité à verbaliser ses inquiétudes, à les contenir.
 - Image corporelle vis-à-vis d'elle
 - Investissement?
 - Estime de soi?
- Peurs et angoisses par rapport:
 - À la grossesse?
 - À la naissance: accouchement?
 - À leur rôle de parent? Ce qu'elle/il imagine? Ce dont elle/il a envie?

Comment les aider, les encourager, les prévenir des risques par rapport à leur projet en mobilisant les ressources de proximité:

- Offre de préparation à la naissance;
- Rôle des différents professionnels;
- Missions et fonctionnement des communautés périnatales et du réseau (TIU, formations communes, consensus des pratiques);

Après l'entretien, qu'un problème soit identifié ou non, il est important d'effectuer une transmission au professionnel qui suit la patiente, ainsi qu'à tous ceux qui vont être amenés à l'accompagner durant la grossesse, l'accouchement, et en post-partum. Cette transmission se fait de vive voix quand le professionnel est connu ou identifié, avec l'accord de la patiente, ou par le biais de la feuille d'entretien. Elle permet de personnaliser le suivi de la patiente tout au long de son parcours. Mais le professionnel doit régulièrement évaluer où la femme en est de son cheminement dans son projet, si les vulnérabilités identifiées ont pu être étayées...

Le professionnel de santé s'assure de la globalité de la prise en charge de la patiente. À chaque femme, il propose un suivi adapté à ses besoins. Pour des attentes plus spécifiques, il peut orienter vers une expertise particulière (diététicienne, psychologue, assistante sociale...).

Le professionnel référent, fort de cet outil, détecte les problèmes éventuels et coordonne, si besoin, la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire et peut se faire aider pour cela par les réseaux de périnatalité.

EXTRAITS DE LA RECOMMANDATION DE L'HAS

ENTRETIEN PRÉCOCE INDIVIDUEL OU EN COUPLE

L'entretien individuel ou en couple ne se substitue pas aux consultations de suivi de la grossesse. Il permet de structurer la PNP et de coordonner les actions des professionnels autour de la femme enceinte. En pratique, il s'agit d'impliquer la femme et le couple dans une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation et de favoriser une meilleure coordination des professionnels autour de la femme enceinte au moyen de méthodes visant à:

- Accéder par le dialogue au ressenti de la femme et du couple et à consolider leur confiance dans le système de santé;
- Indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales
- Repérer les situations de vulnérabilité et proposer une aide;
- Adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et du couple.

OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN PRÉCOCE

Les objectifs de l'entretien individuel ou en couple sont présentés par le professionnel de santé qui déclare la grossesse.

Le but recherché de l'entretien est de:

- Présenter le dispositif de suivi de la grossesse;
- Situer dans ce dispositif l'intervention des professionnels et préciser sa manière de travailler avec les autres professionnels;
- Anticiper les difficultés somatiques, psychologiques et sociales qui pourraient advenir;
- Compléter ou donner des informations sur les facteurs de risque, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie;
- Encourager la femme ou le couple à participer aux séances de PNP.

Le professionnel qui réalise l'entretien s'assure que la femme et le couple ont compris les objectifs de l'entretien.

L'ENTRETIEN PERMET

① **Une appréciation positive** de la santé globale de la femme enceinte (aspects somatique, psychologique et social) pour:

- Permettre aux professionnels de santé de mieux connaître la femme ou le couple et leur contexte de vie;
- Explorer le vécu de la grossesse en consolidant les compétences personnelles de la femme;

- Conforter le couple dans son projet de grossesse et de naissance : choix des modalités d'accouchement, possibilités d'accompagnement pendant la grossesse et après la naissance ;
- Permettre à la femme enceinte de mettre en avant et mobiliser ses ressources personnelles et sociales, ses capacités physiques pour faire face aux changements, corporel, mental, social, familial, liés à la naissance de l'enfant, de même pour le futur père.

2 Une information sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels autour de la femme enceinte qui vise à :

- Présenter l'offre de soins, le travail entre les divers acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, les missions et fonctionnement du réseau de santé quand il existe, les droits liés à la maternité, les ressources matérielles, les services, les sources d'information fiables avec mise en garde quant aux sources qui délivrent une information non vérifiée ;
- Faire le point sur le suivi médical sans aborder systématiquement les informations spécifiques au contenu et aux conditions de déroulement des consultations de suivi médical de la grossesse, sauf en cas d'absence de suivi ou de questions posées par la femme ou le couple ;
- Présenter les alternatives de PNP au sein de l'offre locale.

3 Une information précoce sur la prévention des facteurs de risque et comportements à risque :

- Donner des informations sur les risques liés au mode de vie, des conseils d'hygiène alimentaire et de nutrition et une information sur les risques infectieux alimentaires ;
- Souligner les risques de l'auto-médication, de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues.

4 Une identification des besoins d'information et des compétences parentales à développer et à soutenir pour :

- Indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales en vue de préparer la naissance, l'accueil de l'enfant dans les meilleures conditions, et soutenir la fonction parentale ;
- Préciser à la femme ou au couple que leur expérience va être consolidée, qu'un apprentissage va leur être proposé comme les soins à l'enfant, l'alimentation, le couchage, la prévention, la promotion

d'une bonne santé, la sécurité au domicile. L'épanouissement d'une « parentalité réussie » va être soutenu par des informations et des échanges d'expérience (besoins et exigences d'un jeune enfant, construction du lien d'attachement, faire face à des pleurs, en particulier de cause incomprise, etc.) ;

- Encourager le couple à participer aux séances en soulignant l'intérêt d'une PNP précoce et régulière qui sera poursuivie à la maternité et à domicile en cas de sortie précoce ou en cas de difficultés anticipées durant la grossesse ou décelées après la naissance.

5 Un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité (somatique, sociale, psychoaffective) susceptibles de compromettre la santé de l'enfant, de perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, voire de nuire à la protection et à la sécurité de l'enfant afin de :

- Ne pas réduire les difficultés aux seules situations connues comme la précarité et un bas niveau éducatif, mais de les élargir à d'autres facteurs ;
- Identifier une addiction (alcool, drogue, médicaments, tabac) ;
- Convaincre, avec tact, les femmes de ne pas taire les violences conjugales. Les facteurs de vulnérabilité ne pourront pas tous être repérés lors de l'entretien individuel. Il est recommandé que le professionnel de santé qui assure les consultations de suivi de la grossesse, soit attentif au repérage de ces facteurs. Les transmissions interprofessionnelles sont une aide pour le médecin ou la sage-femme qui suit la grossesse pour ajuster sa vigilance.

6 Un premier lien, et si besoin un travail en réseau avec des professionnels, activé autour de la femme et de sa famille, de la période anténatale à la période postnatale pour :

- Proposer précocement une réponse adaptée aux difficultés ;
- Discuter avec le professionnel qui assure le suivi médical de l'intérêt d'un suivi médical complémentaire et en cas de problème somatique d'une consultation. Les confidences reçues ne doivent pas d'emblée entraîner une consultation spécialisée, en particulier psychologique ou psychiatrique. Lorsque la femme n'est pas prête à effectuer la démarche, les psychologues et psychiatres peuvent apporter un soutien au professionnel qui suit la grossesse pour

l'aider à mieux prendre en compte les besoins psychiques et intensifier le suivi médical ;

- Envisager une conduite à tenir devant de réelles situations de danger ou d'insécurité (violence, isolement extrême, etc.) ;
- Adapter le suivi en fonction des besoins tout au long de la grossesse, à la naissance et en postnatal.

CONDUIRE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL OU EN COUPLE

Pour conduire l'entretien, il est recommandé de créer des conditions de dialogue et d'utiliser des techniques de communication appropriées qui :

- Mettent la femme et le couple en confiance ;
- Leur permettent d'exprimer leurs attentes, leurs besoins, leur questionnement ;
- Les aident à livrer leurs ressentis, leurs angoisses, les traumatismes actuels ou anciens qui pourraient être source de difficultés ultérieures.

Conditions de dialogue et techniques de communication utilisables lors du déroulement de l'entretien individuel ou en couple

- Qualité de l'accueil, écoute active, tact, attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiante, empathie ;
- Temps d'expression suffisamment long de la femme et du futur père ;
- Reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire de la femme et du couple ;
- Utilisation de questions ouvertes qui permettent d'accéder au ressenti de la femme et du couple et de tenir compte de sa logique de raisonnement. Les questions fermées sont utilisées pour obtenir une précision ;
- Reformulation, relance pour explorer une dimension en particulier ;
- Possibilité de s'entretenir un moment avec la femme, seule, ou programmation d'une rencontre ultérieure pour évoquer des problèmes délicats comme la violence domestique ou conjugale, des traumatismes anciens ;
- Progressivité dans la délivrance des informations, des conseils ;
- Clarté de l'information délivrée et adaptation du niveau de langage, en particulier en cas de handicap sensoriel, de faible niveau d'études ou pour les femmes et couples venant de pays étrangers (recours à un interprète) ;
- Assurance d'une bonne compréhension des informations délivrées ;
- Résumé de la situation, confirmation de ce qui a été dit, proposé, décidé ;

- Assurance que la décision finale appartient à la femme. Cette décision peut évoluer au cours de la grossesse;
- Confidentialité de l'entretien, en particulier sur les questions délicates comme la violence domestique;
- Information et accord de la femme pour la transmission d'informations entre les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social.

Indiquer les contenus à aborder lors des séances et repérer les situations de vulnérabilité

Afin d'indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales, il est recommandé d'utiliser un guide d'entretien.

Principaux thèmes à aborder lors de l'entretien individuel ou en couple

- Qui est la femme enceinte, le couple;
- Ce que la femme vit et a vécu;
- Ce qu'elle ressent;
- Ce qu'elle fait;
- Ce qu'elle sait;
- Ce qu'elle croit;
- Se sent-elle menacée et par quoi;
- Ce dont elle a envie;
- Ce qu'elle veut connaître et apprendre;
- Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions.

Aucun instrument d'identification des facteurs de vulnérabilité au cours de la grossesse n'a été correctement validé, y compris pour la prévention anténatale de la dépression du post-partum. L'EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) est un instrument d'auto-évaluation validé et traduit en français qui permet d'aider au repérage d'une dépression après la naissance.

Le groupe de travail craint que l'utilisation d'un questionnaire, comportant une liste des principaux facteurs de vulnérabilité, administré ou auto-administré, puisse aboutir à stigmatiser les personnes et à augmenter leur sentiment de dévalorisation. Il est recommandé de se référer à une définition des principaux facteurs de vulnérabilité pour les reconnaître au cours du dialogue avec la femme ou le couple. La liste non exhaustive des principaux facteurs de vulnérabilité a été établie à partir de l'analyse de la littérature, complétée de l'expérience pratique des membres du groupe de travail, sans parvenir ni à hiérarchiser les facteurs de vulnérabilité, ni à définir les caractéristiques d'une population à risque.

Principaux facteurs de vulnérabilité

- Les antécédents obstétricaux mal vécus: précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse.

- Les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple: avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage.
- La violence domestique, en particulier conjugale.
- Le stress traduit la relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation: challenge à surmonter ou menace à laquelle elle peut succomber. Le stress est soutenu par la perception personnelle à la fois des exigences de la situation et de ses capacités.
- L'anxiété est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte.
- Les troubles du sommeil du début de grossesse peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression.
- Un épisode dépressif durant la grossesse se caractérise par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités.
- La dépression du post-partum est fréquente. Selon les études, sa prévalence varie de 3 à 10 % selon le moment du post-partum où elle est étudiée;
- La dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments) entraîne des effets néfastes physiques ou psychologiques chez la femme enceinte et des conséquences physiques chez le nouveau-né qu'il convient d'anticiper.
- La précarité est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités.
- Le risque social est lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale: enfants, parent isolé ou rupture conjugale).
- La naissance à haut risque psycho-affectif après l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

œuvre les séances prénatales (s'il n'a pas réalisé l'entretien lui-même) et au médecin ou à la sage-femme qui assure le suivi médical de la grossesse.

En cas de situation de vulnérabilité ou de difficultés, la synthèse sert également de support à la coordination des actions autour de la femme enceinte.

Les éléments de la synthèse sont les suivants:

- Climat et tonalité de la rencontre (comportement);
- Ce que la femme exprime de ses besoins, attentes, préoccupations, difficultés;
- Les besoins d'information et les compétences à développer par la femme ou le couple;
- Les difficultés et les facteurs de vulnérabilité;
- Les troubles somatiques, les difficultés psychologiques et sociales;
- Les orientations médicales et les dispositifs d'aide et d'accompagnement proposés;
- Les contacts pris avec les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social;
- Le suivi envisagé avec l'évaluation régulière de la situation à chaque étape de la PNP: amélioration des connaissances et des compétences parentales, utilité et efficacité des dispositifs mis en place;
- Les coordonnées de la ou des personnes qui occupent ou partagent la fonction de coordination. L'existence d'un dossier partagé, détenu par la femme, devrait faciliter l'accès aux informations médicales, qui de ce fait seront disponibles au moment de l'entretien. •

RÉDIGER UNE SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL OU EN COUPLE

Il est recommandé de rédiger une synthèse de l'entretien individuel ou en couple. Cette synthèse est transmise avec l'accord de la femme au professionnel qui met en

Évolution du recours à l'IVG en France : DE L'ENJEU CONTRACEPTIF À LA MODIFICATION DE LA NORME PROCRÉATIVE

PAR **NATHALIE BAJOS**^{1,3}, **MICHÈLE FERRAND**², **CAROLINE MOREAU**¹

¹ Inserm U1018-CESP, Équipe « Genre, santé sexuelle et reproductive », Le Kremlin Bicêtre (94).

² CNRS-UMR 7112 CNRS-Paris 8, Cultures et Sociétés Urbaines (CSU), France. ³ Ined, Paris 20^e.

Si le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) a enregistré une baisse sensible en France du lendemain de sa légalisation en 1975 jusqu'au début des années 1990, les taux sont stables depuis lors, oscillant entre 14 et 15 avortements annuels pour 1 000 femmes de 15-49 ans (figure 1), soit environ 200-210 000 IVG chaque

année^[1]. Des différences sont observées selon l'âge des femmes, les taux étant en augmentation depuis 1990 et jusqu'au milieu des années 2000 chez celles de moins de 30 ans et évoluant à la baisse chez les plus âgées (figure 2). Au total, on estime aujourd'hui que près d'une femme sur trois aura recours à l'avortement une fois dans sa vie¹. Par ailleurs,

depuis 1970, la contraception médicale, dont l'efficacité est plus élevée que celle des méthodes traditionnelles, n'a cessé de se diffuser dans la population française. Nombre d'observateurs, chercheurs, professionnels de santé, politiques, s'interrogent sur cette relative stabilité du recours à l'IVG dans un tel contexte^[2]. On ne saurait déduire de cet apparent paradoxe que la contraception n'a aucun effet sur le recours à l'IVG depuis le début des années 1970. Mais, la liaison est complexe car le recours à l'IVG doit s'analyser comme un processus résultant de la survenue de plusieurs événements conditionnels^[3,4]. Il faut d'abord⁽ⁱ⁾ que les femmes aient des rapports sexuels alors qu'elles ne souhaitent pas être enceintes. Il faut ensuite⁽ⁱⁱ⁾ qu'elles n'utilisent pas de techniques contraceptives ou qu'elles connaissant un échec de leur méthode. Face à une grossesse non prévue, certaines⁽ⁱⁱⁱ⁾ voudront recourir à l'IVG tandis que d'autres choisiront de la poursuivre. Enfin, celles qui décident d'interrompre la grossesse, devront^(iv) pouvoir accéder à temps au système de soins dans le contexte prévu par la loi : terme de la grossesse, lieu de l'intervention. Dans un tel schéma, la relative stabilité du nombre d'IVG depuis 1990 peut traduire soit la stabilité de chacune des étapes précitées, soit des évolutions contraires qui se compenseraient globalement². Ces différentes étapes peuvent s'articuler les unes aux autres différemment selon les phases du cycle de vie.

Cet article se propose de faire un bilan des recherches sociologiques et épidémiologiques conduites ces dernières années en France pour donner à voir, au-delà d'une simple lecture en termes de taux d'avortement, que les évolutions observées prennent sens dans un contexte social en pleine évolution du point de vue du statut social des femmes

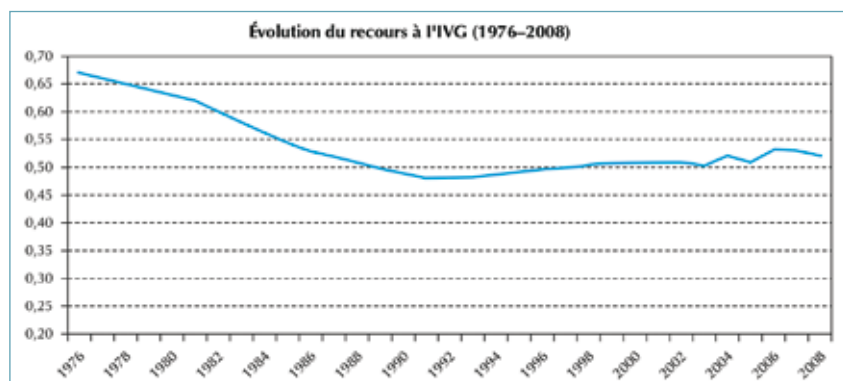


Figure 1. Évolution des indicateurs conjoncturels de recours à l'avortement en France (%) de 1976 à 2008 (Sources : données corrigées de l'Ined de 1976 à 2002 et statistiques de la DRESS à partir de 2002^[1,24]. D'après les taux de recours à l'avortement enregistrés en 1968, 68 % des femmes auront recours à l'avortement dans leur vie. Ce chiffre est de 52 % en 2008 ; il tient compte des avortements de rang 1 et de rang 2 et +.

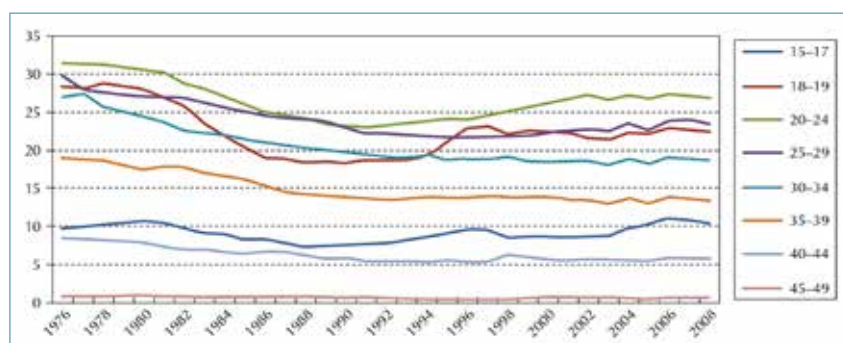


Figure 2. Évolution des taux de recours à l'avortement en France (%) selon l'âge des femmes (Sources : données corrigées de l'Ined de 1976 à 2002 et statistiques de la Dress à partir de 2002^[1,24].

1. Cette estimation tient compte du recours répété à l'IVG qui a augmenté au fil du temps : 7 % des femmes avaient plus d'une IVG dans leur vie au début des années 1990 et 11 % au début des années 2000^[24]. Le taux de recours à une première IVG est stable dans le temps depuis 1990, voire en légère baisse depuis 2000^[18].
2. La question de l'accès aux soins en France, même s'il revêt un caractère encore problématique pour de nombreuses femmes, n'entre pas dans le schéma interprétatif dans la mesure où les femmes qui veulent avoir une IVG parviennent à trouver une structure qui les accueille.

* Bajos N, Ferrand M, Moreau C. Évolution du recours à l'IVG en France : de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative. *mt Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie* 2012; 14 (1): 3-10 doi: 10.1684/mte.2012.0388.

et des pratiques et normes sociales en matière de sexualité, de contraception et de procréation.

PLUS DE RAPPORTS SEXUELS NON PROCRÉATIFS

La première dimension qui peut rendre compte de l'évolution du recours à l'IVG dans le temps est la population potentiellement concernée par l'événement, c'est-à-dire le nombre de femmes non stériles ayant une activité sexuelle et ne souhaitant pas être enceintes.

Une modification importante est survenue ces dernières décennies dans le champ de la sexualité qui renvoie à la diversification croissante des biographies affectives et sexuelles des femmes et, dans une moindre mesure, des hommes ^[5]. Le premier partenaire n'est plus que rarement le premier conjoint. Alors qu'en 1970, 68 % des femmes et 18 % des hommes déclaraient n'avoir eu qu'un seul partenaire au cours de leur vie, elles et ils étaient respectivement 43 % et 21 % au début des années 1990 et ne sont plus que 34 % et 16 % en 2006. Dans le même temps, l'âge lors de la première mise en couple s'est élevé, passant de 21,8 ans pour les femmes et 23,9 ans pour les hommes de la génération 1945 à 23,2 ans et 26,1 ans pour ceux de la génération 1972 ^[6].

Cet allongement de la phase de sexualité préconjugale s'est accompagné d'un report marqué de l'âge d'entrée dans la parentalité. Alors que l'âge moyen à la première maternité était de 25 ans en 1970, il est passé à 28,5 ans en 2010. Cette phase de la vie correspond à une activité sexuelle plus intense qu'aux autres âges de la vie au moment même où la fertilité des femmes est particulièrement élevée. En conséquence, le nombre de rapports sexuels susceptibles de donner lieu à une grossesse non souhaitée chez les femmes de moins de 30 ans a fortement augmenté depuis le début des années 1970.

UNE COUVERTURE CONTRACEPTIVE DE PLUS EN PLUS EFFICACE

Le processus de médicalisation de la contraception entamé dès la légalisation s'est prolongé dans les années

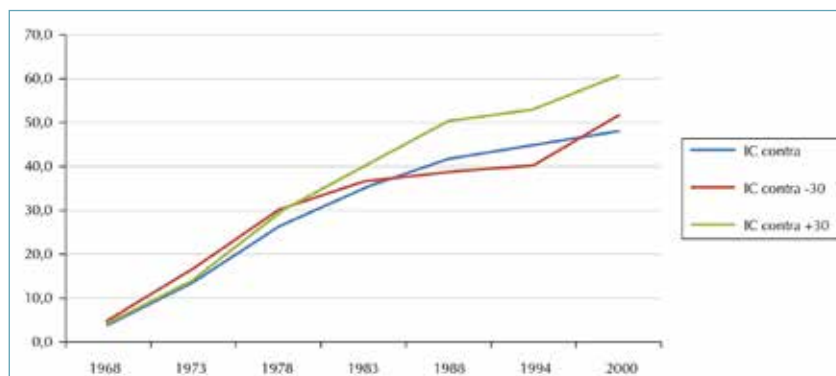


Figure 3. Évolution du taux de recours à la contraception (%) selon l'âge des femmes (Sources : enquêtes Ined et Inserm). Les indicateurs conjoncturels (IC) représentent la somme des taux par âge de recours à la contraception par année donnée.

2000, conduisant les Françaises à occuper une des premières places mondiales en ce qui concerne l'utilisation de méthodes médicales réversibles de contraception telles que la pilule et le stérilet (figure 3) ^[7, 8]. Les femmes concernées par une grossesse non souhaitée déclarent dans leur très grande majorité utiliser un moyen pour éviter une grossesse. Seules 3 % d'entre elles n'utilisent

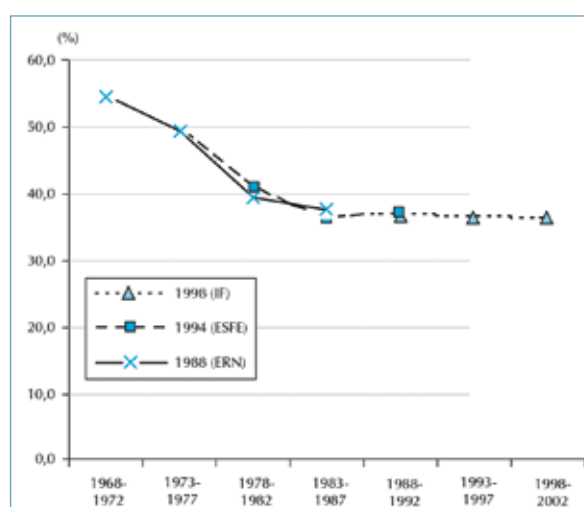


Figure 4. Évolution du pourcentage de grossesses qualifiées de non souhaitées ^[25].

aucune méthode. La plupart des utilisatrices de contraception (86 %) ont recours à une méthode médicale telle que la pilule, le stérilet, l'implant ou la stérilisation tubaire. Cette augmentation de la pratique contraceptive efficace au fil du temps se retrouve à tous les âges de la vie, y compris chez les plus jeunes. Ainsi, le pourcentage de recours à la contraception médicalisée est-il passé de 84 % à 86 % entre 2000 et 2005 chez les femmes de 18-24 ans.

Cette évolution de la pratique contraceptive explique pourquoi l'augmentation du nombre de rapports sexuels non procréatifs ne s'est pas traduite par une augmentation des grossesses non souhaitées depuis les années 1970.

Au contraire, le pourcentage de grossesses non souhaitées est ainsi passé de 55 % au début des années 1970 à environ 35 % en 1985 et reste stable depuis cette date (figure 4) ³. La publication prochaine des résultats de

l'enquête FECOND permettra d'établir le niveau actuel du pourcentage de grossesses non souhaitées.

MAIS TOUJOURS UN TIERS DE GROSSESSES NON SOUHAITÉES

La contraception s'est largement diffusée et atteint aujourd'hui un niveau de prévalence très élevée en France, même si des progrès restent à faire concernant les plus jeunes qui ne peuvent avoir un accès anonyme et gratuit que dans les centres de planification familiale. Les échecs de contraception restent toutefois fréquents puisqu'une grossesse sur trois est toujours qualifiée de non souhaitée par les femmes.

Ce nombre élevé d'échecs génère des tensions sociales qui influent sur le regard social sur l'IVG et sur le vécu des femmes qui y ont recours. La très grande majorité des femmes (91 %) et des hommes (91 % également) de 18-69 ans sont d'accord avec l'idée selon laquelle « avec toutes les méthodes de contraception

3. Ces chiffres diffèrent légèrement de ceux relatifs aux grossesses non prévues que nous avons publié précédemment ^[4] car le caractère souhaité ou prévu d'une grossesse ne renvoie pas exactement au même sens.

qui existent, les femmes devraient être capables d'éviter une grossesse dont elles ne veulent pas ». De fait, les grossesses non souhaitées sont jugées, puisque la contraception existe, comme facilement évitables et nombre de femmes qui ont une IVG se sentent coupables d'un échec qui les a conduites à cette situation ^[9]. L'adhésion à cette norme contraceptive se manifeste avec la même force chez les personnes qui déclarent avoir déjà été confrontées à une grossesse non prévue (89 % pour les femmes, et 92 % pour les hommes dont une de leurs partenaires s'est retrouvée enceinte sans le vouloir — enquête CSF 2006). Et ce, alors même que les deux tiers des femmes qui ont avorté utilisaient un moyen contraceptif au moment où elles se sont retrouvées enceintes (tableau 1) ^[7-10].

L'analyse des raisons de survenue des échecs de contraception montre qu'elles sont très largement socialement construites ^[9]. Au-delà des problèmes d'information et d'accès à la contraception dans certains groupes sociaux, et en particulier chez les plus jeunes, et de l'ambivalence vis-à-vis d'un désir de grossesse dans certains cas, d'autres raisons rendent compte de la survenue de grossesses non souhaitées. Elles renvoient à la non-reconnaissance sociale de la sexualité de certaines femmes, des jeunes en particulier, qui obère leur entrée dans une démarche contraceptive, ainsi qu'à l'inadéquation de la méthode utilisée aux conditions de vie sociales,

affectives et sexuelles des femmes. La norme contraceptive qui prévaut dans la société française se caractérise par l'utilisation du préservatif à l'entrée dans la sexualité (ce qui rend compte du fait que 42 % des IVG chez les mineures surviennent alors qu'elles utilisaient le préservatif), lequel est relayé par la pilule dès que la relation se stabilise ; la contraception orale devient la méthode privilégiée dès que la vie sexuelle est — supposée — stable ; et le stérilet prend le relais quand le nombre souhaité d'enfants est atteint. Loin de s'assouplir, cette norme s'est encore renforcée au cours de ces dernières années. Mais, les contextes de vie des femmes ne cadrent pas nécessairement, à certains moments de leur trajectoire de vie, avec les impératifs de cette norme. Ainsi la pilule, dont l'efficacité théorique est très élevée, n'est pas forcément la méthode la plus adaptée quand la femme a une sexualité irrégulière ou quand son mode de vie quotidien est peu compatible avec la vigilance qu'implique la prise régulière d'une contraception orale. Derrière ce constat, c'est la question de la prise en compte des conditions de vie au moment de la prescription qui se trouve posée et de la possibilité pour les femmes de choisir, parmi l'ensemble des méthodes (indiquées à tous les âges), qui ont des niveaux d'efficacité différents, celle qui répond le mieux à leurs attentes.

Il faut aussi souligner que l'utilisation de la contraception d'urgence, qui est

très faible aujourd'hui ^[11], reste à promouvoir, en encourageant son utilisation à chaque rapport à risque.

GROSSESSES NON SOUHAITÉES ET RECOURS À L'IVG

Lors du vote de la loi Veil, le législateur attendait de la généralisation de la contraception moderne une forte diminution du recours à l'avortement auquel elle se substituerait, ce dernier n'intervenant que comme ultime recours en cas d'échec de contraception. Mais, ce que le législateur n'avait pas anticipé, c'est que, dans un contexte social en pleine évolution du point de vue du statut social des femmes, devenues de plus en plus diplômées et autonomes socialement et financièrement ^[12], la diffusion des méthodes efficaces de contraception a modifié la norme procréative, c'est-à-dire les conditions socialement valorisées de la parentalité ^[13]. Un enfant ne doit venir au monde que désiré, et la contraception offre la possibilité de choisir non seulement le nombre mais aussi et surtout le moment de la maternité. Le modèle familial en vigueur jusqu'à la fin des années 1960 (mariage, maternité espacée et arrêt quand le nombre d'enfants souhaités est atteint) laisse place à un modèle qui enjoint toujours les femmes à avoir des enfants mais en limitant le nombre d'enfants et en espaçant les naissances, et en définissant désormais le « bon moment de la maternité ». Un enfant doit toujours arriver au sein d'un couple stable (auparavant dans le cadre légal du mariage), ni trop tôt ni trop tard, entre 25 et 35 ans (avant, les grossesses sont stigmatisées comme « précoces » ^[14, 15], après, comme « tardives » et considérées « à risque » ^[16, 17]. Mais, surtout, la possibilité de choisir le moment d'une naissance permet de créer les conditions les plus favorables à l'accueil de l'enfant : un projet parental mené par un couple mature affectivement, psychologiquement, et économiquement établi. Cette nouvelle liberté, celle de l'enfant désiré, amène une nouvelle contrainte : celle d'être la meilleure des mères pour cet enfant qu'on aurait pu choisir de ne pas mettre au monde. Une nouvelle composante de la norme procréative émerge, celle du postulat de la nécessaire disponibilité de la mère ^[7].

TABLEAU 1 > SITUATION CONTRACEPTIVE DES FEMMES AU MOMENT DE LA GROSSESSE QUI A DONNÉ LIEU À L'IVG (Source : enquête Drees 2007 ^[26])

SITUATION CONTRACEPTIVE AU MOMENT DE LA CONCEPTION, QUI A DONNÉ LIEU À UNE IVG EN 2007	TOUTES LES FEMMES	FEMMES MINEURES
Sans contraception	34,3	30,3
Méthodes longue durée (DIU, implant)	1,7	0,0
Patch anneau	0,8	0,4
Pilule	27,3	14
Préservatif	16,4	42,8
Spermicides	0,6	0
Retrait	10,4	7,7
Abstinence périodique	7,3	3,2
Contraception d'urgence	1,2	1,7
EFFECTIFS	7 541	700

C'est cette modification de la norme procréative qui permet avant tout de rendre compte du maintien d'un nombre élevé d'avortements, en dépit de la diffusion massive de la contraception médicale. La probabilité d'avoir recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue n'a cessé d'augmenter au cours du temps.

Alors qu'en 1975 quatre grossesses non souhaitées sur dix étaient interrompues par une IVG, cette proportion est passée à six sur dix en 2000 ^[4]. Et les derniers chiffres de l'Ined sur le pourcentage de conception interrompue par une IVG montrent que cette tendance se poursuit, notamment chez les jeunes. Ainsi,

entre 1990 et 2005, le pourcentage de conceptions interrompues a augmenté régulièrement chez les moins de 25 ans tandis qu'il a baissé pour les femmes de plus de 30 ans. Chez les jeunes femmes de 14-15 ans, il est passé de 65 % à 79 %, et chez celles de 16-17 ans de 54 % à 67 %. Pour les jeunes adultes de 18-19 ans, ce pourcentage passe de 39 à 48 % et de 21 % à 30 % pour les 20-24 ans ^[18].

Des différences sociales se font jour, dont l'analyse permet de mieux qualifier les évolutions observées. Ainsi, pour les plus jeunes, celles qui n'ont pas de perspective de réussite sociale via la poursuite de leurs études décident plus souvent de poursuivre la grossesse, cette option permettant même à certaines d'entre elles d'acquiescer un statut, voire une identité sociale ^[14-19]. À l'inverse, celles qui peuvent se projeter dans un avenir professionnel plus assuré par l'acquisition de capitaux scolaires auront majoritairement recours à l'interruption volontaire de grossesse. Ainsi, d'après l'enquête COCON de 2000, les femmes de moins de 25 ans ayant un niveau d'études supérieur à 2 ans après le baccalauréat étaient 86 % à recourir à l'avortement en cas de grossesse non prévue, ce chiffre étant de 19 % pour celles ayant un diplôme inférieur au BEP (tableau 2) ^[20]. Par ailleurs, les jeunes femmes qui étaient dans une relation qu'elles qualifiaient de stable étaient 33 % à interrompre leur grossesse non prévue contre 61 % de celles qui étaient dans une relation jugée sans avenir. Enfin, l'écart d'âge entre les enfants est aussi un facteur jouant sur la décision de recourir à l'IVG et toutes les jeunes femmes de l'enquête ayant un enfant de moins d'un an au moment où elles se sont trouvées enceintes sans le vouloir, ont déclaré avoir interrompu leur grossesse.

Finalement, d'un côté, grâce à la diffusion de la contraception, le nombre de grossesses non prévues diminue, de l'autre, en cas de grossesse non prévue, la probabilité du recours à l'avortement augmente. Deux mouvements qui se compensent statistiquement pour rendre compte de cette stabilité relative des taux d'IVG en France et qui caractérisent ainsi ce que nous avons appelé le paradoxe contraceptif français ^[9].

TABEAU 2 > PROPORTION DE FEMMES AYANT EU RECOURS À L'IVG QUAND LEUR DERNIÈRE GROSSESSE N'ÉTAIT PAS PRÉVUE

CARACTÉRISTIQUES	ÂGE DE LA FEMME AU MOMENT DE LA GROSSESSE			
	< 25 ANS % (n = 141)	25-34 ANS % (n = 30)	> 35 ANS % (n = 154)	TOTAL % (n = 645)
Statut marital				
▪ Mariée	18	43	38	39
▪ Cohabitante	36	39	44	39
▪ Célibataire	60	52	96	62
▪ Non-réponse	41	50	84	47
Niveau d'études de la femme				
▪ < Bep	19	48	32	40
▪ Bep, < Bac	41	39	51	41
▪ Bac, Bac +2	62	35	80	53
▪ > Bac +2	86	45	58	58
Activité professionnelle de la femme				
▪ En activité	34	41	64	45
▪ Étudiante	67	48	-	66
▪ Au chômage	54	72	82	69
▪ Inactive	19	42	13	33
Est-ce que la grossesse tombait bien par rapport au travail ?				
▪ Pas un bon moment	57	52	89	60
▪ Pas d'importance	17	31	46	31
▪ Ne travaille pas	48	47	22	44
Situation matérielle et financière				
▪ Difficile ou très difficile	32	49	51	47
▪ Pas de problème particulier	46	40	48	43
Perception de la relation				
▪ Stable	33	37	36	36
▪ Débutante	64	45	77	54
▪ Incertaine	30	63	94	56
▪ Sans avenir/en rupture	61	60	100	65
Nombre d'enfants avant cette grossesse				
▪ 0	47	38	28	44
▪ 1	26	16	67	25
▪ 2	62	54	57	55
▪ > 3	49	65	36	54
Délai écoulé depuis la dernière naissance				
▪ < 1 an	100	93	-	93
▪ 1-2 ans	32	44	42	42
▪ > 3 ans	21	42	52	44
▪ Pas d'enfant	47	36	28	43

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001 (avortements vs grossesses poursuivies). (Source : enquête COCON 2000 ^[20]). Copyright ©2017, John Libbey Eurotext. Téléchargé par un robot venant de 46.3.194.126 le 02/07/2017.

IVG ET CONTRÔLE SOCIAL

Cette situation apparemment paradoxale inquiète toujours nombre d'acteurs sociaux qui ne saisissent pas véritablement le sens des évolutions observées. Le devoir contraceptif leur semble d'autant plus facile à remplir que les femmes ont à leur disposition des méthodes médicales réputées très efficaces et que l'idée du risque zéro en matière de contraception est fortement prégnante. Alors même que l'efficacité pratique n'est jamais absolue^[21], cette norme renvoie les femmes qui connaissent un échec de contraception (soit plus de 300 000 par an) dans le registre de l'irresponsabilité et de la déviance. Quant au recours à l'avortement, il est souvent perçu comme relevant d'un enjeu de prévention. Et les discours récurrents, notamment en France et aux États-Unis, sur l'augmentation des traumatismes psychiques en cas de recours à l'IVG pour justifier qu'il faille prévenir sa survenue alimentent l'angoisse et la culpabilité des femmes qui y ont recours. Ce déplacement de perspective vers le terrain de la psychologie voire de la psychiatisation quand il s'agit des pratiques reproductives des femmes s'inscrit dans un mouvement plus général de psychologisation des rapports sociaux^[22]. Force est de constater qu'une telle approche contredit la méta-analyse publiée par le Royal College of Medicine^[23] à partir de l'ensemble des publications scientifiques et qui conclut à l'absence d'augmentation des troubles psychiques en cas de recours à l'avortement (comparativement aux femmes qui poursuivent leur grossesse non prévue jusqu'à la naissance d'un enfant)⁴. Cette approche contribue à éluder des enjeux essentiels comme l'importance de mieux former les professionnels de santé aux enjeux sociologiques et épidémiologiques (efficacité pratique des méthodes de contraception) pour réduire, autant que faire se peut, la survenue des grossesses non souhaitées. Cette perspective est différente de celle qui consiste à vouloir prévenir les IVG, événements qui relèvent de logiques sociales complexes qui renvoient principalement, comme le montrent nos résultats, au respect de la norme procréative qu'une société promeut. •

RÉFÉRENCES

1. Vilain A. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2009*. Études et Résultats 2011 (n° 765), <http://www.sante.gouv.fr/no-765>.
2. Aubin C, Jourdain D. *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001*. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, Paris, oct 2009.
3. Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. *Contraception et avortement en France dans les années 2000*. Population 3 2004 ; 59 : 409-18.
4. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. *Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?* Population et Sociétés 2004 n°407.
5. Bajos N, Bozon M. *Enquête sur la sexualité en France*. Pratiques, genre et santé. Paris : Éditions la Découverte 2008.
6. Toulemon L. *Entre le premier rapport sexuel et la première union : des jeunes encore différentes pour les femmes et les hommes*. In : Bajos N, Bozon M (dir). *Enquête sur la sexualité en France*. Pratiques, genre et santé, Paris : Éditions la Découverte, 2008.
7. Bajos N, Ferrand M. *La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ?* Sciences sociales et santé 2004 ; 22 : 117-40.
8. Moreau C, Lydie N, Warszawski J, Bajos N. *Activité sexuelle, infections sexuellement transmissibles, contraception*. Baromètre Santé 2005, ed Inpes.
9. Bajos N, Ferrand M (dir). *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Paris : Éditions Inserm, collection « Santé Publique », 2002.
10. Moreau C, Desferes J, Trussel J, Bajos N. *Patterns of contraceptive use before and after an abortion : results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France*. Contraception 2010 ; 82 : 337-44.
11. Moreau C, Bajos N, Trussel J. *The Impact of Pharmacy Access to Emergency Contraceptive Pills in France*. Contraception 2006 ; 73 : 602-608. Epub 2006 Mar 29.
12. Maruani M. *Travail et emploi des femmes*, Paris, La Découverte 2000.
13. Bajos N, Ferrand M. *De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains du recours à l'IVG en France*. Revue Française des Affaires sociales, n° 1, 2011/1 : 69-85.
14. Le Van C. *Les grossesses à l'adolescence*. Normes sociales, réalités vécues. Paris : L'Harmattan 1998.
15. Le Den M. *Les indicateurs des grossesses à l'adolescence en France*. Enjeux et modalités de leur mobilisation dans la mise en place d'une politique de prévention. Sciences Sociales et Santé, Vol. 30, n° 1, mars 2012.
16. Langevin A, Valabregue C, Berger-Fprrestier C. *Ces maternités qu'on dit tardives*, Paris : Laffont 1982.
17. Moguerou L, Bajos N, Ferrand M. « Les maternités dites tardives : Enjeu de santé publique ou dissidence sociale ? » Nouvelles Questions Féministes 2011.
18. Prioux F, Mazuy M. *L'évolution démographique récente en France : dix ans pour le Pacs, plus d'un million de contractants*. Population-F 2009 ; 64 : 445-94.
19. Donati P, Cebe D, Bajos N. *Les logiques décisionnelles de recours à l'IVG*. In : Bajos N, Ferrand M (dir). *De la contraception à l'avortement*. Sociologie des grossesses non prévues, Paris : Éditions Inserm, collection « Santé Publique » 2002.
20. Shivo S, Bajos N, Ducot B, Kaminski M. *Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies*. Journal of Epidemiology and Community Health Care 2003 ; 57 : 601-5.
21. Moreau C, Trussel J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. *Contraceptive failure rates in France : results from a population-based survey*. Hum Reprod 2007 ; 22 : 2422-7.
22. Castel R. « D'où vient la psychologisation de rapports sociaux ? ». Sociologies Pratiques 2008, n° 17 : 15-27.
23. Academy of Medical Royal College 2011. *Induced Abortion and Mental Health : a systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors*. omrc.org.uk/.../9432-induced-abortion-and-mental-health.
24. Rossier C, Toulemon L, Prioux F. *Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005*. Population-F 2009 ; 64 : 495-530.
25. Régner-Loillier A. *Avoir des enfants en France. Désirs et réalités*. Paris : Les Cahiers de l'Ined n° 159, 2007. Ined (ed), 268 p.
26. Moreau C, Trussel J, Bajos N. *Contraceptive Paths of Adolescent Women Undergoing an Abortion in France*. J Ad Health 2012 ; 50 (4) : 389-94. [http://www.jahonline.org/issues?issue_key=S1054-139X\(11\)X0016-2](http://www.jahonline.org/issues?issue_key=S1054-139X(11)X0016-2).

4. Cette méta-analyse inclut l'étude de Coleman (2011) qui pose des problèmes méthodologiques majeurs (Steinberg et Finer, 2012).

MOTS-CLÉS : interruption volontaire de grossesse, grossesse non désirée, contraception.

CONFLITS D'INTÉRÊTS : aucun.

216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017

PAR **ANNICK VILAIN**, AVEC LA COLLABORATION DE **SYLVIE REY**,
DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES, SEPTEMBRE 2018

En 2017, 216 700 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France, dont 202 900 auprès de femmes résidant en Métropole. Le taux de recours s'élève à 14,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Métropole et à 26,1 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Les jeunes femmes (20 à 24 ans) restent les plus concernées, avec un taux de 26,7 IVG pour 1 000 femmes pour la France entière. L'indice conjoncturel d'avortement se maintient à 0,53 IVG par femme en 2017.

Les écarts régionaux perdurent, les taux de recours allant du simple au double selon les régions. En Métropole, ils varient de 10,2 IVG pour 1 000 femmes en Pays de la Loire à 21,4 IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ils sont souvent plus élevés dans les DROM et atteignent 33,6 en Guadeloupe.

48 100 IVG ont été réalisées hors d'une structure hospitalière, soit 22 % du total des IVG. À l'hôpital, la part des IVG instrumentales continue de décroître et s'élève à 41 %, soit 32 % du total des IVG.

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées en France s'élève à 216 700 en 2017, selon les sources administratives (encadré 1). Parmi celles-ci, 13 400 le sont auprès des résidentes des départements et régions d'outre-mer (DROM)¹, y compris Mayotte. Chaque année, on compte environ une IVG pour un peu moins de quatre naissances (graphique 1).

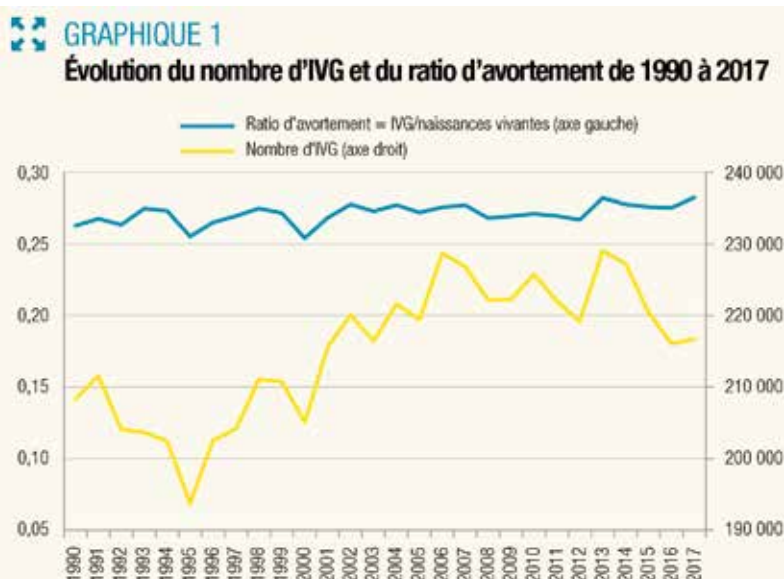
Depuis 2001, le nombre d'IVG varie, chaque année, entre 215 000 et 230 000. L'évolution est demeurée très faible en 2017, les résultats étant quasiment identiques à ceux de 2016 (après révision du chiffre publié l'année dernière)².

L'INDICE CONJONCTUREL D'AVORTEMENT DEMEURE GLOBALEMENT STABLE DEPUIS PRÈS DE QUINZE ANS

Les évolutions du nombre des naissances et des IVG suivent une tendance

proche depuis 1990 (graphique 1), si bien que le ratio d'avortement, qui rapporte une année donnée le nombre d'IVG au nombre total de naissances vivantes, reste plutôt stable au cours de la période, connaissant cependant une légère tendance à la hausse depuis le début des années 2000. Ce ratio est une mesure approchée de la propension des femmes enceintes à interrompre leur grossesse. En effet, cette propension, qui se définirait théoriquement comme le rapport du nombre d'IVG pour une année donnée au nombre total de conceptions de la même année (naissances vivantes, mais également fausses couches, mort-nés, interruptions médicales de grossesses [IMG] et IVG), n'est pas calculable, les données n'étant pas exhaustives notamment sur les fausses couches et les IMG avant 22 semaines d'aménorrhée.

L'indice conjoncturel d'avortement, qui s'élève à 0,53 en 2017, correspond à



Note • Le ratio d'avortement correspond au rapport entre le nombre d'IVG (au numérateur) et le nombre de naissances vivantes (au dénominateur).

Lecture • En 2017, le rapport était de 28 IVG pour 100 naissances.

Champ • Ensemble des IVG réalisées en Métropole et dans les DROM (y compris les âges inconnus).

Sources • DREES (SAE, PMSI) ; CNAM-TS (Erasmus puis DCIR : nombre de forfaits médicaments remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous les régimes depuis 2010), calculs DREES.

1. Dans toute la suite de l'étude, la référence au DROM inclut la Guadeloupe (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy depuis 2013), la Martinique, la Guyane, La Réunion et depuis 2014 Mayotte.

2. Le chiffre de 2016 publié en juin 2017, incomplet du fait de remontées administratives tardives, a été révisé de +4174 pour les IVG médicamenteuses réalisées hors établissements hospitaliers.

la somme des taux d'IVG par âge. Il est également stable (*graphique 2*). Cet indice représente le nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie selon les taux de recours par âge de l'année considérée. Il permet de neutraliser l'effet de la déformation de la structure d'âge au fil des années.

Certaines femmes seront concernées plusieurs fois par une IVG au cours de leur vie féconde. En décomposant l'indicateur conjoncturel en nombre moyen de premières IVG et d'IVG répétées, l'Institut national d'études démographiques (Ined) a estimé en 2011 que le nombre de première IVG par femme était de 0,33³, ce qui signifie qu'une femme sur trois aura recours à au moins une IVG. Un certain nombre de femmes seront concernées plusieurs

fois au cours de leur vie féconde : en 2011, 33 % des femmes ayant recouru à une IVG l'avaient déjà fait au moins une fois auparavant. En 2017, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) évaluerait ce chiffre légèrement à la baisse, à 32 %⁴.

UN TAUX DE RECOURS EN LÉGÈRE BAISSÉ PARMIS MOINS DE 20 ANS

En 2017, on compte 14,4 IVG⁵ pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en France métropolitaine et 26,2 dans les DROM (y compris Mayotte). C'est parmi les femmes de 20 à 24 ans que les IVG restent les plus fréquentes (26,7 femmes sur 1 000). Après une augmentation entre 2000 et 2014, le taux global de recours à l'IVG est en légère baisse

depuis. L'évolution selon les tranches d'âge est plus différenciée. La diminution des taux de recours se poursuit ainsi chez les moins de 20 ans depuis 2010 (*graphique 3*), alors que les taux ont plutôt tendance à croître parmi les 25-39 ans. Ces évolutions sont relativement concordantes avec celles du taux de fécondité par âge, les ratios IVG par nombre de naissances vivantes étant stables pour chaque tranche d'âge. Toutefois, une part non négligeable des IVG réalisées hors établissements hospitaliers sont réalisées avec un identifiant anonyme ne permettant pas de connaître l'âge des femmes concernées (15 % des IVG réalisées dans les centres de santé ou les centres de planification et d'éducation familiale ICPEF) et 2 % des IVG réalisées en cabinet). Selon la réglementation en vigueur, ces 1 589 IVG pratiquées en ville sur des femmes dont l'âge est inconnu concernent exclusivement des mineures ; le taux de recours calculé en les incluant atteindrait 12,0 pour 1 000 femmes âgées de 15-17 ans (contre 6,3 sans les prendre en compte). Les IVG concernant des femmes d'âge inconnu représentent une très faible part des IVG et leur prise en compte parmi les moins de 20 ans ne remettrait pas en question la tendance à la baisse observée chez celles-ci.

DES RECOURS PLUS FRÉQUENTS DANS LES DROM, EN ÎLE-DE-FRANCE ET DANS LE SUD

Les taux de recours varient du simple au double d'une région métropolitaine à l'autre : de 10,2 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans dans les Pays de la Loire à 20,8 pour 1 000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur (*tableau 1*).

Les taux de recours à l'IVG sont les plus élevés dans les DROM, en Ile-de-France et dans le Sud (Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse), où ils dépassent 16 IVG pour 1 000

ENCADRÉ 1

LES SOURCES MOBILISABLES POUR DÉNOMBRER LES IVG

Plusieurs sources peuvent actuellement être mobilisées pour le suivi annuel du nombre des interruptions volontaires de grossesse (IVG) : la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les données recueillies dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les IVG réalisées en centres hospitaliers ; le nombre de remboursements de forfaits (honoraires ou médicaments) pour les IVG médicamenteuses réalisées hors établissements hospitaliers. Ce nombre de remboursement de forfaits est disponible mois par mois auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS), à partir des données du régime général (extraction, recherche et analyse pour un suivi médico-économique [Erasmé] puis des données Datamart de consommation inter-régimes [DCIR]) depuis 2005, à la suite de leur autorisation en cabinet libéral, en centres de santé et en centres de planification ou d'éducation familiale depuis 2009, enfin pour la Mutualité sociale agricole (MSA) et la Sécurité sociale des indépendants depuis 2010.

Les données du PMSI, qui permettent de connaître l'âge précis de la patiente, sont les données de référence pour les IVG hospitalières. Le chiffre des IVG hospitalières est déterminé par le nombre de séjours classés dans le groupe homogène de malades (GHM) 14Z08Z, correspondant aux IVG avec un séjour inférieur à trois jours. Les avortements classés dans un autre groupe représentent 235 IVG en 2017, soit 0,1 % du total des IVG.

Dans cette étude, le nombre d'IVG en établissements de santé et leur répartition selon le mode d'intervention sont issus de la SAE jusqu'en 2013 et du PMSI depuis 2014. Les données sont disponibles par départements et régions depuis 1994 (depuis 2011 pour Mayotte).

Les données du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) sont utilisées pour estimer le nombre d'IVG médicamenteuses réalisées en cabinet libéral depuis 2006 et dans les centres de santé et les centres de planification et d'éducation familiale depuis 2009. L'analyse a porté sur la situation au 25 juin 2018, avec des dates d'entrée jusqu'au 1^{er} juin 2018. Les données de 2016 ont été révisées car sous-estimées lors de la précédente publication.

Au-delà de ces indicateurs globaux d'évolution, des analyses structurelles sur la situation personnelle et sociale des femmes sont ponctuellement publiées par le biais de résultats d'enquêtes périodiques [FECOND, COCON] de l'unité mixte Ined-Inserm (Institut national d'études démographiques-Institut national de la santé et de la recherche médicale), plus riches en information sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes et sur les raisons de leur recours à l'IVG que les données administratives.

Le Baromètre santé de Santé publique France permet d'obtenir régulièrement des données sur les IVG et la contraception.

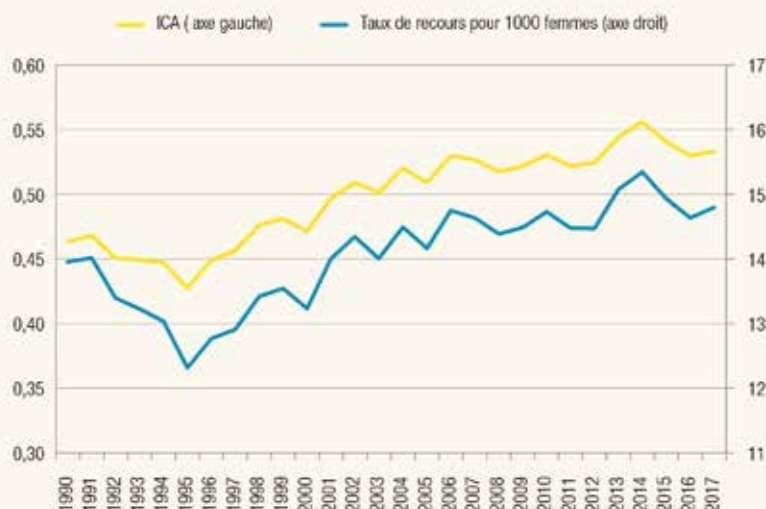
Enfin, des enquêtes thématiques, comme celle de la DREES menée auprès de 11 500 femmes ayant eu recours à une IVG en 2007, ont permis de recueillir des informations sur les établissements et les professionnels.

3. Sources : Bulletins d'interruptions volontaires de grossesse.

4. Une nouvelle variable introduite dans le PMSI en 2015 permet de renseigner le nombre d'IVG antérieures. Celle-ci est renseignée pour 52 % des séjours ; parmi eux, on dénombre 68 % des cas sans IVG antérieure, 22 % avec une IVG, 7 % avec deux et 3 % avec trois ou plus.

5. Calculé pour les seules IVG de femmes âgées de 15 à 49 ans. Les femmes dont l'âge est inconnu sont prises en compte pour le calcul des taux de recours nationaux et régionaux, mais elles ne le sont pas pour celui des taux par âge.

GRAPHIQUE 2
Évolution de l'indice conjoncturel d'avortement (ICA)
et du taux de recours à l'IVG depuis 1990

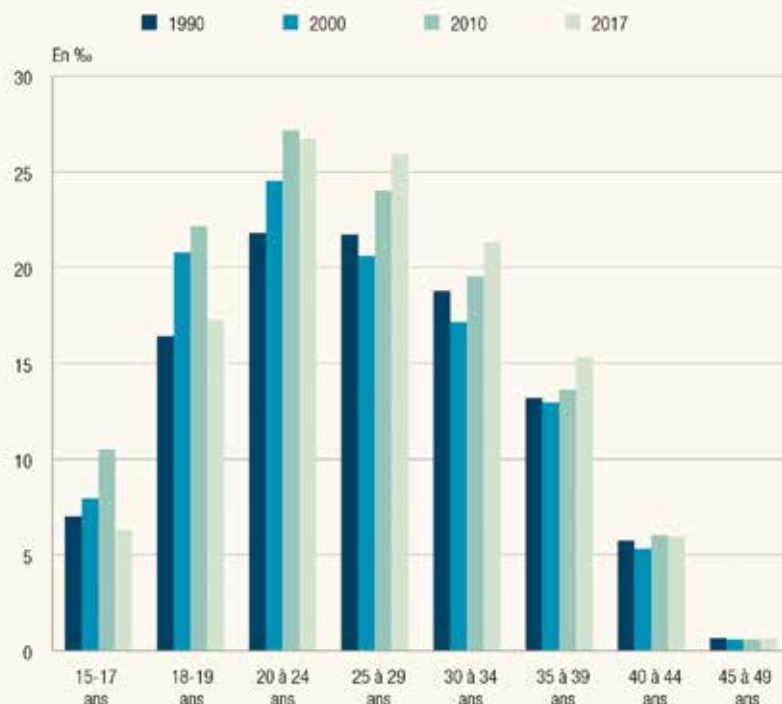


Lecture • En 2017, le taux de recours à l'IVG s'élève à 14,8 IVG pour 1 000 femmes et l'indice conjoncturel d'avortement à 0,53 IVG/femme.

Champ • Ensemble des IVG réalisées en Métropole et dans les DROM (hors femmes de moins de 15 ans ou de plus de 50 ans, y compris les femmes dont l'âge est inconnu pour le taux de recours).

Sources • DREES (SAE, PMSI) ; CNAM-TS (Erasme puis DCIR : nombre de forfaits médicaments remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous régimes depuis 2010) ; Insee (estimations localisées de la population).

GRAPHIQUE 3
Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2017



Champ • Ensemble des IVG réalisées en Métropole et dans les DROM (hors femmes de moins de 15 ans ou de plus de 50 ans ou dont l'âge est inconnu).

Sources • DREES (SAE) ; CNAM-TS (Erasme puis DCIR : nombre de forfaits médicaments remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous régimes depuis 2010) ; ATIH (PMSI) ; Insee (estimations localisées de la population au 1^{er} janvier 2017), calculs DREES.

femmes, voire 33 IVG pour 1 000 femmes en Guyane et Guadeloupe. Les taux sont également plus élevés pour les mineures dans les DROM.

De 13,6 chez les moins de 18 ans à La Réunion, à 14,8 en Guadeloupe, ils sont supérieurs à 18,3 pour les autres DROM, contre 4,0 à 8,8 pour les mineures des régions métropolitaines. La standardisation par âge n'atténue pas les disparités régionales en Métropole.

UNE IVG SUR VINGT EST RÉALISÉE ENTRE 12 ET 14 SEMAINES D'AMÉNORRÉE

Les IVG réalisées durant les deux dernières semaines du délai légal peuvent rendre compte de difficultés de parcours et d'accès. En France, 5 % des IVG sont pratiquées dans ce délai mais, là aussi, les variations sont notables selon le département de résidence des femmes. En 2017, leur proportion est plus élevée dans les DROM, hormis en Guadeloupe, et plus particulièrement à Mayotte (15,9 %). En Métropole, les différences varient de 1,1 % à 8,7 % selon les départements de résidence (*carte 1 page suivante*). Les régions des Pays de la Loire et de la Bourgogne-Franche-Comté sont plus particulièrement concernées.

DEUX IVG SUR TROIS SONT RÉALISÉES DE FAÇON MÉDICAMENTEUSE EN MÉTROPOLÉ

Depuis 2005, des IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées en dehors des structures hospitalières. En 2017, 19,2 % des IVG (33,1 % dans les DROM) l'ont été en cabinet libéral, et 2,2 % (0,1 % dans les DROM) dans les centres de santé ou les CPEF (*tableau 1 et encadré 2*), soit 43 500 IVG en Métropole et 4 500 dans les DROM.

En 2017, 59 % des IVG réalisées en établissement hospitalier sont des IVG médicamenteuses, contre 10 % en 1992.

L'augmentation progressive du nombre des IVG réalisées hors établissements hospitaliers, en cabinet libéral depuis 2005 et dans les centres de santé et les CPEF depuis 2009, s'accompagne de la baisse continue du nombre des IVG instrumentales réalisées en établissement hospitalier. Cette baisse a été amorcée en 2001, alors que le nombre des IVG médicamenteuses en établissements de santé a continué d'augmenter jusqu'en 2005 avant de se stabiliser.

**TABLEAU 1 > LES IVG EN 2017,
SELON LA RÉGION DE RÉSIDENCE DE LA FEMME**

	Établissement hospitalier	Centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale	Cabinet libéral	Total IVG réalisées	IVG ¹ pour 1 000 femmes de 15-49 ans	IVG de mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans
Métropole						
Grand-Est	12 924	130	905	13 959	11,7	5,3
Nouvelle-Aquitaine	12 659	558	2 826	16 043	13,2	6,0
Auvergne-Rhône-Alpes	17 828	605	4 117	22 550	12,9	5,1
Bourgogne-Franche-Comté	5 453	22	1 311	6 786	11,8	5,7
Bretagne	6 730	100	625	7 455	11,0	4,0
Centre-Val de Loire	5 416	153	944	6 513	12,4	5,5
Corse	1 028	3	183	1 214	17,2	6,5
Ile-de-France	35 371	2 246	14 475	52 092	17,4	6,7
Occitanie	15 880	226	3 711	19 817	16,1	6,6
Pays de la Loire	7 859	12	267	8 138	10,2	3,8
Hauts-de-France	15 408	27	1 989	17 424	13,0	7,7
Normandie	7 030	108	1 274	8 412	12,1	6,3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15 808	275	6 433	22 516	21,4	8,8
Total résidentes en Métropole	159 394	4 465	39 060	202 919	14,4	6,1
DROM						
Guadeloupe	1 462	5	1 536	3 003	33,6	14,8
Martinique	1 852	3	253	2 108	26,4	18,3
Guyane	1 362	5	971	2 338	33,0	23,6
La Réunion	3 011	1	1 343	4 355	20,7	13,6
Mayotte	1 284	1	336	1 621	25,6	22,4
Total résidentes DROM	8 971	15	4 439	13 425	26,1	17,4
Résidence inconnue²		18	80	98		
Résidentes France entière	168 365	4 498	43 579	216 442	14,8	6,6
Résidence à l'étranger	244			244		
Total IVG réalisées	168 609	4 498	43 579	216 686		

1. Calculé en rapportant les IVG pour des femmes âgées de 15-49 ans ou dont l'âge est inconnu à la population des femmes de 15-49 ans.
 2. Dans 1 800 cas, le lieu de résidence inconnu a été approché par le lieu de réalisation de l'acte: seules les interventions pour lesquelles ni la résidence de la femme, ni le lieu de réalisation ne sont connus apparaissent en « résidence inconnue ».
- Champ** • Ensemble des IVG réalisées en Métropole et dans les DROM.
Sources • DREES (PMSI), Insee (estimations localisées de populations au 1^{er} janvier 2017), CNAM-TS (données de consommation inter-régimes, nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date de soins, tous régimes).

Globalement, 67,5 % des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse en Métropole (76,1 % en DROM).

UNE IVG SUR TROIS EST RÉALISÉE HORS DU CADRE HOSPITALIER EN ÎLE-DE-FRANCE ET DANS LES DROM

La prise en charge des IVG hors établissements de santé demeure concentrée dans certaines régions: si 3 % des IVG sont réalisées en cabinet libéral en Pays de la Loire et 6 % dans le Grand-Est, cette pratique concerne près de 30 % des IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Ile-de-France

et à La Réunion, et jusqu'à 42 % en Guyane et 51 % en Guadeloupe. La pratique des IVG dans les centres de santé et les CPEF est peu développée puisque seules 2 % des IVG y ont lieu, ce chiffre montant à 4 % en Ile-de-France (tableau 1 et graphique 4). Hors établissement, la majorité des IVG médicamenteuses sont réalisées par des médecins généralistes (65 % dans les centres et 43 % en cabinet libéral) et des gynécologues obstétriciens (19 % dans les centres et 42 % en cabinet libéral); seules 3 % d'entre elles le sont par des sages-femmes en 2017 (1 % en 2016).

ENCADRÉ 2

LA LÉGISLATION EN FRANCE

En France, l'IVG a été temporairement autorisée par la loi du 17 janvier 1975 dite loi Veil, reconduite en 1979, puis définitivement légalisée le 1^{er} janvier 1980, remboursée par la Sécurité sociale à 70 % depuis la loi du 31 décembre 1982 (loi Roudy).

La technique médicamenteuse est autorisée depuis 1989. La loi Aubry-Guigou du 4 juillet 2001 a introduit une modification des règles de recours à l'IVG, en portant le délai maximal de recours autorisé de dix à douze semaines de grossesse.

La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention. Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à sept semaines d'aménorrhée révolues. Les médecins autorisés, depuis juillet 2004, à pratiquer cette intervention dans leur cabinet déclarent cette activité par le biais de l'établissement de santé avec lequel ils ont passé une convention.

Depuis le décret du 6 mai 2009, qui précise les modalités de la loi 2007-1786 du 19 décembre 2007 étendant le dispositif relatif à la pratique des IVG par voie médicamenteuse en dehors des établissements de santé, les centres de santé et les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) réalisent également des IVG médicamenteuses.

La loi de modernisation de notre système de santé promulguée le 27 janvier 2016 a supprimé le délai de réflexion obligatoire de sept jours entre la première et la deuxième consultation pour obtenir une IVG et a autorisé les IVG instrumentales hors établissement de santé, dans les centres de santé et CPEF. Leur mise en place reste à l'heure actuelle en attente de la finalisation des textes d'application. Depuis le 31 mars 2013, l'IVG est prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie, et tous les actes nécessaires pour une IVG sont remboursés à 100 % à partir du 1^{er} avril 2016. Enfin, les sages-femmes peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses depuis juin 2016.

LES IVG EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ SONT PRINCIPALEMENT RÉALISÉES EN SECTEUR PUBLIC

En 2017, 509 établissements ont réalisé au moins une IVG en France (dont un à Mayotte ⁶). En Métropole, ce sont pour 71 % d'entre eux des établissements publics (*graphique 4*), prenant en charge 85 % des IVG réalisées en établissement. Dans les DROM, 62 % sont publics

6. Source PMSI.

(*graphique 4*) et prennent en charge 87 % des IVG réalisées en établissement.

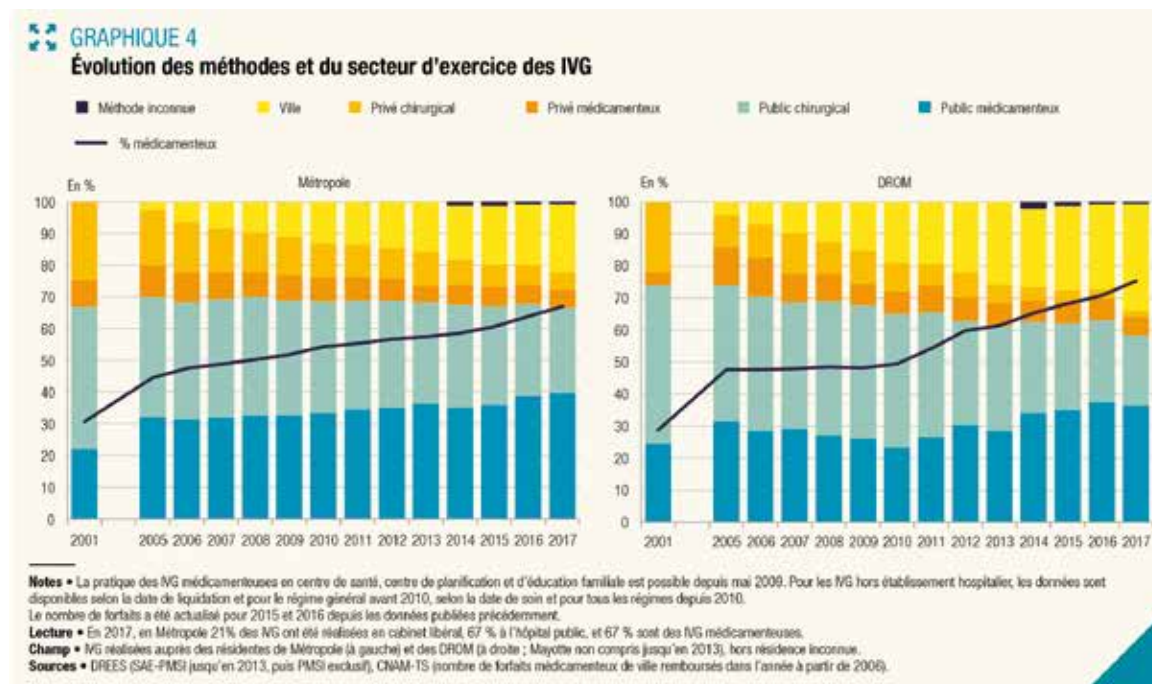
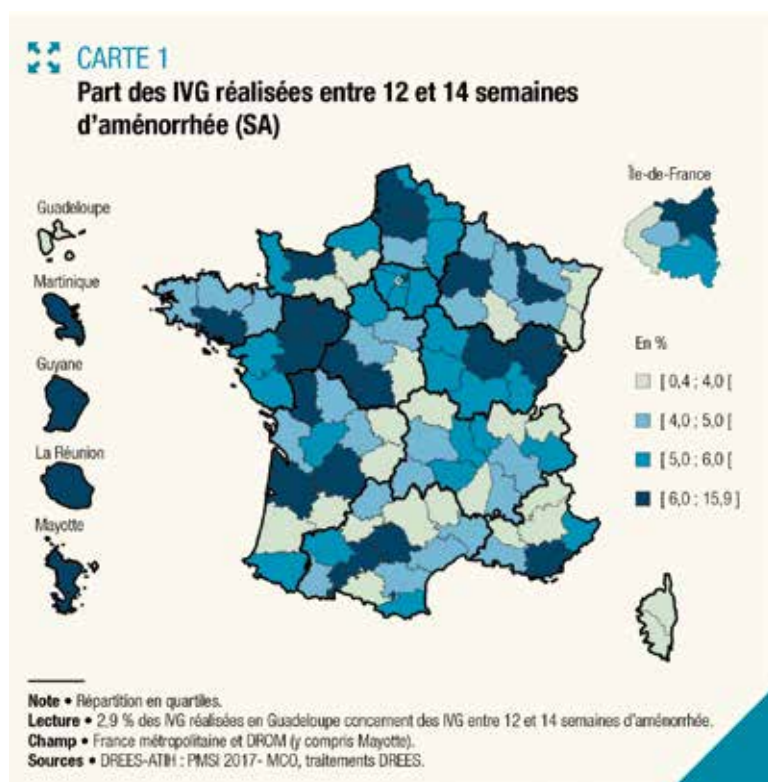
UNE PROPORTION D'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE TRÈS VARIABLE SELON LE DÉPARTEMENT

Parmi les IVG instrumentales réalisées en établissement de santé, la proportion d'anesthésie générale est, en Métropole, de 79 % et elle atteint 98 % dans les DROM.

Cette proportion varie de 18 % à 100 % selon le département de l'établissement (de 0 % à 100 % selon l'établissement). Ces variations rendent compte de différences de pratiques entre les établissements, dans la demande des femmes mais aussi, lorsque le taux d'anesthésie est faible, de la disponibilité des anesthésistes. •

POUR EN SAVOIR +

- Aubin, C., Jourdain-Menninger, D., Chambaud, L. (2009, octobre). *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001*, IGAS, RM2009-112P.
- Bajos, N., Rouzaud-Cornabas, M., Panjo, H., Bohet, A., Moreau, C. et l'équipe FECOND (2014, mai). *La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ?*, Ined, Population et sociétés, 511.
- Commission sur les données et la connaissance de l'IVG (2016, juillet). *IVG : État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information (rapport)*.
- Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (2013, novembre). *Rapport relatif à l'IVG*.
- Mazuy, M., Toulemon, L., Baril, E. (2015, janvier). *Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété*. Ined, Population et sociétés, 518.
- Mazuy, M., Toulemon, L., Baril, E. (2014). *Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours*. Ined, Population, 69 (3).
- Naves, M.-C., Sauneron, S. (2011, juin). *Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Premiers résultats du baromètre Santé 2010*. Centre d'analyse stratégique, Note d'analyse, 226.
- Vilain, A. (2017, juillet). *211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016*. DREES, Études et Résultats, 1013.
- Vilain, A. (2009, décembre). *Les établissements et les professionnels réalisant des IVG*. DREES, Études et Résultats, 712.
- Vilain, A., Collet, M., Moisy, M. (2010). *Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge*. Dans *L'état de santé de la population en France : rapport 2009-2010*. Paris, France : DREES.



Les soins obstétricaux intégrés

LA FEMME ENCEINTE EST ACCOMPAGNÉE PAR QUI ET À QUEL MOMENT ?



PAR M^{me} LIDEWIJDE JG JONGMANS, SAGE-FEMME¹, Dr CORINE JM VERHOEVEN-SMEIJERS, SAGE-FEMME^{1,2},
Dr HENNIE AA WIJNEN, SAGE-FEMME³, Dr PIETER J VAN RUNNARD HEIMEL, GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN- PÉRINATOLOGUE

INTRODUCTION

Aux Pays-Bas, le système obstétrical proprement dit connaît trois échelons. Dans le premier échelon c'est la sage-femme libérale qui intervient. Dans le deuxième et le troisième échelons, ce sont le gynécologue-obstétricien et la sage-femme hospitalière qui interviennent. Le troisième échelon diffère du deuxième par la présence d'un service de néonatalogie c'est-à-dire un service avec des soins intensifs pour les nouveau-nés malades, surtout pour les grands prématurés.

Si nous évoquons, dans la suite de cet article, le deuxième échelon, nous sous-entendons le deuxième et le troisième échelon.

En 2003, les deux associations professionnelles dans le domaine de l'obstétrique (des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes) en coopération avec des assurances de soins, ont réactualisé la liste des indications médicales. Cette liste contient 103 situations obstétricales analysées et indique quel intervenant obstétrical et quel lieu d'accouchement sont indiqués (*Verloskundige Indicatie Lijst = VIL*). Cette liste est la notice pour la conduite à tenir en obstétrique en ce qui concerne *qui fait quoi et où*.

Toutes les sages-femmes libérales (1^{er} échelon) forment avec un hôpital une "coopération obstétricale" (CO) pour mieux collaborer.

Les Pays-Bas connaissent 93 coopérations obstétricales. Ils ont des réunions régulières, font des protocoles ensemble et organisent des formations pratiques ensemble.

En 2008, le premier rapport du PERISTAT montrait que les Pays-Bas avaient une mortalité périnatale élevée en comparaison avec d'autres pays d'Europe. C'est la raison pour laquelle le gouvernement néerlandais a décidé de démarrer un projet pour améliorer ces chiffres.

On a introduit, entre autres, l'audit périnatal pour étudier de façon très détaillée l'analyse des soins autour d'une mort périnatale.

À part l'audit périnatal, le gouvernement a mis en route le processus des soins obstétricaux intégrés. Car la grande différence entre les soins obstétricaux aux Pays-Bas et les autres pays européens est la séparation entre les sages-femmes libérales et les hôpitaux, donc une séparation entre le premier et le deuxième échelon. Beaucoup de projets différents ont commencé afin d'améliorer les chiffres de mortalité périnatale.

Un des aspects de ces soins intégrés est **l'entretien multidisciplinaire (EM) au début de la grossesse**, après la première consultation de grossesse. Le 1^{er} janvier 2015, la CO de Veldhoven (les sages-femmes libérales autour du Centre Médical Máxima de Veldhoven), a débuté cet EM. Les données médicales et obstétricales ont été envoyées à l'hôpital et mises dans le dossier électronique.

Pendant cet entretien, on décide quel parcours de soins est approprié pour la femme enceinte.

Les femmes enceintes donnent leur accord avant cet entretien.

Comme c'était nouveau pour nous, nous avons enregistré les données de toutes les femmes enceintes à qui a été attribué un parcours de soins au début de leur grossesse.

Nous avons voulu obtenir une réponse aux questions suivantes :

- Comment est la répartition des parcours des soins ?
- Combien de fois la femme enceinte change de parcours ?
- Quel est le risque pour une femme enceinte d'être envoyée à l'hôpital ?
- Quel est le risque de la femme enceinte d'être confrontée au BIG 3 (l'accouchement prématuré, un retard de croissance intra-utérin ou l'asphyxie à terme) ?
- Est-ce que l'incidence des accouchements instrumentaux et les césariennes augmenteraient depuis l'implication du 2^e échelon ?

Et, pour terminer, nous avons demandé leur avis sur l'EM aux sages-femmes et aux gynécologues. À la suite des réponses données, l'EM a été modifié.

1. Máxima Medisch Centrum, Veldhoven (Pays-Bas).

2. Amsterdam UMC, VUmc, Midwifery Science, AVAG, Amsterdam Public Health research instituut, Amsterdam (Pays-Bas).

3. Présidente de la Coopération des Sages-femmes libérales, Brabant Sud-Est (Pays-Bas).

MÉTHODES

POPULATION

Il s'agit d'une recherche de cohorte prospective à laquelle 17 des 18 cabinets libéraux de la CO de Veldhoven ont participé. Toutes les femmes enceintes qui ont été discutées pendant l'EM entre le 1^{er} janvier 2015 et le 1^{er} janvier 2016 sont incluses dans cette recherche.

La sage-femme libérale, la sage-femme hospitalière, le gynécologue et l'interne sont présents. Si l'avis d'autres spécialistes (pédiatre, anesthésiste ou autre) était nécessaire, ils étaient contactés directement.

Pendant cet entretien, il est décidé du parcours de soins nécessaire pour la femme enceinte.

PROCÉDURE

Nous avons défini neuf parcours de soins (Tableau 1). Dans ces parcours sont déterminés :

- La fréquence des consultations,
- Le professionnel qui mène la consultation,
- L'information à transmettre à la femme,
- Les examens qui doivent être faits.

Des femmes enceintes qui ont eu le parcours *Low risk A* étaient des femmes en bonne santé, nullipares, non fumeuses, ayant l'indice de masse corporelle (IMC) < 30. Des femmes enceintes qui ont eu le parcours *Low risk B* étaient en bonne santé (non fumeuses, IMC < 30) avec un ou plusieurs accouchements par voie basse.

PARAMÈTRES DE RÉSULTATS

Toutes les données, comme l'âge et la parité des femmes enceintes, étaient enregistrées. Puis, on a enregistré qui

était le professionnel au début de la grossesse, au début de l'accouchement et à la fin de l'accouchement. La répartition des parcours de soins et le changement du parcours sont également enregistrés. De plus, nous avons étudié l'incidence des BIG 3 (l'accouchement prématuré, le retard de croissance intra-utérin et l'asphyxie), par rapport au premier parcours de soins. Pour terminer, nous avons fait une enquête parmi les intervenants pour avoir leur opinion sur la valeur de l'EM.

RÉSULTATS

Au total 2 216 femmes enceintes ont suivi l'EM. Les résultats des 2 109 femmes (accouchées de 2 154 enfants) sont décrits. 107 femmes enceintes ont été exclues pour cause de fausse couche (n = 38), déménagement (n = 44), interruption médicale de la grossesse (n = 14), transfert dans un autre hôpital (n = 4) et les données manquantes (n = 7). Des 2 109 femmes enceintes, 937 (44,4 %) étaient primipares et 1 172 femmes (55,5 %) étaient multipares. L'âge moyen était de 30,5 ans.

Une grande partie des femmes (84 %) avaient leur première consultation au premier échelon (Figure 1). Sur le plan national ce pourcentage est de 87,3 %.

FIGURE 1 > Répartition entre le 1^{er} et le 2^e échelon de la première consultation de la grossesse

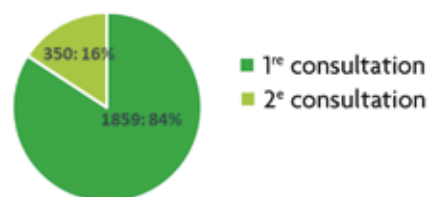
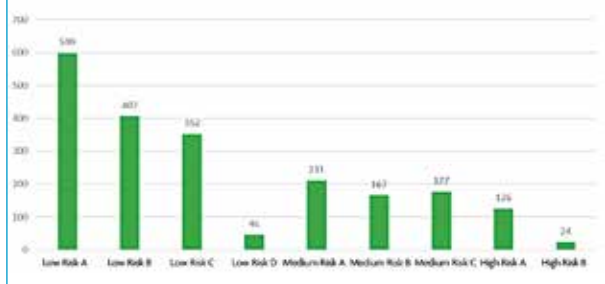


TABLEAU 1 > LES 9 PARCOURS DE SOINS

PARCOURS DE SOINS	CATÉGORIE ET ÉCHELON	ÉCHELON	EXEMPLES
LOW RISK A	Nullipare en bonne santé	1 ^{er} échelon	
LOW RISK B	Multipare en bonne santé	1 ^{er} échelon	
LOW RISK C	Femme enceinte avec un ou plusieurs points d'attention	1 ^{er} échelon	Arrêter de fumer, dépistage de diabète gestationnel
LOW RISK D	Femme enceinte qui désire être suivie à l'hôpital	2 ^e échelon	
MEDIUM RISK A	Soins prénataux au 1 ^{er} échelon mais avec une ou plusieurs consultations chez le gynécologue-obstétricien	1 ^{er} et 2 ^e échelons	Hémorragie de la délivrance dans les antécédents
MEDIUM RISK B	Soins prénataux au 1 ^{er} échelon jusqu'à 36 SA et la suite à l'hôpital.	1 ^{er} et 2 ^e échelons	Césarienne dans les antécédents
MEDIUM RISK C	Soins prénataux à l'hôpital par le gynécologue-obstétricien et la sage-femme hospitalière	2 ^e échelon	Hypertension artérielle
HIGH RISK A	Soins prénataux à l'hôpital par le gynécologue-obstétricien et la sage-femme hospitalière	2 ^e échelon	Des jumeaux bi-choriaux bi-amniotiques
HIGH RISK B	Soins prénataux à l'hôpital par le gynécologue-obstétricien	2 ^e échelon	Des jumeaux mono-choriaux bi/mono amniotiques

FIGURE 2 > Répartition des parcours de soins



Des 2 109 femmes enceintes, 701 (33 %) ont changé de parcours parmi 326 après 37 SA. 692 femmes ont changé vers un parcours "plus haut risque" et 9 femmes ont changé de parcours dits "plus bas risque".

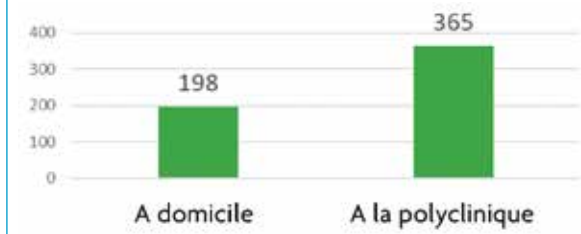
La figure 3 montre le responsable au début de la grossesse, au début de l'accouchement et à la fin de l'accouchement dans notre CO de Veldhoven par rapport aux chiffres nationaux ³.

FIGURE 3 > Participation aux soins obstétricaux



Dans la figure 4 ci-dessous, le lieu d'accouchement sous la responsabilité du premier échelon.

FIGURE 4 > Lieu d'accouchement sous la responsabilité de la sage-femme libérale



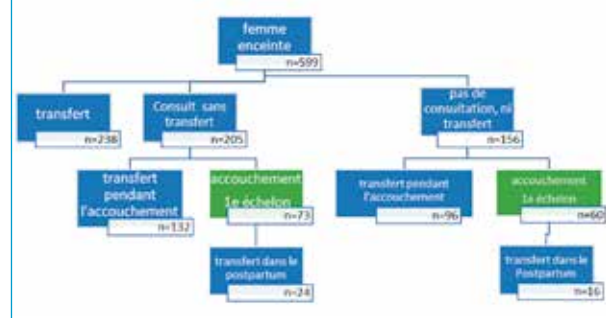
Des 1 035 femmes qui ont commencé leur accouchement sous l'accompagnement de la sage-femme libérale, 440 femmes (42,5 %) n'ont pas eu de consultation dans le deuxième échelon. Les femmes enceintes (n = 595/57,4 %) qui ont visité le gynécologue pendant la grossesse, le nombre moyen des consultations était de 2,7 (répartition 1-16 fois).

La figure 5 ci-après montre une analyse détaillée du groupe de femmes qui ont suivi le parcours de soins *Low Risk A*. Elles sont en bonne santé, pas d'antécédents médicaux graves, non fumeuses, indice de masse corporelle < 30 et accompagnées par la sage-femme libérale.

De ces 599 femmes nullipares, 92,7 % sont quand même vues en deuxième échelon pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum. Cela peut être pour une seule consultation ou pour un transfert définitif.

Pour les 407 femmes qui ont le parcours *Low Risk B* (multipares en bonne santé avec un ou plusieurs accouchements par voie basse), 282 femmes (69,2 %) ont eu au moins une consultation ou un transfert vers le 2^e échelon pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum.

FIGURE 5 > La nullipare sans facteurs de risques au début de la grossesse - LOW RISK A



Le risque d'un accouchement spontané dans cette cohorte est de 78,4 % (n = 1 654). Dans 6,4 % des cas, un accouchement instrumental est effectué et dans 15 % des cas une césarienne est faite.

La mortalité périnatale (mortalité ≥ 22 SA jusqu'aux 7 jours de post-partum, n = 6/2 109) était basse dans cette cohorte : 2,8‰ (Pays-Bas : 7,8‰ ²).

115 (5,5%) de femmes accouchaient avant 37 SA. Parmi ces femmes, 98 femmes (84,4 %) étaient déjà dans le 2^e échelon avant le début de l'accouchement. Dans cette cohorte, 147 enfants (6,8 %) sont nés avec un poids de naissance ≤ P 10. Le retard de croissance était dépisté dans 52 des cas (35,3 %) et non dépisté dans 93 cas (63,2 %).

TABLEAU 2

FIN DE L'ACCOUCHEMENT	2014 PAYS BAS	2014 CO DE VELDHOVEN	COHORT MDO*	2016 PAYS-BAS	2016 CO DE VELDHOVEN
Accouchement spontané	74,8 %	77,0 %	78,4 %	76,0 %	77,0 %
Accouchement instrumental	8,7 %	6,0 %	6,4 %	8,0 %	6,0 %
Césarienne	16,5 %	16,0 %	6,4 %	16,0 %	18,0 %

* CM en 2015, accouchées en 2015/2016

Dans 25 cas (1,25 %) il y avait une question d'asphyxie à terme. Au total, 6 femmes (24 %) ont été transférées pendant l'accouchement du 1^{er} vers le 2^e échelon et dans les 19 enfants qui sont nés asphyxiés (76 %) la mère a débuté son accouchement au 2^e échelon.

La figure 6 ci-dessous montre l'incidence du BIG 3 par rapport au premier parcours de soins.

L'enquête est réalisée par 57 intervenants (34 sages-femmes libérales, 6 sages-femmes hospitalières, 9 internes et 8 gynécologues), soit environ 63 % du total des intervenants. Tous les intervenants ne sont pas impliqués dans la CM.

La plupart des professionnels estiment que la collaboration entre le 1^{er} et le 2^e échelon a été améliorée après l'introduction de l'EM. Cet entretien donne la possibilité de mieux se connaître, de se concerter plus facilement ; on se parle souvent et les données principales sont déjà dans le dossier électronique de l'hôpital, ce qui facilite le transfert d'urgence.

Quand on réfléchit ensemble, on découvre plus d'aspects qui demandent de l'attention. La réunion en petits groupes est très appréciée. Quelques sages-femmes estiment qu'elles sont trop maternées, ce qui affecte l'autonomie et l'indépendance de la sage-femme libérale.

Dans l'enquête, 73,6 % disent être contents des parcours de soins et 54 % veulent continuer l'EM de cette manière. L'entretien sur les femmes enceintes de parcours *Low Risk A et B* est estimé comme inutile par la plupart des sages-femmes libérales.

CONCLUSION ET DISCUSSION

Le but de cette recherche de cohorte prospective est de déterminer où la femme enceinte est accompagnée pendant sa grossesse, l'accouchement et les suites de couches après l'introduction de l'EM. La CO de Veldhoven suit la tendance nationale quant au pourcentage de femmes qui commencent l'accompagnement de leur grossesse dans le 1^{er} échelon.

Il s'est avéré que les primipares en bonne santé (*Low Risk A*) ont un risque de plus de 92 % d'être transférées temporairement ou définitivement vers le 2^e échelon. Pour les multipares (*Low Risk B*), ce pourcentage est presque de 70 %.

Donc, la femme enceinte a un très grand risque d'être transférée au 2^e échelon. Il convient d'informer la femme enceinte au début de la grossesse pour éviter les déceptions quant au transfert.

L'introduction de l'EM dans des soins obstétricaux intégrés n'a pas mené à un nombre accru d'interventions comme la ventouse ou la césarienne. La plupart des professionnels sont contents des parcours et estiment que l'EM améliore la collaboration et facilite la personnalisation des soins de la femme enceinte.

Notre étude a une grande limitation : l'opinion de la femme enceinte y manque. Cette année, nous allons commencer avec des questionnaires pour les femmes enceintes et accouchées.

Depuis juillet 2017, on ne discute plus les femmes enceintes (*Low Risk A en B*). Les données de ces femmes sont quand même envoyées à l'hôpital avec une proposition de parcours de soins, la sage-femme hospitalière prépare l'EM et, si elle est d'accord, la femme n'est plus discutée pendant l'EM. Puis, par suite de l'enquête, les parcours *High Risk A et B* sont intégrés dans **un seul parcours**.

Pour rendre l'EM plus pratique, nous avons commencé un test de la conférence vidéo par ligne sécurisée. La sage-femme peut participer à la réunion depuis chez elle, sa voiture ou son cabinet. C'est un gain de temps pour la sage-femme libérale.

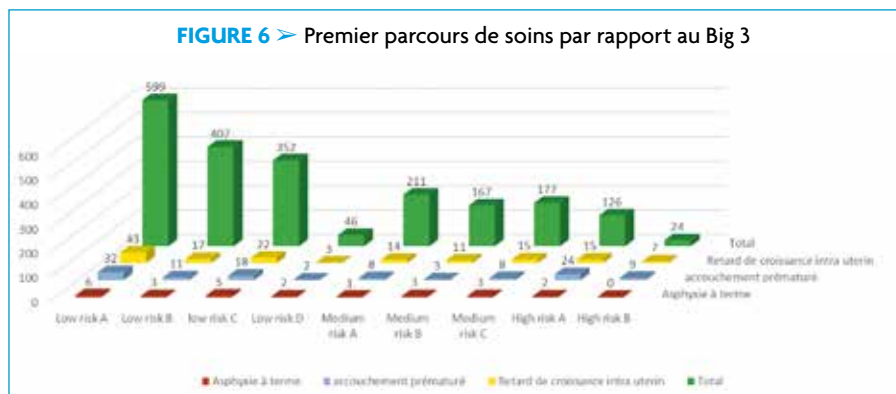
En conclusion, les parcours de soins et l'EM répondent aux demandes des soins intégrés dans l'obstétrique. Il est estimé que cette collaboration augmente la qualité des soins obstétricaux. •

Un mot de gratitude pour notre collègue Sofie van Weelden, qui a enlevé beaucoup de fautes d'orthographe.

LITTÉRATURE

1. A.D. Mohangoo, S.E. Buitendijk, C.W.P.M. Hukkelhoven, A.C.J. Ravelli, G.C. Rijninks-van Driel, P. Tamminga en J.G. Nijhuis. *Hoge périnatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen : de Peristat-II-studie*. Ned Tijdschr Geneesk. 2008 ; 152 : 2718-27.
2. Perined. *Perinatale zorg in Nederland 2015*. Utrecht : Perined, 2016.

FIGURE 6 ➤ Premier parcours de soins par rapport au Big 3



Devenir père quand on est gay

PAR MARTINE GROSS, SOCIOLOGUE

Les propos qui vont suivre s'appuient sur plusieurs enquêtes de terrain menées entre 2009 et 2016.

Quand on est gay, le chemin vers la paternité est long :

- *Découvrir ses préférences sexuelles. S'assumer en tant qu'homosexuel ;*
- *S'installer en couple, la plupart des pères gays rencontrés étaient en couple ;*
- *Annoncer à l'entourage. C'est souvent une fois en couple qu'ils parlent de leur homosexualité à leurs parents ;*
- *Renoncer : nombreux sont ceux qui, dans un premier temps, ont renoncé à fonder une famille. Homosexualité et parentalité leur semblaient incompatibles.*
- *Puis, ne plus renoncer : des témoignages, des émissions dans les médias, des rencontres avec d'autres hommes qui étaient devenus parents leur permettent d'envisager à leur tour de fonder une famille ;*
- *Enfin, choisir une modalité pour fonder une famille : adoption, coparentalité ou GPA.*

L'ADOPTION

Depuis 2013, l'adoption par un couple de même sexe est possible mais :

- Selon les données associatives, moins de dix couples de même sexe ont pu adopter depuis 2013.
- Très peu d'enfants adoptables en France. 800 pupilles de l'État, plusieurs milliers de personnes agréées.
- La plupart des conseils de famille préfèrent probablement confier les enfants adoptables à des couples hétérosexuels. Ceux qui s'ouvrent aux candidatures des couples de même sexe leur proposent d'accueillir un enfant à particularité : c'est-à-dire âgé, handicapé ou malade.
- Quant aux enfants confiés à l'adoption internationale, leur nombre s'est considérablement réduit ces dernières années. Seuls 685 enfants d'origine étrangère ont été accueillis en 2017. De plus, la plupart des États refusent de confier des mineurs à des couples homosexuels.
- De sorte que pour se donner toutes les chances de pouvoir accueillir un enfant, il faut se présenter en tant que personne seule et occulter la vie de couple homosexuel.

La plupart des personnes ayant participé aux enquêtes ne souhaitent plus dissimuler leur vie de couple. D'autant plus que leur projet d'avoir un enfant est un projet de couple. Dans ces conditions, même si le mariage leur donne la possibilité d'adopter conjointement un enfant, très peu de couples homosexuels peuvent se tourner vers l'adoption pour fonder une famille homoparentale.

Les autres modalités les plus courantes pour devenir pères sont la coparentalité et la GPA (gestation pour autrui).

COPARENTALITÉ

En contexte homoparental, la coparentalité repose sur l'accord d'un homme et d'une femme, qui ont décidé de concevoir ensemble un enfant et de l'élever au sein de leurs foyers respectifs. Le compagnon du père et la compagne de la mère sont souvent partie prenante, à des degrés divers, du projet parental. Dans ces configurations, les parents sont donc fréquemment plus de deux.

Dans la coparentalité, qu'elle soit hétéro- ou homo- parentale, conjugalité et parenté légale sont dissociées. Un père et une mère sans vie conjugale commune conçoivent et élèvent un ou plusieurs enfants dont la résidence est partagée entre le foyer paternel et le foyer maternel.

Il y a cependant deux différences importantes entre la coparentalité hétéroparentale après divorce et la coparentalité en contexte homoparental. D'abord, le père et la mère n'ayant pas vécu ensemble, la coparentalité, dans leur cas, ne fait pas suite à une séparation plus ou moins conflictuelle ou à une rupture. Ensuite le compagnon du père et/ou la compagne de la mère, s'inscrivent dans le projet parental dès avant la conception. Ils ne sont pas des beaux-parents mais des parents d'intention, comme le sont les père et mère biologiques. En revanche, dans les familles recomposées, les belles-mères et beaux-pères n'occupent éventuellement une place parentale que dans un second temps et n'ont pas pris part au projet parental.

Les personnes qui choisissent la coparentalité pour devenir parents motivent généralement leur choix par le souhait de donner au moins un père et une mère à leurs enfants.

Les personnes qui choisissent la coparentalité pour devenir parents motivent généralement leur choix par le souhait de donner au moins un père et une mère à leurs enfants. Plusieurs hommes interrogés évoquent la nécessaire présence d'une mère.

La coparentalité permet également d'avoir un enfant de son propre sang. Pouvoir raconter à un enfant d'où il vient, comment et pourquoi il a été conçu, qui sont ses géniteurs... la clarté du récit des origines est évoquée par quelques hommes. Il s'agit de connaître ses origines mais aussi de côtoyer ses parents de naissance. La coparentalité avec son partage des temps, temps avec l'enfant, temps sans l'enfant, permet d'en préserver pour soi ou pour le couple. L'existence de deux foyers prenant en charge l'enfant, permet de définir des temps parentaux et des temps conjugaux sans enfant.

La coparentalité réduit les écueils de la monoparentalité. Certains hommes célibataires choisissent la coparentalité pour pouvoir partager les responsabilités et préoccupations parentales avec un autre parent.

Jusqu'il y a quelques années, la plupart des hommes interrogés se tournaient vers la coparentalité pour concrétiser leur désir de paternité. Une évolution récente indique un délaissement croissant de la coparentalité pour la « gestation pour autrui » (GPA).

Sous des dehors de conformité sociale, puisqu'il y a bien un papa et une maman, la coparentalité avec sa dimension pluriparentale est une innovation familiale qui peut s'avérer conflictuelle et difficile à vivre. Les échos de coparentalités conflictuelles, le souhait de plus en plus courant de vivre une paternité à plein-temps sont des pistes à explorer pour comprendre le recul de la coparentalité, au bénéfice d'une modalité qui évite les contraintes d'une garde partagée souvent perçue comme privilégiant la relation mère/enfant.

PREMIÈRE ÉTAPE DE LA COPARENTALITÉ RENCONTRER LA FUTURE MÈRE

Rencontrer la future mère peut s'avérer complexe. Vers qui se tourner pour une telle demande : concevoir puis coparenter ensemble mais sans vie conjugale commune ?

Les sites internet spécialisés, les petites annonces, les associations sont des ressources dans cette quête. Les hommes interrogés sont toutefois rarement enthousiastes à l'idée de faire un enfant avec une personne qui leur était hier inconnue. Le scénario « faire un enfant » avec une amie de longue date, voire une amie d'enfance, représente pour beaucoup d'hommes le scénario idéal.

Au fil des rencontres, où seront abordés l'éducation future de l'enfant, les valeurs qu'on souhaite transmettre, l'organisation de la vie avec l'enfant, le partage des temps paternels et maternels, la contribution financière de chacun à l'entretien de l'enfant, les représentations de chacun de la paternité et de la maternité, s'élabore une relation entre les futurs parents. Cette construction de la relation prend du temps. C'est parfois après des semaines et des mois, qu'on réalise qu'on ne partage pas certaines valeurs essentielles et qu'il faut renoncer.

De fait, la coparentalité est le moyen le plus simple à mettre en œuvre mais assez complexe dans la réalité.

APRÈS LA NAISSANCE DE L'ENFANT

Pour organiser concrètement la vie quotidienne avec l'enfant et décider du temps passé avec lui, le statut, être père légal ou seulement père social quand on est le compagnon du père, et le genre, être un père ou une mère, dessinent des lignes de fractures.

Les représentations sociales accordent davantage de légitimité au lien biologique (qui serait plus « vrai ») qu'au lien électif et par conséquent la légitimité des parents sociaux est encore moindre...

Parents légaux et parents sans statut légal, pères et mères, ne sont pas égaux malgré des aspirations initialement égalitaires. La maternité biologique s'inscrit dans une évidence corporelle, tandis que la paternité, qu'elle soit biologique ou non, est toujours une paternité d'adoption ; elle s'inscrit dans la volonté déclarée.

Comme le souligne la sociologue Michèle Ferrand, la femme est en quelque sorte le « *premier sexe parental* » (Ferrand, 2004, p. 32). Par ailleurs, les représentations sociales accordent davantage de légitimité au lien biologique (qui serait plus « vrai ») qu'au lien électif et par conséquent la légitimité des parents sociaux est encore moindre, qu'il s'agisse de beaux-parents dans les recompositions familiales ou de coparents, compagnon du père, compagne de la mère dans les familles homoparentales.

Celle qui a accouché désigne toujours le second parent après elle-même dans cette hiérarchie implicite. Dans une recomposition familiale, elle fera place au beau-père ou conservera celle du père. Dans la coparentalité homoparentale, malgré une symétrie initiale des intentions parentales de chacun, s'instaure une hiérarchie implicite : la mère désigne qui, du père ou de sa compagne, est le second parent. Quant au compagnon du père, sa place dépendra de celle que lui offre le père, il vient donc en dernier.

Ainsi les asymétries de genre, absentes du champ homoconjugal réapparaissent dans le champ parental en coparentalité plaçant parfois en concurrence, non seulement le foyer maternel et le foyer paternel, mais également les couples de même sexe et la dyade parentale statutaire.

Lorsque la mère donne à sa compagne la prééminence plutôt qu'au père, des conflits peuvent naître entre le père et la mère. Les pères se sentent mis à l'écart. Ces conflits peuvent aboutir devant un Juge aux Affaires familiales. Lorsqu'au contraire, la mère donne au père la place de second parent, cela peut fragiliser les couples de même sexe.

Une bonne entente, de l'amitié et de l'estime entre le père et la mère sont des conditions indispensables pour fonder une famille en coparentalité mais ce sont des facteurs qui fragilisent les couples de même sexe.

COPARENTALITÉS SEREINES

Toutes les coparentalités ne sont pas conflictuelles. Celles qui se vivent tranquillement, parmi les situations rencontrées, se rangent dans deux catégories de configurations particulières.

La première catégorie est constituée de coparentalités structurées autour de deux personnes, le père et la mère, célibataires ou ayant élaboré un projet plus individuel que de couple. La relation entre le père et la mère est tout entière consacrée à la dimension parentale et n'est pas ébranlée

par les diverses combinaisons relationnelles apportées par la présence des conjoints.

Dans la **deuxième catégorie**, les parents peuvent être chacun en couple, mais tous acceptent la norme implicite qui attribue aux femmes le rôle de premier parent. La revendication égalitaire s'exprime peu, soit par conviction concernant les soins aux tout-petits qu'on estime réservés au domaine maternel, soit parce qu'une implication moindre convient aux pères pour des raisons professionnelles ou autre. Autrement dit, il semble qu'une coparentalité élaborée avec deux couples de parents souhaitant s'impliquer de manière égalitaire, soit plus difficile à gérer.

GESTATION POUR AUTRUI

La GPA était une option rarement choisie au début des années 2000. Mais le petit nombre d'hommes qui choisissent la GPA augmente depuis.

Pour choisir la GPA, il faut passer outre

- La réprobation sociale. Les débats mettant en avant le risque de marchandisation et d'exploitation des femmes.
- Certaines représentations sociales :
 - Être mère sans père se conçoit plus aisément que père sans mère. Certains n'imaginent pas priver un enfant de mère.
 - Compétence parentale souvent synonyme de compétence maternelle
 - Le coût social est donc élevé mais le coût économique est aussi très élevé
- Dans l'enquête quantitative en 2012, sur 139 pères gays, menée avec Jérôme Courduries (2014).
 - 31 pères, soit 22 % de l'échantillon avaient eu recours à la GPA.
 - À noter, lorsque leur enfant a moins de 5 ans, ils sont 48 % à avoir eu recours à la GPA et seulement 2 % lorsque l'enfant est plus âgé.

POURQUOI CETTE TENDANCE À DAVANTAGE CHOISIR LA GPA ?

Il faut noter que le projet d'enfant des pères est de plus en plus souvent un projet de couple.

Ils ont souvent pensé à l'adoption à titre de célibataire mais dissimuler leur vie de couple pour avoir une chance de voir aboutir la démarche, les a rebutés. Par ailleurs, ils redoutent d'avoir à gérer une situation doublement complexe, celle d'une petite enfance marquée par l'abandon, à laquelle se surimposerait une combinaison parentale hors norme. En conséquence, parmi les personnes que nous avons rencontrées, presque toutes ont renoncé à l'adoption après l'avoir envisagée.

Ils témoignent sans doute d'une évolution de l'idéal de « bonne paternité », davantage relationnelle.

En effet, les témoignages recueillis rapportent que les hommes gays souhaitant devenir pères et qui choisissent la **GPA veulent prendre soin de leur enfant à plein-temps** et ce, **dès le plus jeune âge**.

Pour avoir la garde exclusive, ils écartent la coparentalité car ils n'auraient une résidence alternée au mieux que 50 % du temps.

Ils ne veulent pas être des pères d'un week-end sur deux et de la moitié des vacances scolaires. Ils placent souvent le lien affectif et les soins prodigués à leur enfant au cœur de leur sentiment de paternité.

Pour avoir la garde exclusive, ils écartent la coparentalité car ils n'auraient une résidence alternée au mieux que 50 % du temps. Dans une société qui continue à accorder aux mères une forme de prééminence sur le lien à l'enfant, beaucoup d'hommes craignent d'être trop dépendants de la mère pour accéder à leur enfant.

Pour être reliés biologiquement à l'enfant pour ceux que cela importe.

Les couples d'hommes qui ont recours à la GPA disent qu'ils sont deux pères.

- Tous les couples exercent conjointement la responsabilité éducative au quotidien.
- Même si le projet était au départ plus celui d'un seul, ils se conduisent comme des pères.
- Les deux peuvent être pères biologiques en cas de jumeaux issus d'embryons conçus avec le sperme de chacun. Une enquête menée en 2015 auprès de 34 pères gays en couple ayant eu recours à la GPA révèle qu'une majorité d'entre eux souhaitaient avoir des jumeaux dits « croisés » pour être chacun géniteur d'un des jumeaux. Ce souhait d'être relié génétiquement à l'enfant n'empêche pas le couple de se revendiquer également père de chacun des enfants, y compris de celui avec lequel ils ne sont pas liés biologiquement.

RECOURIR OU NON À UNE DONNEUSE D'OVOCYTE ?

Dissocier la gestation de la dimension génétique s'impose aux couples hétérosexuels comme une solution plus satisfaisante puisqu'elle leur permet d'engendrer un enfant issu de leurs deux corps en utilisant les ovocytes de la mère d'intention.

Cela ne va pas de soi pour les couples d'hommes. Dissocier ou ne pas dissocier la maternité biologique de la gestation, c'est-à-dire recourir ou ne pas recourir à une donneuse d'ovocyte ?

- Certains préfèrent recourir à une seule femme qui porte l'enfant et le conçoit avec ses propres ovocytes. Ils le font pour réduire la complexité de l'histoire qui a présidé à la naissance de l'enfant. Les hommes qui ont choisi cette solution sont troublés par l'idée de deux mères. Dans ce cas, le couple d'hommes parle de la femme porteuse comme d'une mère, voire d'une maman.
- D'autres hommes au contraire ont recours à deux femmes, une donneuse d'ovocytes et une femme porteuse, les raisons invoquées sont les suivantes :
 - Il s'agit d'éviter tout ressenti d'abandon chez les gestatrices puisqu'elles ne portent pas leur propre enfant.

SCIENCES HUMAINES

- S'il n'y en avait qu'une femme, l'enfant pourrait l'idéaliser comme une figure maternelle absente.
- En divisant la maternité en deux, aucune des deux femmes ne serait « complètement » mère, aucune n'aurait abandonné son enfant, aucune ne pourrait se prêter à l'idéalisation d'une mère absente au quotidien.

COMMENT PARLENT-ILS DES FEMMES PORTEUSES ?

Les discours des pères gays rencontrés sont traversés par les représentations actuelles de la famille et de la paternité. Obligés d'innover, ils hésitent entre plusieurs représentations (Gross & Mehl, 2011).

Ils passent :

- d'une représentation de la parenté basée sur l'engendrement dans laquelle un enfant ne peut avoir qu'un père et une mère. Ils disent alors que leur enfant a une mère ;
- à une autre plus centrée sur l'éducation, les soins aux enfants, c'est-à-dire la parentalité. Une telle représentation permet d'envisager deux pères sans mère.

Ces représentations ne s'excluent pas mutuellement et certains enquêtés les combinent. Ils peuvent par exemple expliquer qu'ils sont deux pères, parce qu'ils sont les parents au quotidien, et qu'il y a une mère, voire deux mères, parce qu'elles ont contribué à la venue au monde de leur enfant.

Que ces femmes soient désignées comme des mères, des "pas tout à fait mères", ou "pas du tout des mères", elles font partie de l'histoire de l'enfant. Elles sont des « tiers de procréation » avec lesquels certains hommes construisent une relation qu'ils envisagent ou non de maintenir au-delà de la grossesse. Quelques-uns mettent l'accent sur le fait que la femme porteuse et son mari partagent les mêmes valeurs et les mêmes options politiques. D'autres insistent sur l'amitié qui s'est tissée (Gross, 2018).

Un suivi d'enquête mené en 2016 auprès des hommes rencontrés en 2009 qui avaient dit qu'ils souhaitaient maintenir des liens montre qu'effectivement des liens ont été maintenus et qu'ils s'apparentent à des liens quasi-familiaux, non seulement avec la gestatrice mais avec sa famille : son mari, ses enfants, ses parents.

POUR CONCLURE

Fonder une famille homoparentale nécessite de s'affranchir de normes naturalistes très présentes (Fine et Martial, 2010) qui définissent ce que sont une famille, un parent, un père, une mère, la parenté, la filiation.

À côté de cette déprise de la norme, les gays qui ont recours à la GPA ou les lesbiennes qui ont recours à la PMA se conforment volontiers à une autre norme, celle de l'idéal d'une norme conjugale pour laquelle le « bon » désir d'enfant est celui issu d'un projet parental de couple.

Le point commun aujourd'hui de la plupart des familles homoparentales, c'est la nature conjugale du projet parental. Deux parents de même sexe, deux mères et pas de père, deux pères et pas de mère ou encore deux pères et deux mères, heurtent la vision essentialiste de la parenté. Mais, les couples de même sexe qui fondent une famille homo-

Implicitement, l'amour que se portent les deux membres du couple semble une condition préalable à la décision de fonder une famille. Ce qui va de pair avec leur conviction que ce sont les liens électifs qui font la famille plutôt que les liens biologiques ou l'hétérosexualité.

parentale rencontrés au cours de nos différentes enquêtes, se conforment à l'autre norme également très présente dans nos sociétés, l'existence d'un projet parental – on naît aujourd'hui rarement en dehors d'un projet parental (Boltanski, 2004) – de préférence de nature conjugale : l'enfant doit être idéalement issu de l'amour de ses deux parents. De fait, la plupart des couples de femmes et des couples d'hommes rencontrés au cours de nos diverses enquêtes avaient décidé ensemble d'avoir des enfants ; à l'appui de cette décision, la confiance dans leur relation conjugale jugée stable et de qualité. Implicitement, l'amour que se portent les deux membres du couple semble une condition préalable à la décision de fonder une famille. Ce qui va de pair avec leur conviction que ce sont les liens électifs qui font la famille plutôt que les liens biologiques ou l'hétérosexualité. •

BIBLIOGRAPHIE

- Boltanski, L. (2004). *La Condition fœtale. Une sociologie de l'avortement et de l'engendrement*. Paris : Gallimard.
- Fine, A., & Martial, A. (2010). *Vers une naturalisation de la filiation ?* Genèses, 78, 121-134.
- Gross, M. (2018). *Pères gays et gestatrices : des liens « quasi-familiaux »*. In I. Côté, J. Courduries, & K. Lavoie (Eds.), *Perspectives internationales sur la gestation pour autrui*. Montréal : Presses universitaires du Québec.
- Gross, M., Courduries, J., & deFederico, A. (2014). *Morphologie des familles homoparentales en France en 2012*. In A. Fine & J. Courduries (Eds.), *Homosexualité et parenté* (pp. 205-212). Paris : Armand Colin.
- Gross, M., & Mehl, D. (2011). *Homopaternalité et GPA. Enfances, Familles, Générations*, Printemps 2011 (14), 95-112.

Allaitement maternel et pudeur maternelle

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

INTRODUCTION

Les facteurs favorisant l'allaitement maternel et les freins à l'allaitement maternel sont décrits dans la littérature depuis de nombreuses années ^(1,2) et les bénéfices d'un allaitement sont reconnus des professionnels ⁽³⁾. Néanmoins l'allaitement reste un choix complexe pour certaines mères. La pudeur est évoquée par 64 % des mères qui relatent ne pas se sentir à l'aise pour allaiter en dehors de chez elles ⁽⁴⁾ et jusqu'à 50 % par les primipares comme un motif à un non-allaitement maternel ⁽⁵⁾. Ce facteur de non-choix initial ou d'arrêt de l'allaitement à court ou long terme se retrouve indifféremment dans diverses cultures ⁽⁶⁻⁷⁾.

Nous choisissons de parler de « pudeur maternelle » avec l'allaitement maternel et non simplement de pudeur ou de la pudeur pour le genre féminin en général car il est mis en évidence que la pudeur durant la période périnatale évolue avec les événements : grossesse, accouchement, période postnatale et allaitement. La pudeur corporelle s'atténue alors que la pudeur émotionnelle s'amplifie jusqu'à devenir prépondérante ⁽⁸⁾. Les événements amènent progressivement les femmes à faire ou dire des choses qu'elles n'auraient pas faites ou énoncées si elles étaient hors situation périnatale. L'allaitement en est un exemple. Une femme qui souhaite allaiter projette une pudeur corporelle en lien avec ses seins, attributs féminins du corps, sur la situation à venir quand elle devra dévoiler ses seins pour nourrir son nouveau-né. C'est le sein physique lui-même qui est évoqué, imaginé et vu par d'autres personnes. Une mère qui allaite son enfant doit supporter émotionnellement le regard sur son allaitement en dévoilant corporellement son sein. Cependant la mère qui l'a choisi réalise ce geste dans une situation à connotation positive pour elle : offrir à son enfant les avantages du lait maternel. La pudeur devient moins corporelle car la situation rend nécessaire de mettre au sein le nouveau-né pour le nourrir. L'émotionnel devient le caractère prépondérant concernant la situation et le choix d'allaiter d'autant plus si le contexte dans lequel se déroule l'allaitement ne correspond pas aux courants de pensées.

Des auteurs présentent l'allaitement maternel « sous influences » car il exprime : « la conscience, la liberté, donc la dimension proprement humaine ou sociale de la maternité ».

Des auteurs présentent l'allaitement maternel « sous influences » ⁽⁹⁾ car il exprime : « la conscience, la liberté, donc la dimension proprement humaine ou sociale de la maternité » ⁽¹⁰⁾.

LES COMPOSANTES DE LA PUDEUR MATERNELLE

La pudeur maternelle liée à l'allaitement maternel regroupe, d'une part la dimension physique des attributs féminins du corps (les seins) et, d'autre part, la dimension émotionnelle caractérisée par le fait de cacher aux yeux des autres ce qui peut être vu comme une faiblesse ou une part d'animalité ⁽¹¹⁾, ces deux dimensions étant « sous influences » spécifiquement portées par les sociétés sur la maternité.

La dimension physique de la pudeur maternelle pendant l'allaitement maternel peut être influencée par des valeurs culturelles venant interférer avec la physiologie de l'allaitement ⁽⁹⁾.

L'esthétique est évoquée pour préserver la beauté des seins, adhérent à la croyance que l'allaitement maternel les déformerait. Le sein est donc lié à une pudeur physique narcissique de l'image, conforme ou non, de sa propre poitrine par la femme sur des critères de taille et de forme qu'elle ne peut pas choisir et sur lesquels elle a fondé sa pudeur depuis l'adolescence. Cette valeur esthétique est directement liée à un érotisme générant une confusion sur la fonction accordée aux seins : sexuelle OU maternelle. Les auteurs questionnent une certaine propension à considérer ce « OU » comme exclusif alors que les seins permettent les deux.

Le plaisir lié aux sensations physiques dont font référence des mères qui allaitent, et qui peut être visible, est de fait reporté par certains comme une connotation négative s'il n'est pas dissocié du plaisir corporel vécu dans l'acte sexuel. En Occident, la jeune fille prend conscience que le sein est un organe de désir et de plaisir érotique avant d'imaginer qu'il peut servir aussi à nourrir un enfant ⁽¹²⁾. La pudeur d'un contact intime « trop » physique avec leur enfant est évoquée par des mères avec parfois une éventuelle confusion entre plaisir sensuel et le plaisir d'allaiter.

Le manque de confiance en soi est aussi lié à la pudeur maternelle physique. Il est question de ne pas dévoiler aux yeux des autres une présumée peur sur la non-capacité physiologique de son corps de femme, de ses seins, à produire du

1. Aix-Marseille Université, UFR des Sciences médicales et paramédicales, École de maïeutique, Marseille, France.

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

ALLAITEMENT

lait. Or, l'insuffisance de lait est en réalité rare mais pourtant la justification la plus fréquente donnée par les mères à l'arrêt de la pratique de l'allaitement au cours des premiers mois ⁽¹³⁾.

La dimension émotionnelle de la pudeur maternelle pendant l'allaitement est imbriquée aux valeurs associées à la maternité ⁽⁹⁾.

Deux visions de la maternité se détachent : une naturaliste prônée depuis les *Lumières* et le discours des philosophes moralistes, l'autre culturaliste renforcée par l'idéologie marxiste et la volonté de se démarquer des déterminants naturels et sociaux ⁽¹⁴⁾. La première, néotraditionnelle, s'appuie sur la tendresse et l'amour maternels comme lois de la nature et de la biologie. L'allaitement maternel est considéré comme un instinct ou une essence de l'identité féminine. Le devoir de la « bonne mère » en résulte et y affronte la seconde, moderne, qui coïncide avec un discours sur le genre plus égalitaire axé sur l'indépendance sociale des femmes par le travail et le partage des rôles dans la vie conjugale.

La pudeur maternelle physique peut également être évoquée pour le conjoint qui craint la déformation du corps, une atteinte à la vie sexuelle. La « bonne épouse » serait le corollaire à une pudeur maternelle émotionnelle vue comme résultante de la peur de ne pouvoir être une bonne mère ou cherchant à minimiser l'éviction du père dans sa relation avec le nouveau-né. Par pudeur, 25 % des mères françaises primipares justifient préférer promouvoir la relation nourricière père-enfant en optant pour le biberon et renoncer totalement à leur allaitement maternel ou en partie avec un allaitement mixte ⁽¹⁵⁾.

PUDEUR ET ALLAITEMENT MATERNEL EN PUBLIC

En Occident le corps féminin peut largement se dévoiler d'un côté sur les plages, dans des magazines, des émissions télévisées et, de l'autre, manifester une pudeur dite outrée face aux mères qui allaitent publiquement ⁽⁹⁾ et nommée par certains la « tétonphobie » ⁽¹⁶⁾. L'acte public d'allaitement provoque des émotions sociales assez négatives chez les mères (gêne, honte) ⁽¹⁷⁾ relevant de la pudeur émotionnelle en vertu de la morale sociale et de « la sacro-sainte pudeur féminine » judéo-chrétienne diffusée dans les mentalités au-delà des frontières des classes sociales ⁽⁹⁾.

Des accusations « d'attentat à la pudeur » – notion abrogée en 1994 de notre législation – et de transgression des règles de la vie en collectivité continuent d'être proférées à l'encontre des mères qui allaitent à la vue de tous dans l'espace public. Très récemment, le 31 juillet 2018, la photo d'une mère américaine de 34 ans ayant couvert sa tête en réponse à un client lui ayant demandé de se couvrir dans un restaurant en Californie alors qu'elle allaitait son enfant de 4 mois a fait le tour des réseaux sociaux ⁽¹⁸⁾. Il y a dix ans déjà qu'Internet est devenu un plaidoyer en faveur de l'allaitement maternel suite à la création en 2008 d'un forum intitulé : *Hé, Facebook, ce n'est pas obscène d'allaiter !* suite au retrait par Facebook de photos de mères qui allaitaient, les jugeant trop osées ⁽⁹⁾.

Aujourd'hui, la qualification pénale « d'exhibition sexuelle » remplace celle « d'attentat à la pudeur » qui pouvait concerner le port de monokini à la plage ou l'allaitement maternel

dans l'espace public. L'exhibition sexuelle suppose d'exposer autrui à la vue d'un acte obscène à caractère sexuel et non seulement impudique. L'allaitement dit « en public » est parfaitement légal en France ⁽¹⁹⁾.

Dans des cultures où sont allaités les enfants, comme chez les Bédouins du désert du Sinaï, toute la communauté a l'habitude de voir les seins utilisés pour leur rôle nourricier. La pudeur vestimentaire est appliquée par les Bédouines de confession islamique qui se couvrent le visage mais qui n'hésitent pas à soulever un pan de leurs robes pour nourrir leurs enfants en exposant un sein aux regards ⁽¹⁶⁾. Pour les mères qui souhaitent un allaitement complet, le Coran prescrit qu'elles allaiteront leurs enfants jusqu'à leurs deux ans révolus (*chapitre II, Verset 133*). Les principes culturels semblent ici pouvoir ôter le poids de la pudeur maternelle physique et émotionnelle aux femmes musulmanes qui allaitent. Le père de l'enfant a le devoir de les nourrir et de les vêtir de manière convenable. Nul ne doit supporter plus que ses moyens. La mère n'a pas à subir de dommage à cause de son enfant, ni le père.

CONCLUSION

Pour atténuer le sentiment de pudeur maternelle pendant l'allaitement, des auteurs proposent de créer une véritable culture de l'allaitement maternel. Les modèles de références sont bien souvent rares ou inexistant car les jeunes mères ont de moins en moins l'occasion de voir d'autres mères dans leurs activités de maternage ^(16,20). Cette situation a pour effet de renforcer la pudeur émotionnelle dans le conflit entre la femme et la mère. Depuis 2010, une éducation en milieu scolaire primaire et secondaire est préconisée en France par le *Plan d'action : Allaitement maternel* ⁽²¹⁾. Cette éducation doit contribuer à une prise de conscience positive de l'allaitement maternel auprès des parents de demain. Il est démontré que des actions de sensibilisation sur l'allaitement maternel auprès des adolescents permettent d'améliorer les connaissances mais également les représentations que les jeunes ont de ce mode d'alimentation ⁽²²⁾. L'adolescence constitue, pour la jeune fille, la période où la pudeur physique s'élabore autour de ses attributs féminins, notamment de ses seins. Aucune éducation de ce type n'est encore formalisée au sein des établissements de l'Éducation nationale à ce jour.

Lorsque les mères sont à l'aise avec l'allaitement maternel, elles apprivoisent des lieux de plus en plus ouverts pour le pratiquer. Elles passent progressivement de leurs espaces privés aux espaces privés des autres (chez des amis), puis aux espaces communs (cafés, centres commerciaux, salles d'attente) et, enfin, aux espaces publics de la rue ou des parcs ⁽²³⁾. Cet « agencement corpospatial » préfigure d'une rupture dans l'espace public des limites de la pudeur maternelle.

Enfin, les représentations de l'allaitement maternel sont, en effet, non seulement subjectives pour les femmes mais également pour les professionnels de santé (médecins et pédiatres, sages-femmes, infirmières et puéricultrices, auxiliaires de puériculture, pharmaciens...) qui interviennent auprès des mères qui allaitent. Ces représentations peuvent être à l'origine d'injections et de discours contradictoires/ambivalents renvoyant chacun à la tolérance de sa propre pudeur physique et émotionnelle. •

RÉFÉRENCES

1. Scott JA, Binns CW. *Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature*. Breastfeed Rev. 1999; 7 (1): 5-16.
2. Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, Godon N, Merot E, Brehu S et al. *Durée d'allaitement maternel et facteurs de risque 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
3. Organisation Mondiale de la Santé. *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement*. [En ligne]. Genève: OMS; 1999. [Visité le 20 janvier 2019]. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65956/WHO_CHD_98.9_fre.pdf;jsessionid=54DA06EEB0FEDEC560696C54FCE4006?sequence=1
4. Delamaire C. *L'allaitement maternel. Vécu et opinions des mères en 2009*. La Santé de l'Homme 2010; 409: 50-1.
5. Kekus K. *Les raisons du refus de l'allaitement maternel: recueil du point de vue de femmes primipares par une étude qualitative*. [Thèse de médecine]. Rouen: Université de Rouen; 2014.
6. Shepherd CK, Power KG, Carter H. *Examining the correspondence of breastfeeding and bottle-feeding couples' infant feeding attitudes*. J Ad Nurs 2000; 31 (3): 651-60.
7. Kong SKF, Lee DTF. *Factors influencing decision to breastfeed*. J Ad Nurs 2004; 46 (4): 369-79.
8. Harroué E, Boissier E. *La pudeur en salle de naissance*. Vocation Sage-femme 2016; 120: 37-40.
9. Capponi I, Roland F. *Allaitement maternel: liberté individuelle sous influences*. Devenir 2013; 25 (2): 117-36.
10. Knibiehler Y. *L'allaitement et la société*. Recherches Féministes 2003; 16 (2): 11-33.
11. Bologne JC. *Pudeurs féminines: voilées, dévoilées, révélées*. Paris: Seuil; 2010.
12. Allouchery B. *Allaitement indéterminé*. Les Dossiers de l'Obstétrique 2015; 444: 13-6.
13. Walburg V, Conquet M, Callahans S, Chabrol H, Schölmerich A. *Taux et durée d'allaitement de 126 femmes primipares*. J Pediatr Puer 2007; 20: 114-7.
14. Badinter E. *Le conflit, la femme et la mère*. Paris: Flammarion; 2010.
15. Walburg V, Goehlich M, Conquet M, Callahan S, Schölmerich A, Chabrol H. *Étude comparative de mères françaises et allemandes primipares en matière d'allaitement maternel: motivation, choix et prise de décision*. J Pediatr Puer 2007; 20: 195-9.
16. Gaskin IM. *Le guide de l'allaitement naturel*. Paris: Mama Éditions; 2015.
17. Briex M. *Cacher ce sein que je ne saurais voir*. Spirale 2003; 3 (27): 151-3.
18. *Allaitement: la réponse parfaite d'une maman à qui l'on a demandé de se couvrir*. [En ligne]. Août 2018. [Visité le 20 janvier 2019]. Disponible: <https://positiv.fr/allaitement-public-maman-se-couvre-la-tete/>
19. Herzog-Evans M. *Allaitement maternel et droit*. Paris: L'Harmattan; 2007.
20. Razurel C. *Se révéler et se construire comme mère. L'entretien psycho-éducatif périnatal*. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène; 2015.
21. Turck D. *Plan d'action: Allaitement maternel*. [En ligne]. Paris: Ministère de la santé et des sports; juin 2010. [Visité le 20 janvier 2019]. Disponible: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000420.pdf>
22. Merlier J. *La sensibilisation des adolescents à l'allaitement maternel a-t-elle un impact sur le mode d'alimentation future de leurs nourrissons?* [Thèse de médecine]. Lille: Université de Lille 2; 2014.
23. Fourmand A. *La femme enceinte, la jeune mère et son bébé dans l'espace public*. Géographie et cultures 2009; 70: 79-98.

47^{es} ASSISES NATIONALES DES SAGES-FEMMES

30^e SESSION EUROPÉENNE

LA ROCHELLE - ESPACE ENCAN

AVANT-PROGRAMME

MERCREDI 22 MAI 2019

8 h 45 Séance inaugurale

9 h 30 Diagnostic prénatal à partir du sang maternel

- Rappel préalable sur l'interprétation des marqueurs sériques. *Sabine Dupuis (Poitiers)*
- Place de l'ADN libre circulant dans la stratégie de dépistage de la T21 - *Valentine Marquet (Limoges)*
- Place de l'ADN foetal libre circulant dans le diagnostic prénatal et perspectives d'avenir - *Catherine Yardin (Limoges)*
- Aspect éthique dans l'information aux patientes - *Maryse Fiorenza*

13 h 00 **Déjeuner ou Symposium SIGVARIS** "Et si les risques veineux chez la femme enceinte et en post-partum vous étaient contés par un médecin vasculaire..."

14 h 30 Communication dans les situations d'urgences

- Apport de la simulation dans la prise en charge des situations d'urgence: un exemple appliqué à l'embolie amniotique - *François Lecomte (Paris)*
- Optimiser la communication d'équipe dans les situations d'urgences - *François Lecomte (Paris)*
- Gestion des risques: comment communiquer avec les familles après une situation d'urgence - *Stéphane Moreau (Limoges)*
- L'information aux patientes en situation d'urgence: l'avis du juriste *Nicolas Gombault (Paris)*.

JEUDI 23 MAI 2019

9 h 00 Recommandations en infectiologie

- Diagnostic et prise en charge des infections urinaires pendant la grossesse - *Solen Kerneis et Asmaa Tazi (Paris)*
- Dépistage des infections bactériennes néonatales précoces - *Dominique Astruc (Strasbourg)*
- Cas cliniques - *Dominique Astruc (Strasbourg)*

12 h 30 **Déjeuner ou Symposium BOIRON**

INSCRIPTIONS: N° Formation APSF: 11 755 452 675 - Référencé Datadock
Droit d'inscription 3 jours: 320 € - Atelier 30 € et 50 € (Réa NN)
 Renseignements et inscriptions: www.assises-sages-femmes.eu
 Assises Nationales des Sages-Femmes - CERC-Congrès - 17 rue Souham - 19000 TULLE - Tél.: 05 55 26 18 87 - Mail: inscription@cerc-congres.com

14 h 00 Présentation des mémoires lauréats du Grand Prix évien des Écoles de Sages-Femmes

14 h 30 Dépistage et suivi gynécologique par la sage-femme

- Dépistage primaire des lésions cancéreuses et précancéreuses du col de l'utérus - *Tristan Gauthier (Limoges)*
- Interprétation de CR de FCU (cas cliniques) - *T. Gauthier (Limoges)*
- Dépistage du cancer du sein - *Yves Aubard (Limoges)*
- Vaginite et vaginose: interprétation du prélèvement vaginal et traitements (courte théorie puis cas cliniques) - *Yannick Thirouard (La Rochelle)*

VENDREDI 24 MAI 2019

9 h 00 Syndrome psycho-dépressif

- Le mécanisme physiologique du stress - *Christophe Dupont (Paris)*
- Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out: mieux comprendre pour mieux accompagner
- Différence entre baby blues et dépression: dépistage et prise en charge - *Anne Raynaud-Postel (Floirac)*
- La psychose puerpérale - *Anne Raynaud-Postel (Floirac)*

12 h 30 **Déjeuner**

14 h 00 Présentation et remise des Prix Posters

ACTUALITÉS

- Rupture Prématuration des Membranes: recommandations du CNGOF
- Sages-Femmes cliniciennes et violences obstétricales: de l'éthique des pratiques au droit commun - *Michèle Goussot Souchet (Paris)*

Ateliers pratiques en sessions parallèles (Places Limitées)

- 4 ateliers Simulation Réanimation néonatale
- 3 ateliers Manœuvres obstétricales
- 3 ateliers Échographie
- 2 ateliers Sutures périnéales
- 2 ateliers Suivi gynécologique de prévention - Frottis - Examen des seins
- 2 ateliers Analyse du Rythme Cardiaque Foetal
- 2 ateliers Pratiques contraceptives - Pose du DIU - Implants
- 1 atelier Installation en libéral
- 1 atelier Rééducation périnéale
- 1 atelier Environnement et Périnatalité
- 1 atelier Allaitement
- 1 atelier Massage et Portage du nourrisson
- 1 atelier Étayer sa pratique clinique sur des preuves scientifiques
- 1 atelier Désamorçage des situations conflictuelles
- 1 atelier Méditation en pleine conscience

LE PÉRINÉE DES FILLES

SOPHIE FRIGNET

Si la plupart des femmes n'entendent parler de leur périnée qu'après un accouchement, il joue un rôle dans nombre d'activités, qu'il s'agisse d'aller aux toilettes, de porter des charges lourdes, de prendre du plaisir sexuel, de pratiquer un sport, de mettre au monde un enfant ou de bien vieillir.

Ce guide pratique illustré propose de découvrir le périnée (anatomie, localisation et fonctionnement) et d'apprendre à le solliciter correctement, le protéger et le tonifier. C'est un organe clé qu'il faut préserver tout au long de sa vie si l'on veut s'épargner de lourds désagréments.

Ce livre s'adresse aux jeunes femmes, aux sportives, aux femmes enceintes comme à celles qui sont ménopausées, pour se sentir épanouies dans leur corps au quotidien.

Sophie FRIGNET est une sage-femme, diplômée de la Faculté de médecine de Paris. En 2006, elle rejoint l'équipe de Bernadette de Gasquet comme formatrice. En 2012, elle initie la formation « Pessaires et boules de geisha pour la rééducation du périnée » et en 2016, lance un atelier grand public qui valorise l'éducation périnéale et la prévention.



Les Éditions de l'Éveil

Parution: octobre 2018

EAN: 9782374150246

Format: 13 x 20 cm

192 pages - Prix: 17 €

<http://eveil.fr>

ENTRE RÊVE ET FOI, OÙ SE TIENT LE SUJET DU DÉSIR ?

FREUD, FONDANE, JOB ET LE DIEU BIBLIQUE

DOMINIQUE GAUCH

En ces temps où tente de s'imposer par la barbarie un Dieu idolâtre et méprisant de l'humain, Dominique Gauch repose à nouveaux frais la question de la foi qui, selon elle, ne peut être dénouée de la question de l'inconscient et du mal. À partir du rapport entre inconscient et foi, l'auteure redécouvre la pertinence, la profondeur et l'effectivité de la pensée existentielle du poète roumain, juif, Benjamin Fondane. Sa confrontation avec le Freud de *L'avenir d'une illusion* met en lumière les limites du langage métapsychologique pour dire l'expérience de la foi, foi poétique, foi biblique qui est étrangère non seulement à l'homme Freud mais à l'expérience de la psychanalyse.

L'inconscient et la foi sont deux domaines de la pensée, irréductibles l'un à l'autre et pourtant étroitement liés dans la constitution du sujet. Penser leur articulation demande de quitter la pensée conceptuelle pour se tourner à nouveau vers Job, l'homme du pays d'Ouç, qui souffre, désespère et cherche, un homme irrésigné, aux prises avec son existence et les grandes énigmes de la vie humaine.

Dominique Gauch est psychanalyste, installée à Paris, inscrite à la Société de psychanalystes du IV^e groupe. Elle est aussi théologienne, diplômée de l'Institut protestant de théologie de Montpellier. Après des études scientifiques, face aux épreuves de sa propre existence, elle entame un long et profond travail de psychanalyse, étroitement lié à la question de la foi, redécouverte sous la forme d'une vraie affection pour les textes bibliques



Éditions Erès

Parution: février 2017

EAN: 9782749254173

Format: 11,5 x 20 cm

224 pages - Prix: 18 €

www.editions-eres.com

AGENDA EN BREF

● 22-23 MARS 2019

ARCACHON

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

cerc-congres.com

● 29-30 MARS 2019

LYON

AG et Colloque annuel de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

cerc-congres.com

● 29-30 MARS 2019

PARIS 15^e - Institut Pasteur49^{es} Journées Nationales de Néonatalogieinfocongres.com

● AVRIL 2019

PARIS

47^{es} Journées Événements de l'Année en Médecine Vasculaire + SFA + DU de Phlébologiecongres.eska.fr

● 22-23-24 MAI 2019

LA ROCHELLE (16)

47^{es} Assises Nationales des Sages-femmesassises-sages-femmes.eu

● JUIN 2019

BORDEAUX

16^e Journée Événements de l'Année en Gynécologie-Obstétriquecongres.eska.fr

● 6-7 JUIN 2019

ANNECY

30^{es} Journées d'Études de l'Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales**Programme p. 45**

● 3 JUIN 2019

PARIS 7^eJournée du Collège National des Sages-Femmes de France
Thème: "La sage-femme au cœur du suivi gynécologique: une spécialité de l'intime"cerc-congres.com

● 18 JUIN 2019

BREST - OCÉANOPOLIS

La Pré-éclampsie

Actualités et Perspectives

Inscriptions avant le 18 mai 2019

Programme p. 45

● 26-27 SEPTEMBRE 2019

PARIS

22^{es} Journées de Sénologie Interactivecongres.eska.fr

● 27 SEPTEMBRE 2019

PARIS

9^e Congrès International des Centres de Maladies du Seincongres.eska.fr

LA FLORE VAGINALE: COMPOSITION, PROPRIÉTÉS

PAR BENOÎT LE GOEDEC, SAGE-FEMME*

INTRODUCTION

A l'homéostasie, la muqueuse vaginale est recouverte d'une flore complexe équilibrée et stable. En 1892, Doderlein la décrit pour la première fois : il la croyait homogène et constituée de bacilles à Gram positif, pléiomorphes et asporogènes. Depuis, ces bacilles sont encore souvent appelés de son nom (bacille de Doderlein), bien que les essais d'identification et de classification de Beijerinck en 1901 en aient fait des lactobacilles dont on a commencé à différencier les espèces en 1960 [Rogosa et Sharpe, 1960], pour en déterminer presque définitivement la composition ces dernières années grâce aux méthodes de biologie moléculaire. L'équilibre de l'écosystème vaginal, dont les lactobacilles sont les principaux acteurs, est essentiel, car il constitue le principal élément de défense contre les infections génitales.

COMPOSITION

Diversité de la flore vaginale

De nombreuses études ont montré la complexité et la variabilité de la flore vaginale selon le cycle menstruel et l'étape de la vie (principalement à cause de changements hormonaux et physiologiques). Les femmes saines possèdent de 1 à 6 espèces bactériennes vaginales différentes, avec comme bactéries prédominantes des lactobacilles à hauteur de 83 % [Fredricks, 2005]. Ainsi, ces différentes espèces peuvent être regroupées selon leur concentration (tableau I). Les bactéries appartenant aux groupes II et III sont potentiellement pathogènes. Il est à noter que les Gardnerella sont des bactéries normalement présentes dans le vagin et que sans un déséquilibre évident de l'écosystème (score de Nugent supérieur ou égal à 7), il n'est pas permis de parler de vaginose et encore moins d'envisager une thérapie.

Lactobacilles vaginaux

Pour une femme saine, d'âge moyen (post-pubertaire et préménopausée), non enceinte et non menstruée, la flore vaginale est dominée par des lactobacilles de différentes espèces composant "la flore de Doderlein". Grâce aux techniques de la biologie moléculaire basée sur les homologues de séquence de l'ADN, la taxonomie des lactobacilles a été

GROUPE	CONCENTRATION (par g de sécrétion)	ESPECES BACTERIENNES
I. Espèces bactériennes dont le portage est habituel	10 ⁸ à 10 ⁹	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lactobacillus</i> sp. • Corynébactéries • Streptocoques α hémolytiques non groupables viridans • <i>Bifidobacterium</i> sp.
II. Espèces bactériennes dont le portage est fréquent	10 ⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Streptocoques des groupes B et D • Entérobactéries (<i>Escherichia coli</i>, <i>Proteus</i>...) • Anaérobies (<i>Clostridium</i> sp., <i>Bacteroides</i> sp., <i>Peptostreptococcus</i> sp., <i>Fusobacterium</i> sp., <i>Veillonella</i> sp., <i>Prevotella</i> sp.,...) • Staphylocoques à coagulase (+) et (-) • <i>Gardnerella vaginalis</i> • Mycoplasmes (<i>Mycoplasma hominis</i> et <i>Ureaplasma urealyticum</i>)
III. Espèces bactériennes dont le portage est plus exceptionnel	< 10	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumocoques <i>Haemophilus influenzae</i> • Streptocoques du groupe A

Tableau I. Bactéries commensales du vagin [source interne].

	Wilks et al. (2004) 92 isolats	Burton et al. (2003) 18 isolats	Pavlova et al. (2002) 35 isolats
<i>L. acidophilus</i>	1	6	
<i>L. casei</i>	1		
<i>L. crispatus</i>	23	39	31
<i>L. delbrueckii</i>	1	6	
<i>L. fermentum</i>	1		6
<i>L. gasseri</i>	30	6	20
<i>L. iners</i>		43	
<i>L. jensenii</i>	16		20
<i>L. mucosae</i>			6
<i>L. oris</i>	2		
<i>L. paracasei</i>			6
<i>L. reuteri</i>	1		
<i>L. rhamnosus</i>	1		3
<i>L. vaginalis</i>	18		3
Non identifiés	5		5

Tableau II. Répartition en pourcentage des espèces de lactobacilles issus d'isolements vaginaux et identifiés par séquençage.

approfondie. Ainsi, de nouvelles études ont permis de caractériser la flore de Doderlein. Les principales espèces de lactobacilles vaginaux sont présentées dans le tableau II.

Rôle protecteur des lactobacilles au niveau vaginal

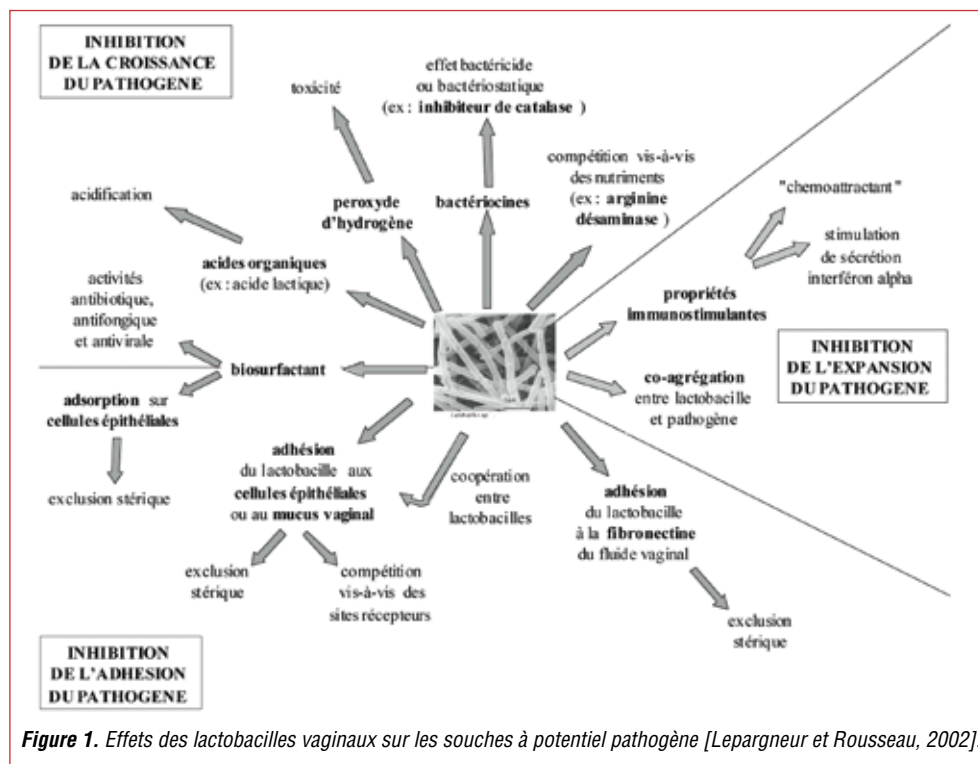
Les lactobacilles forment un biofilm tapissant la muqueuse vaginale et protègent ainsi le

milieu contre l'agression de micro-organismes responsables d'infections diverses en déployant différents mécanismes (figure 1).

Inhibition de la croissance du pathogène

Acides organiques (majoritairement acide lactique). Le glycogène est une source carbonée importante dans le milieu vaginal :

* D'après Jean-Pierre LEPARGNEUR, *Précis de bactériologie clinique*, ESKA 2018.



il est déposé dans l'épithélium vaginal par activation hormonale des œstrogènes, variable au cours du cycle menstruel.

La flore de Doderlein, composée de lactobacilles, utilise le glycogène ou le glucose (produit de l'hydrolyse du glycogène par le tissu épithélial, par les lactobacilles ou par d'autres micro-organismes) pour maintenir un pH vaginal bas voisin de 4 : fermentation en acides organiques dont majoritairement de l'acide lactique [Berrebi et Ayoubi, 1999; Boskey et al., 1999]. Le glycogène peut aussi être dégradé en acide lactique par les cellules de l'épithélium vaginal. Une étude récente a montré que plus de 50 % de l'acide lactique retrouvé dans le milieu vaginal était de la forme isomérique D. Or, les cellules humaines ne peuvent synthétiser que la forme L de l'acide lactique, alors que les bactéries produisent les formes D, L ou DL en mélange. Ainsi, les bactéries représentent la première source d'acide lactique dans le milieu vaginal [Boskey et al., 2001]. Il vient d'être démontré que si l'acide lactique est bactéricide pour *Streptococcus agalactiae*, il dégrade en plus son acide lipotéichoïque composant qui facilite son intrusion dans les tissus profonds en provoquant apoptose et mort cellulaire [Maudsdotter L et al 2011]. Les lactobacilles sont acidotolérants alors que la plupart des pathogènes vaginaux sont sensibles au pH acide excepté *Candida albicans*. Le pH est un bon indicateur de l'équilibre de la flore

vaginale [McGroarty, 1993; Sobel, 1997; Berrebi et Ayoubi, 1999].

Les lactobacilles producteurs de peroxyde d'hydrogène (H_2O_2) jouent un rôle essentiel dans l'équilibre de la flore vaginale : 96 % des femmes saines possèdent ces lactobacilles producteurs de H_2O_2 (dont notamment *L. crispatus* et *L. jensenii*) alors que ces mêmes lactobacilles ne sont isolés que dans 3,5 % des femmes atteintes de vaginose bactérienne [Eschenbach et al., 1989].

Inhibition de l'adhésion du pathogène

Différents mécanismes sont impliqués dans les phénomènes d'adhésion :

• Adhésion aux cellules épithéliales vaginales

L'adhésion à la muqueuse est un facteur essentiel contrôlant la colonisation et l'équilibre de la flore de l'hôte.

Deux types de mécanismes [Andreu et al., 1995] sont impliqués dans l'adhérence des micro-organismes :

- adhésion spécifique impliquant des structures externes des bactéries (les adhésines) et de l'épithélium (les sites récepteurs),
- adhésion non spécifique basée sur différentes interactions physico-chimiques (forces de Van Der Waals, forces électrostatiques, liaisons hydrogène...).

Une fois établie, la flore dominante de l'écosystème exerce un effet barrière en formant

un biofilm (communauté bactérienne généralement contenue dans une matrice adhérent à une surface). Les mécanismes par lesquels les lactobacilles vaginaux adhèrent aux cellules épithéliales vaginales sont peu connus. Cependant, la variété des structures de surface de ces bactéries implique une grande diversité des mécanismes d'adhérence.

• Adhésion à la fibronectine humaine

La fibronectine est une molécule à haut poids moléculaire (450 à 500 kDa) présente :

- sous forme fibrillaire dans la matrice extra-cellulaire qui recouvre les surfaces des cellules et des muqueuses ;
- sous forme soluble dans les fluides physiologiques comme par exemple le fluide vaginal.

La principale propriété de la fibronectine est de moduler les interactions entre la matrice extra-cellulaire et les cellules, via la formation d'un complexe d'adhésion avec les intégrines cellulaires [Poulouin et al., 1997]. La fibronectine joue aussi un rôle dans l'adhésion de la flore aux surfaces des muqueuses en formant une structure de base pour l'attachement des micro-organismes. Elle favorise ainsi l'installation de la flore endogène normale mais aussi l'infection possible par la flore pathogène. Des souches de lactobacilles isolées du vagin de femmes saines ont montré des capacités à adhérer de façon spécifique à la fibronectine. Cette adhésion, est d'autant plus forte que le pH du milieu diminue jusqu'à pH 4 correspondant aux conditions vaginales normales.

• Biosurfactants

Initialement, les biosurfactants ont été définis comme des molécules amphiphiles "détergentes" produites par des micro-organismes. Ce sont surtout des glycolipides ou des lipopeptides [Velraeds et al., 1996]. Par leurs propriétés amphiphiles agissant sur les tensions de surface aux interfaces, différents rôles physiologiques sont attribués aux biosurfactants [Velraeds et al., 1998] :

- stimulation de la croissance sur substrats organiques (adhésion aux composés organiques ou émulsification des sources carbonées hydrophobes) ;

- participation à l'adhésion des bactéries productrices de biosurfactants ;
- création d'une barrière compétitive vis-à-vis de l'adhésion des pathogènes.

• Co-agrégation

La co-agrégation est une interaction entre deux micro-organismes de souches ou d'espèces différentes. Dans le milieu vaginal, ce phénomène peut avoir lieu entre les lactobacilles et les souches potentiellement pathogènes. En se co-agréant, les lactobacilles empêchent l'accès des pathogènes aux tissus récepteurs et leur adhésion à l'épithélium : ils inhibent l'expansion des souches pathogènes [Boris et al., 1998 ; Reid, 2001]. Le procédé de co-agrégation est spécifique à certaines souches. Il semble que *L. acidophilus*, *L. gasseri* et *L. jensenii*, isolés du milieu vaginal, co-agrégent avec *C. albicans*, *E. coli* et *G. vaginalis* mais pas avec *S. agalactiae* [Boris et al., 1997]. Récemment, une protéine de surface de 19,9 kDa Cpf (« co-aggregation promoting factor ») a été purifiée chez *L. coryniformis*. Elle permet la co-agrégation avec *E. coli* et *Campylobacter jejuni* [Schachtsiek et al., 2004].

• Propriétés immunostimulantes

L. gasseri possède une protéine de bas poids moléculaire thermostable (gasse-rokine) qui active la molécule CD18 des macrophages, les faisant migrer ; or, la migration de ces éléments au lieu d'une infection est indispensable pour l'élimination des pathogènes chez l'hôte [Kitazawa et al., 2002]. *L. gasseri* induit également la production d'interféron alpha par les macrophages murins en 3 à 6 heures.

DÉSÉQUILIBRE ÉCOLOGIQUE DU MILIEU VAGINAL

De nombreux médicaments ou dispositifs à usage local interfèrent défavorablement avec la flore de Doderlein ; depuis peu, il a été montré que le tabac lui aussi jouait un rôle très important.

• Les antibiotiques

Les lactobacilles de la flore vaginale sont très sensibles aux antibiotiques, en particulier aux macrolides et aux tétracyclines souvent prescrits dans les infections gynécologiques, mais aussi à la plupart des grandes familles de molécules. Ceci entraîne directement le déséquilibre de l'écosystème vaginal dès la mise en œuvre de la moindre antibiothérapie. Seuls le métronidazole et les quinolones semblent peu actifs sur la flore de Doderlein, notamment pour le

second, les lactobacilles producteurs de H2 O2 [Bannatyne et Smith, 1998 ; Hillier et al., 1999]. Quant à la clindamycine, très utilisée aux USA dans le traitement de la vaginose, il semble qu'entre 1,95 et 31,25 µg/mL, elle soit sans effet sur les lactobacilles mais qu'elle soit bactériostatique à des concentrations supérieures à 125 µg/mL [Aroutcheva et al., 2001]. Les lactobacilles peuvent d'autre part transférer des résistances à d'autres bactéries à Gram positif (par exemple pour la tetracycline tet (M) à *Enterococcus faecalis*) [Gevers et al., 2003].

• Les microbicides

Les microbicides sont des agents chimiques à usage topique dans le vagin. Ils sont destinés à prévenir la transmission des maladies sexuellement transmissibles et tout particulièrement du VIH [Doncel et Mauck, 2004]. La première génération de ces dérivés était composée de surfactants (docosate de sodium, nonoxynol-9) qui, en plus de leur faible efficacité, diminuaient très fortement le nombre des lactobacilles vaginaux (≈ 10 UFC/mL) avec pour résultat le déséquilibre de la microflore et l'augmentation des risques d'infections aussi bien vaginales qu'urinaires.

• Les antifongiques

Bien que les concentrations minimales inhibitrices (CMI) des imidazolés (entre 0,05 et 0,2 µg/mL pour isoconazole et oxiconazole) [Kilic et al., 2005] paraissent sans effet sur les lactobacilles vaginaux, l'expérience fait que l'on constate des « filamentations » des lactobacilles après traitement pour candidose. Ces lactobacilles peuvent perdre leur fonction et « mimer » microscopiquement et cliniquement de fausses vaginites à *Candida*.

• Les spermicides

Des études américaines bien documentées signalent que le nonoxynol 9 est toxique pour les lactobacilles, et que l'on induit chez les utilisatrices un nombre important de vaginoses [McGroarty et al., 1992]. Ce produit est peu utilisé en France, mais il est possible que les ammoniums quaternaires (classés comme antiseptiques) qui constituent les principes actifs des spermicides dans notre pays, peuvent également déséquilibrer la flore vaginale.

• Le tabac

Depuis plusieurs années, il a été noté chez les fumeuses une présence non négligeable de dérivés du tabac dans les sécrétions vaginales et dans le sperme [Zenzes et al., 1999]. Plusieurs études internationales signalent, chez les femmes qui fument,

une augmentation des vaginoses [Hellberg et al., 2000] aussi bien que des infections sexuellement transmissibles, en particulier l'herpes [Cherpes et al., 2003]. On sait par ailleurs que les lactobacilles vaginaux sont infestés par des phages. Une autre étude américaine intégrant le fait qu'à chaque cigarette, un fumeur inhale 20 à 40 ng de benzo (a) pyrène lequel est transformé par le foie en benzo (a) pyrènediolépoxyde (BPDE), montre que ce dérivé active les prophages intégrés dans les lactobacilles, détruisant ceux-ci. Ensuite, les phages libérés infestent les autres lactobacilles amplifiant ainsi leur destruction. Le phénomène est plus marqué pour une consommation supérieure à 10 cigarettes par jour, la CMI étant de 6 µg/mL in vitro [Pavlova et Tao, 2000].

• Les diaphragmes et dispositifs intra-utérins (stérilet)

Chez les patientes utilisatrices, on constate une très nette augmentation du pH vaginal, en corrélation avec un pourcentage élevé de vaginose et de nombreuses infections urinaires à colibacilles [Hooton et al., 1989]. L'utilisation de stérilets multiplie les cas de vaginose.

Les auteurs ne donnent pas d'explications à ces pathologies associées. Des études complémentaires semblent nécessaires.

• Les tampons

Une étude américaine très documentée conclut à l'innocuité des tampons qu'ils soient en coton, viscosé ou polyacrylate [Onderdonk et al., 1987], à condition qu'ils ne soient pas laissés en place trop longtemps.

• Les douches vaginales

Cette pratique augmente très sensiblement les risques de déséquilibre de la flore et l'apparition de vaginose [Ness et al., 2002 ; Chiaffarino et al., 2004].

• Jeans et pantalons serrés

Une augmentation sensible de vaginoses chez les porteuses de ces vêtements a été observée par Chiaffarino et col. (2004).

• Partenaires sexuels

Le vagabondage sexuel (plusieurs partenaires différents) augmente les risques de vaginose en modifiant la microflore [Chiaffarino et al., 2004].

• Sex toys

Leur usage est associé à une baisse significative des lactobacilles producteurs d'H2 O2 accompagné d'un risque accru de colonisation par *Gardnerella vaginalis* (Mitchell C. et al 2011). •

COMMUNIQUÉ → 17.01.19

Les Français et les congés de maternité et paternité : opinion et recours

D'après le Baromètre de la DREES, en 2016, six Français sur dix trouvent la durée des congés de maternité et de paternité suffisante. Les 18-24 ans souhaitent pour 63 % d'entre eux un allongement du congé de paternité. C'est deux fois plus que pour le congé de maternité. Au sein des couples, vouloir allonger le congé de paternité est associé à une implication plus importante du père dans les tâches familiales.

Dans la pratique, la quasi-totalité des mères en emploi ou au chômage prennent leur congé de maternité et, en 2013, sept pères éligibles sur dix ont eu recours à leur congé de paternité. Le recours à ce congé est aussi plus fréquent dans les familles où les rôles des femmes et des hommes sont les moins différenciés. Quand les deux parents travaillent, les hommes ayant le plus souvent recours au congé de paternité sont ceux du secteur public. Ils sont aussi les plus impliqués dans les tâches familiales. À l'inverse, quand la mère n'a jamais travaillé, les pères prennent moins souvent leur congé de paternité et s'impliquent moins dans les tâches familiales.

Les parents non salariés sont ceux qui prennent le moins leur congé de paternité et de maternité. Parmi eux, seulement trois pères sur dix ont pris leur congé de paternité et six mères sur dix leur congé de maternité.

RÉFÉRENCE

- Kim Antunez, Guillemette Buisson (DREES), 2019, « *Les Français et les congés de maternité et paternité : opinion et recours* », Études et Résultats, n° 1098, Drees, janvier.

PLUS D'INFORMATIONS

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1098.pdf>

COMMUNIQUÉ → 24.01.19

Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités

ÉTAT DE SANTÉ ET RECOURS AUX SOINS 2019

L'accessibilité géographique aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'améliore entre 2016 et 2017 (respectivement +2,3 %, +2,8 % et +5,4 %), soutenue par une croissance des effectifs de ces professionnels, notamment de ceux exerçant à titre libéral. Pour ces trois professions, les inégalités de répartition géographique diminuent, entre les communes les moins dotées et les mieux dotées, en particulier pour les sages-femmes.

Toutefois, des inégalités territoriales subsistent. Les infirmiers sont plus inégalement répartis selon les régions et les masseurs-kinésithérapeutes selon le type de commune. La répartition des sages-femmes ne répond à aucune de ces deux logiques. Pour les trois professions, l'accessibilité est globalement meilleure dans les grands pôles urbains et le long du littoral.

Si 7 habitants sur 10 bénéficient d'un bon accès à un professionnel de premier recours (que ce soit un médecin généraliste, un infirmier ou un masseur-kinésithérapeute), 4,5 % de la population française rencontre simultanément des difficultés d'accès à ces trois professions. Le cumul des difficultés d'accès aux sages-femmes et aux maternités est moins répandu, puisque cela ne concerne que 1,5 % de la population.

RÉFÉRENCE

- Blandine Legendre, Clémence Aberki, Hélène Chaput, avec la collaboration de Gaëlle Gateaud (DREES), 2019, « *Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités* », Études et Résultats, n° 1100, Drees, janvier.

PLUS D'INFORMATIONS

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1100.pdf

COMMUNIQUÉ

→ 23.01.19

L'Anses recommande d'améliorer la sécurité sanitaire des couches pour bébé

L'Anses publie son évaluation de risques liés aux substances chimiques présentes dans les couches pour bébé. À partir d'essais réalisés sur des couches jetables et leur usage, l'expertise de l'Agence a mis en évidence des dépassements de seuils sanitaires pour plusieurs substances chimiques. Au regard des risques que peuvent présenter ces substances pour la santé des bébés, l'Anses recommande de les éliminer ou de réduire au maximum leur présence dans les couches jetables. L'Agence préconise également de renforcer le contrôle de ces substances dans les couches mises sur le marché. Enfin, l'Anses souligne la nécessité d'un cadre réglementaire plus restrictif encadrant ces produits.

L'a majorité des bébés en France porte des couches à usage unique, ce qui représente environ 4 000 couches utilisées au cours des trois premières années de leur vie.

L'Anses a été saisie par la Direction générale de la santé, la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et la Direction générale de la prévention des risques afin d'évaluer les risques liés à des substances chimiques présentes dans les couches pour la santé des bébés. Cette expertise est une première évaluation de risques de la sécurité des couches pour bébé, effectuée par une agence de sécurité sanitaire au niveau international.

Plusieurs substances chimiques dépassent les seuils sanitaires dans les couches

L'expertise de l'Anses s'est appuyée sur des analyses et essais menés par le Service commun des laboratoires (SCL) et l'Institut national de la consommation (INC) entre 2016 et 2018 sur plusieurs références de couches représentatives du marché français. Ces analyses ont mis en évidence la présence de différentes substances chimiques dangereuses dans les couches jetables qui peuvent notamment migrer dans l'urine et entrer en contact prolongé avec

Suite >

> la peau des bébés. Certaines de ces substances sont ajoutées intentionnellement, telles que des substances parfumantes qui peuvent entraîner des allergies cutanées. D'autres substances identifiées peuvent provenir de matières premières contaminées ou de procédés de fabrication (PCB-DL, furanes et dioxines, HAP).

Sur la base de ces données, l'Anses a réalisé une évaluation de risques afin de déterminer si les concentrations des différentes substances identifiées pouvaient présenter un risque pour la santé des bébés. Cette expertise a mis en évidence des dépassements de seuils sanitaires pour plusieurs substances, dans des conditions d'usage réalistes. Il s'agit de substances parfumantes (butylphényl méthyle propional ou lilial®, hydroxyisohexyl 3-cyclohexène carboxaldéhyde ou lyral®), certains hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), le PCB-126, la somme des PCB-DL et la somme des dioxines, furanes et PCB-DL.

Au regard des risques que peuvent présenter ces substances et de la population particulièrement sensible concernée, l'Anses recommande d'éliminer ou de réduire au maximum les substances chimiques présentes dans les couches pour bébé à usage unique.

À cet effet, l'Agence émet plusieurs recommandations à l'attention des industriels :

- Supprimer l'utilisation de toutes substances parfumantes, en priorité celles susceptibles de présenter des effets sensibilisants cutanés.
- Mieux maîtriser l'origine des matières premières naturelles qui peuvent être contaminées avant même la fabrication.
- Améliorer les procédés de fabrication des couches.

Afin de s'assurer que les industriels ont revu leurs pratiques de fabrication selon ces recommandations, l'Agence préconise également de renforcer le contrôle des substances chimiques dans les couches jetables mises sur le marché.

Enfin, l'Anses souligne la nécessité de mesures réglementaires plus restrictives tant au niveau national qu'au niveau européen dans le cadre du règlement REACH, afin de sécuriser la fabrication des couches pour bébé.



PLUS D'INFORMATIONS

Avis révisé et rapport de l'Anses relatif à la sécurité des couches pour bébé : <https://www.anses.fr/fr/system/files/CONSO2017SA0019Ra.pdf>

MESSAGE D'ALERTE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

→ 25.01.19

Retrait et rappel de produits de nutrition infantile 1^{er} et 2^e âge de la marque Modilac en raison d'une possible contamination par *Salmonella poona*

Les autorités sanitaires ont été informées par le Centre national de référence des Salmonelles de l'infection de quatre nourrissons par *Salmonella* sérotype poona. Trois autres cas suspects sont en cours d'investigation.

Les premiers résultats des investigations montrent que les nourrissons dont les familles ont été interrogées à ce jour ont tous consommé du lait infantile 1^{er} et 2^e âge de la gamme Modilac Riz.

Tous les produits concernés ont été élaborés sur un même site de production basé en Espagne. La Société a procédé au retrait et au rappel des références concernées. Elle met également à disposition des parents un numéro vert 0800 800 970 (ouvert 24 h/24) pour répondre à leurs interrogations.

Un communiqué de presse est en cours de diffusion par les autorités sanitaires pour demander aux parents qui disposeraient encore de boîtes de ces lots de ne pas les utiliser et de prendre

contact avec leur pédiatre ou leur médecin pour se voir conseiller un lait de remplacement, notamment pour les bébés allergiques aux protéines de lait. Dans l'attente, il leur est recommandé de se rendre en pharmacie où un lait de substitution leur sera proposé.

La Société Française de Pédiatrie, sollicitée en urgence, va émettre des recommandations en ce sens qui seront mises en ligne sur le site du ministère de la santé :

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

Les boîtes de lait des références non concernées par le retrait-rappel peuvent être consommées.

Les familles sont également invitées à consulter leur médecin traitant ou pédiatre en cas d'apparition d'un tableau de gastro-entérite chez un enfant ayant consommé, dans les sept jours précédents, un des produits concernés.

PLUS D'INFORMATIONS

<https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/>

COMMUNIQUÉ → 25.01.19

Évolution de la perception des risques du tabagisme en France : Baromètre cancer 2015

Le tabac est, de loin, le premier facteur de risque de cancers évitable en France. En 2015, chez les adultes âgés de 30 ans et plus, plus de 66 000 cas de cancers sont attribuables au tabac (54 000 chez les hommes et 12 000 chez les femmes), ce qui représente environ respectivement 28 % et 8 % de tous les nouveaux cas de cancers.

Tout comme les mesures de lutte anti-tabac et les politiques de prévention – les perceptions de la population sur le tabagisme, ses risques associés et les bénéfices liés à l'arrêt, peuvent influencer les comportements. C'est pourquoi l'étude Baromètre Cancer de Santé publique France et de l'Institut national du cancer, qui interroge régulièrement la population résidant en France sur leurs attitudes et comportements par rapport au tabac, intègre des questions sur ces perceptions.

Voici les principaux enseignements de la dernière édition de ce Baromètre (2015) sur ces questions.

- En 2015, la perception du risque de cancer lié au tabagisme est très élevée au sein de la population française ; plus de neuf personnes sur dix considèrent ainsi que fumer du tabac favorise l'apparition d'un cancer.
- Le sentiment d'être bien informé sur les effets du tabac sur la santé est également très répandu avec plus de neuf personnes sur dix se déclarant bien ou très bien informées. La crainte d'avoir soi-même un cancer dû au

Suite >

> tabac concerne les trois quarts des fumeurs quotidiens.

- Cependant, les seuils de dangerosité perçus en nombre de cigarettes et en nombre d'années restent élevés : les fumeurs répondent en moyenne douze cigarettes par jour et seize années et demie comme seuils à partir desquels un fumeur a un risque d'avoir un cancer dû au tabac.
- Les différences socio-économiques observées concernant le risque perçu des effets du tabagisme persistent en 2015.
- Le risque perçu de cancer lié au tabagisme est plus faible parmi les personnes les moins diplômées et ayant les plus bas revenus.
- Le sentiment d'être bien informé des effets du tabagisme sur la santé est également moins répandu parmi les personnes sans diplôme ou aux diplômes les moins élevés et parmi les personnes aux revenus les moins élevés.
- Quant au seuil de dangerosité perçu à partir duquel un fumeur risque d'avoir un cancer, il est également plus souvent supérieur à dix cigarettes par jour parmi les personnes au chômage, avec les revenus et les diplômes les moins élevés.

Ces différences de perceptions des risques peuvent s'expliquer par une plus grande méfiance à l'égard des messages de prévention, une différence de perception des politiques publiques, une stratégie marketing ciblée de l'industrie du tabac, et par un déni du risque plus présent parmi les populations défavorisées.

- La question du tabac reste très peu abordée avec un médecin. Seuls trois fumeurs sur dix déclarent avoir abordé la question du tabac avec un médecin au cours de l'année passée, à parts égales entre initiative du fumeur et initiative du médecin. Aucune amélioration n'est constatée depuis 2010.



PLUS D'INFORMATIONS

<https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Evolution-de-la-perception-des-risques-du-tabagisme-en-France-Barometre-cancer-2015>

COMMUNIQUÉ → 14.01.19

Le Gouvernement lance l'élaboration du 4^e Plan national santé environnement, intitulé « Mon environnement, ma santé » et ouvre la consultation publique sur le projet de nouvelle stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens

En ouverture des Rencontres nationales Santé-environnement aujourd'hui à Bordeaux, François de Rugy, ministre d'État, ministre de la Transition écologique et solidaire, et Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, ont présenté les grands chantiers du Gouvernement pour renforcer la protection de la santé et de l'environnement, avec le lancement de l'élaboration du plan « Mon environnement, ma santé » et la consultation publique sur le projet de nouvelle stratégie sur les perturbateurs endocriniens.

Organisées les 14 et 15 janvier 2019, les deuxièmes « Rencontres nationales santé - environnement » réunissent plus de 500 acteurs locaux mobilisés pour limiter les dégradations de l'environnement et préserver la santé des citoyens. L'objectif : donner la parole aux porteurs d'initiatives locales afin de partager les méthodes expérimentées et les actions réussies dans les territoires.

« Chacun d'entre nous vit dans un milieu où l'Homme et la nature sont intimement liés : dégrader l'environnement, c'est affecter durablement notre santé. Les territoires sont en première ligne pour lutter contre les pollutions et mettre en œuvre des actions au service des citoyens. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement entend construire avec eux un « Plan national santé environnement » ambitieux, qui d'ores et déjà s'incarne à travers une stratégie de lutte contre les perturbateurs endocriniens » a déclaré François de Rugy.

« Connaître précisément les effets de notre environnement sur la santé est indispensable pour apporter les réponses médicales et préventives les mieux adaptées. En stimulant la recherche scientifique dans ce sens, nous obtiendrons les connaissances nécessaires à la formation des professionnels de santé ainsi qu'à la bonne information des citoyens, préalable décisif au changement des comportements. » a ajouté Agnès Buzyn.

Élisabeth Toutut-Picard, députée et présidente du Groupe santé-environnement (GSE), instance nationale de dialogue entre les parties prenantes, a précisé : « Le GSE s'engage à travailler à l'élaboration d'un PNSE4 correspondant aux quatre axes proposés par la Madame Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé et Monsieur François de Rugy, ministre d'État, ministre de la Transition écologique et solidaire que sont : la recherche sur l'exposome, la prévention, l'information et la formation en Santé Environnement, la démultiplication d'actions dans les territoires sur le sujet et la mobilisation des politiques publiques en faveur de la Santé

Environnement. La composition plurielle et multisectorielle du GSE, son fonctionnement participatif et ses actions depuis sa création sont en adéquation avec cette démarche ».

Élaboration du 4^e Plan national santé-environnement, « Mon environnement, ma santé »

Co-piloté par le ministère de la Transition écologique et solidaire et le ministère des Solidarités et de la Santé, ce plan vise à réduire les impacts des facteurs environnementaux sur la santé grâce à la mobilisation de tous les acteurs du territoire. Il succédera au troisième plan national santé environnement qui arrive à échéance fin 2019.

Les ministres ont fixé quatre priorités pour ce plan :

- Mieux connaître les expositions et les effets de l'environnement sur la santé des populations (« exposome ») ;
- Informer, communiquer et former les professionnels et les citoyens ;
- Démultiplier les actions concrètes menées dans les territoires ;
- Réduire les expositions et les inégalités environnementales.

Il s'accompagnera de la création d'une boîte à outils permettant d'encourager et de mutualiser des actions locales réussies en faveur de la santé environnement.

Les travaux d'élaboration seront conduits durant l'année 2019 dans le cadre du Groupe santé-environnement.

Consultation sur la nouvelle Stratégie sur les perturbateurs endocriniens (SNPE2)

Les perturbateurs endocriniens sont des substances chimiques d'origine naturelle ou artificielle qui dérèglent le fonctionnement hormonal des organismes vivants. Ils se retrouvent dans un grand nombre de produits de consommation courante (cosmétiques, alimentation, plastiques...) et dans différents milieux (air, eau, sol).

Suite >

> En avril 2014, la France a été le seul pays à se doter d'une première stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens. En février 2018, le Gouvernement a annoncé la deuxième stratégie pour la période 2019-2022. Des groupes de travail ont été mis en place pour élaborer la SNPE2, composés de l'ensemble des parties prenantes : parlementaires, organismes publics de recherche et de surveillance, associations de protection de l'environnement et de défense des consommateurs, industriels, ministères... Ces travaux de co-construction ont permis l'élaboration d'un projet de SNPE2, mis en consultation ce lundi 14 janvier 2019. François de Rugy et Agnès Buzyn ont présenté aujourd'hui les principales mesures de la nouvelle stratégie :

Des actions pour protéger la population

- **Établir une liste des substances** qui peuvent présenter des propriétés perturbatrices endocriniennes, scientifiquement robuste et partagée avec les parties prenantes et les autres États membres (action 4) ;
- **Mener une campagne de communication grand public** et créer un site internet de référence, afin d'informer la population sur les risques liés à l'exposition aux produits chimiques dangereux de consommation

courante, de partager des bonnes pratiques destinées à limiter les expositions, en ciblant en priorité les populations les plus à risques (action 8) ;

- **Développer la formation des professionnels de santé** et des agents des collectivités territoriales (actions 10 et 11).

Des actions pour protéger l'environnement

- Réaliser des analyses exploratoires sur des produits de grande consommation destinés à des populations sensibles (jouets destinés aux enfants de moins de trois ans) en y recherchant des substances non réglementées présentant des propriétés de perturbateurs endocriniens avérées (action 22) ;
- Mesurer l'imprégnation des différents milieux (air, eau, sol) par les perturbateurs endocriniens et centraliser les données sur une plateforme dédiée, ouverte à tous les acteurs (action 24) ;
- Renforcer la connaissance de l'exposition aux perturbateurs endocriniens via l'alimentation, en incluant un volet spécifique à ses substances dans la prochaine enquête sur l'alimentation qui sera lancée en 2019 (action 27) ;
- Susciter des engagements volontaires des industriels et des distributeurs pour subs-

tituer, dans les produits de consommation courante, les substances pouvant présenter des propriétés de perturbation endocrinienne. (action 41).

Des actions pour améliorer les connaissances

- Assurer une coordination pour soutenir la recherche et l'innovation. Assurer la lisibilité pour l'ensemble des parties prenantes des efforts de recherche et des avancées sur les PE (action 42) ;
- Élargir la surveillance à d'autres pathologies que celles de la reproduction, en lien avec les perturbateurs endocriniens (action 46).

Le projet sera mis en consultation publique du 14 janvier au 8 février.



COMMUNIQUÉ → 05.02.19

Consultation publique sur la place et l'utilisation des implants mammaires texturés en chirurgie esthétique et reconstructrice

POINT D'INFORMATION

L'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) réunira les 7 et 8 février 2019 un comité d'experts en charge d'émettre un avis sur la place et l'utilisation des implants mammaires texturés en chirurgie esthétique et reconstructrice. Les experts conduiront leurs travaux à partir des auditions de l'ensemble des parties prenantes et des contributions écrites adressées à l'ANSM. Ces auditions seront retransmises en direct sur la chaîne YouTube de l'ANSM.

Les membres de ce comité scientifique spécialisé temporaire (CSST) ont été choisis pour leurs compétences dans divers domaines. Ce comité est ainsi composé d'une sociologue, d'une psychologue, de représentantes d'associations de patientes et de médecins spécialistes en chirurgie plastique, en médecine générale et en gynécologie.

Ces experts conduiront leurs travaux à partir des auditions et des contributions écrites adressées à l'ANSM afin de disposer de plusieurs positions

argumentées et documentées sur les points suivants :

- retour d'expérience personnelle suite au port d'implants mammaires ;
- l'intérêt de la pose d'implants mammaires texturés notamment en chirurgie esthétique : résultat esthétique, anatomie de la patiente, pratique chirurgicale, complications ultérieures ;
- l'intérêt de la pose d'implants mammaires texturés notamment en reconstruction : résultat esthétique, état clinique de la patiente, pratique chirurgicale, complications ultérieures ;
- les alternatives aux implants mammaires texturés en reconstruction et/ou en esthétique.

À cet égard, l'ANSM a lancé le 21 novembre 2018 un appel à candidature pour les parties prenantes souhaitant être auditionnées. Ainsi, le comité d'experts auditionnera l'ensemble des parties prenantes et notamment des patientes, des représentants associatifs, des professionnels de santé, des sociétés savantes, des représen-

tants des industriels et plusieurs autorités de santé internationales.

Les auditions se tiendront à l'ANSM le 7 février toute la journée et le 8 février matin. Ces auditions seront retransmises en direct sur la chaîne YouTube de l'ANSM.

L'avis du CSST sera remis à l'ANSM et sera consultable sur le site de l'Agence dans les jours qui suivent ces auditions.

Sur la base de cet avis, l'ANSM prendra une décision dans les semaines suivantes sur l'utilisation des implants mammaires à enveloppe texturée en chirurgie esthétique et reconstructrice.



PLUS D'INFORMATIONS

<https://ansm.sante.fr/>

LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

Sous la présidence du Pr Serge Uzan
Organisation : Dr Christophe Trémouilhac

MARDI 18 JUIN 2019

de 9 h à 16 h

BREST - OCÉANOPOLIS

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

9 h - 9 h20 Accueil des participants

9 h20 - 9 h30 Introduction : Pr Philippe Merviel - Brest

Modérateurs : Dr Christophe Trémouilhac (Brest),
Dr Stéphanie Quiniou-Pittion (Lorient)

9 h30 - 10 h Physiopathologie de la pré-éclampsie
Pr Thierry Fournier - Paris

10 h - 10 h30 Historique de la pré-éclampsie, de l'Aspirine, des Dopplers Pr Serge Uzan - Paris

10 h30 - 11 h Place des marqueurs angiogéniques dans la pathologie vasculo-placentaire - Pr Vassilis Tsatsaris - Paris

11 h - 11 h30 Pause

11 h30 - 12 h Dépistage de la pré-éclampsie au premier trimestre, expérience toulousaine - Pr Christophe Vayssière - Toulouse

12 h - 12 h30 Présentation de l'étude PRECOP et ses premiers résultats - Dr Emmanuel Decroisette - Chambéry

12 h30 - 14 h Déjeuner et Visite d'Océanopolis

LIEU > Océanopolis

Port de plaisance du Moulin Blanc - 20200 Brest

Modérateurs : Dr Jacob Hannigsberg (Brest),
Pr Pascale Marcorelles (Brest)

14 h - 14 h30 Facteurs de risque et prédiction des complications de la pré-éclampsie - Pr Franck Perrotin - Tours

14 h30 - 15 h Prise en charge clinique de la prééclampsie
Dr Christophe Trémouilhac - Brest

15 h - 15 h30 Expérience brestoise sur les villites et marqueurs angiogéniques - Dr Claire De Moreuil - Brest

15 h30 - 16 h **TABLE RONDE**
Pr Uzan, Dr Tremouilhac et orateurs de la journée
Que faut-il retenir...

16 h00 Conclusion du congrès - Pr Philippe Merviel

POUR TOUT RENSEIGNEMENT

- Philippe MERVIEL : Service de gynécologie Obstétrique
CHRU Brest Hôpital Morvan - 5 avenue Foch - 29200 Brest
Mail : philippe.merviel@chu-brest.fr - Tél. : 02 98 22 39 70
- Joanna LARROUR (secrétariat) :
Mail : joanna.larrou@chu-brest.fr - Tél. : 02 29 02 02 96



30^{es} Journées d'études de l'Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales

Sage-femme de PMI : accompagner jusqu'au postnatal

6 & 7 juin 2019
Annecy • Haute-Savoie

POUR TOUT RENSEIGNEMENT

CONTACT À L'ANSFT

Françoise JAUGIN
Trésorière
69 rue Léon Blum
33560 CARBON BLANC
Tél. : 06 16 38 74 30
formation.ansft@gmail.com

CONTACT AU DÉPARTEMENT

Stéphanie GARIN
Chef de Service
Administration Générale
Pôle PMI - Promotion
de la Santé
Département
de la Haute-Savoie
Tél. : 04 50 33 22 47

programme

Jeu 6 juin

Matin : Repérer pour mieux prévenir

- 8 h 15 :** Accueil café
- 9 h :** Allocution d'ouverture
- 9 h 15 :** Présentation des projets de prévention du Département
Dr Agnès LACASSIE-DECHOSAL, médecin directeur PMI-PS du Département
- 9 h30 :** Présentation des actions de prévention du Collectif Saisonnier
Martine PEVERGNE, S-F PMI-PS - Camille FAUCHET, chef de service CAARU prévention
- 10 h :** Présentation de la grille de vulnérabilité en ante et postnatal par le Réseau périnatal des 2 Savoie (RP2S)
Dr Christine DURAND, pédiatre RP2S - Juliette DEVIDAL, S-F PMI-PS
- 10 h 45-11 h 15 :** Pause
- 11 h 15 :** Retour d'expériences sur l'accompagnement des sorties de maternité
Elizabeth BROCC PUEL, S-F coordinatrice, maternité du CHANGE - Marie BLANVILLAIN, S-F PMI-PS - Marie-Aude SAVIGNAT, puéricultrice PMI-PS
- Échanges avec la salle

- 12 h 15-14 h :** Déjeuner libre

Après-midi Accompagner le retour à domicile

- 14 h :** Comment soutenir l'allaitement maternel au retour à domicile
Dr Camille SCHELSTRAETE, consultante en lactation, diplôme IBCLC Chambéry - Géraldine FOURNIER, puéricultrice PMI-PS, conseillère en lactation
- Échanges avec la salle
- 15 h 15-15 h 45 :** Pause
- 15 h 45 :** Surveillance du nouveau-né à domicile : de la théorie à la pratique
Marie-Adélaïde HOCHART, S-F formatrice en suivi du nouveau-né

Vendredi 7 juin

Matin : Prendre soin en postnatal

- 9 h :** Le postnatal et le périnée : du corporel au symbolique
Interventions Sages-femmes de Paris : Véronique DESCOFFRE, S-F PMI homéopathie - Laurence DOUARD, S-F coordinatrice PMI - Nathalie PERRILLAT, S-F Assistance publique Hôpitaux de Paris - Claudine SCHALCK, S-F PMI, psychologue clinicienne - Montaine BOSSEBOEUF, S-F PMI, spécialisée en visites à domicile et deuil périnatal

- Échanges avec la salle
- 10 h 45-11 h 15 :** Pause
- 11 h 15 :** Regard du pédopsychiatre sur l'accompagnement des femmes enceintes et en post-partum
Dr Maud PERREAU, psychiatre et pédopsychiatre de Ville La Grand, spécialisée en périnatalité
- Échanges avec la salle
- 12 h 30-14 h :** Déjeuner libre

Après-midi : Santé des femmes enceintes et de leur famille

- 14 h :** Problématique de la géophagie
Juliette DEVIDAL, sage-femme PMI-PS, titulaire du DU en parasitologie
- 15 h :** Recommandations vaccinales : pratiques de la sage-femme
Carole LECONTE, S-F, chef de service PMI
- Échanges avec la salle
- 16 h 15 :** Clôture des journées
Micheline BOIVINEAU, présidente de l'ANSFT

VII^e Congrès
des DO

LES DIALOGUES DE L'OBSTÉTRIQUE

ANCIENNEMENT "JE SUIS LA SAGE FEMME"

2019

SAVE THE DATE

Dialogues et Avancées des Sages-Femmes et Autres Professionnels de la Naissance

Jeudi 14 novembre 2019

UIC-P, 16 rue Jean Rey, 75015 Paris

L'INSCRIPTION AU CONGRÈS DONNE ACCÈS AUX **47^{ES} JOURNÉES JEAN COHEN**
QUI SE DÉROULERONT AU MÊME ENDROIT LES 15 ET 16 NOVEMBRE

- PSYCHOLOGIE DE LA FEMME ENCEINTE
- PRATIQUES ET TECHNIQUES
- NOUVELLES APPROCHES DE L'ACCOUCHEMENT
- ÉCHOGRAPHIE
- ALLAITEMENT
- ANTISEPSIE ET DÉSINFECTION
- PÉRINÉE
- PRÉMATURITÉ
- MÉDECINE PÉRINATALE
- LES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES

Les Dialogues de l'Obstétrique sont un lieu de rencontres pluridisciplinaires des Professionnels de la Naissance, associant les Sages-Femmes Hospitalières, les Sages-Femmes Libérales, les Sages-Femmes PMI, les Gynécologues, les Obstétriciens. Les thèmes sont ceux que les Sages-Femmes souhaitent voir traiter et/ou qui sont d'actualité et font débat.

- LA PRATIQUE LIBÉRALE
- LA PRATIQUE PMI
- LE RÔLE DES COORDINATRICES
- LA FORMATION ET LA REFORMATION DES SAGES-FEMMES
- MAÏEUTIQUE
- PÉDIATRIE
- SANTÉ PUBLIQUE
- SCIENCES HUMAINES
- HISTOIRE
- ACTUALITÉS
- ...



**Une réunion
des Comités et Responsables
de rubriques des
Dossiers de l'Obstétrique**



LE PROGRAMME SCIENTIFIQUE DU CONGRÈS EST COMPOSÉ PAR
LES MEMBRES DES DIFFÉRENTS COLLÈGES ET RESPONSABLES DE RUBRIQUES
DE LA REVUE LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE.

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

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS

Contacts : Serge KEBABTCHIEFF, Priscilla RIESCO, Alicia GORILLIOT, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris

Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35 - E-mail : congres@eska.fr - Site : www.eska.fr

CFEE

LES

DO

LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE

VENDREDI 29 ET SAMEDI 30 MARS 2019 À LYON COLLOQUE DE L'ANSFL

Samedi 30 mars 2019 de 9 h à 17 h 30

à l'Hôtel Mercure Saxe Lafayette

29 rue Bonnel, 69003 Lyon (15 minutes à pied de la Gare Part-Dieu
ou métro Ligne B Arrêt place Guichard Bourse du Travail)

LA BIEN TRAITEMENT À L'ÉPREUVE DE LA RÉALITÉ

Accueil à partir de 8 h 30

9 h → Ouverture - Isabelle Fournier, présidente

9 h 15 → La bientraitance à travers le temps : évidences de soins au cours des dernières décennies
Nathalie Sage-Pranchère, historienne

10 h → Pause et visite des stands

10 h 30 → Relation de soins : la confiance à l'épreuve du droit
Noëlle Carlin, cadre de santé docteur en philosophie pratique

11 h 15 → De la perception de la bientraitance à la plainte ordinaire, mythes et réalités
Isabelle Derendinger, vice-présidente du CNOSF

12 h → Repas

14 h → Qu'est-ce que les débats autour des violences obstétricales nous apprennent sur la bientraitance ?
Anne Evrard, coprésidente du CIANE

15 h → Pause et visite des stands

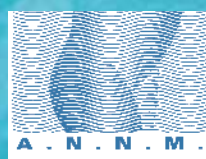
15 h 30 → Penser la bientraitance dans nos cabinets à l'aide du théâtre forum
CoDES 05

17 h 30 → Fin du colloque

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ANSFL

L'assemblée générale de l'association se tiendra à Lyon
LE VENDREDI 29 MARS 2019
de 14 h à 18 h

À l'issue de l'AG, le CA de l'ANSFL vous invite à une soirée théâtre-cocktail de 18 h à 22 h autour du spectacle « Chattologie » de Claire fait Grr.



Association Nationale Natation & Maternité

PIONNIÈRE DEPUIS 1977

PRÉPARATION À LA NAISSANCE

ET ACTIVITÉS PRÉ ET POSTNATALES
EN MILIEU AQUATIQUE

Formations bi-annuelles

Prochaines formations

► Clamart (92)

- Stage prénatal : les 4, 5, 6 mars 2019
- Stage postnatal : le 7 mars 2019

► Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes

Programme et inscription

6, Allée de la Tournelle - 91370 Verrières le Buisson

Message : 01 69 30 98 01 - Courriel : infos@annm.fr

Site internet : <http://annm.fr>

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



FORMATIONS ANSFL 2019

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-Écho)
Lorraine Guénéral (Biologiste)
Date et lieu : Organiser un groupe : contactez-nous

L'INSTALLATION EN LIBÉRAL

Intervenante : Laurence Platel (SF).
Date et lieu : Organiser un groupe : contactez-nous

LA PRATIQUE LIBÉRALE : CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS

Intervenante : Laurence Platel (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
• Session I : Organiser un groupe : contactez-nous
• Session II : 17 mai 2019 à Paris

EUTONIE : RÉÉDUCATION EN POSTNATAL

Intervenante : Martine Gies (SF)

• Session I : Découverte
Date et lieu : 11-12 mars 2019 à Lyon 8°

• Session II : Les pathologies urinaires
(Pré requis : session I)
Date et lieu : 26-27 sept. 2019 à Lyon

• Session III : Retrouver la mobilité et le dynamisme
(Pré requis : session II)
Date et lieu : fin 4° trim. 2019 à Lyon

• Session IV : Analyse du mouvement.
Respect de soi, de l'autre
(Pré requis : session III)
Date et lieu : fin 4° trim. 2019 à Lyon

ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ

Intervenante : Odile Tagawa (SF)

• Session I : Prénatal

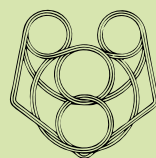
• Session II : Postnatal

Date et lieu :

Organiser un groupe : contactez-nous

Toutes nos formations : FIF-PL

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



Formations en haptonomie

CIRDH FRANS VELDMAN

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

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

• Accompagnement haptonomique pré et post-natal

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

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

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

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

Haptopsychothérapie, haptosynésie, haptopédagogie, haptopuériculture®.

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

RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTIONS

Tél. : 01 42 01 68 20

Mail : cirdhvf@haptonomie.org

www.haptonomie.org



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



SUIVI GYNÉCOLOGIQUE, SEXOLOGIE ET RÉÉDUCATION

- Consultation gynécologique et contraception des adolescents
- IVG médicamenteuse
- Thérapeutiques non pharmacologiques de la ménopause et périménopause
- Sexologie – Niveaux I et II
- Rééducation périnéale manuelle et corporelle
- Eutonie en rééducation périnéale
- Rééducation périnéale – Techniques applicables aux vulvodynies et vaginisme
- Ostéopathie, traitement des dysfonctions périnéales



BOITE A OUTILS NON PHARMACOLOGIQUES

- Autohypnose pour la prévention des douleurs, de l'anxiété et du stress
- Homéopathie appliquée à la périnatalité
- Hypnose – Analgésie, anxiolyse, confort en situations d'urgence
- Médecine traditionnelle chinoise et acupression
- Massage ayurvédique appliqué à la périnatalité
- Postures et physiologie de travail et d'accouchement
- Respirations et ancrage
- Thérapeutiques non pharmacologiques de la grossesse et du postpartum



SAVOIR ACCOMPAGNER

- Méditation de pleine conscience comme outil de soin
- Le normal et le pathologique pendant la grossesse et le post-partum
- Le soignant face au deuil périnatal
- Nutrition gestion du poids pendant la grossesse et image corporelle
- Nutrition de la femme enceinte et diététique des pathologies liées à la grossesse
- Tabac et grossesse
- Violences faites aux femmes
- Hypnose : outils d'accompagnement du couple et de la parentalité

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



FORMATIONS EN INTRA

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

**NOUS CONTACTER
POUR UN DEVIS**

Medic Formation - Email : contact@medicformation.fr - Site : www.medicformation.fr - Tél : 01 40 92 72 33
N° de déclaration d'activité 11 95 04903 95 - Agréé ODPC 1251 - Agréé DOKEUJ/Intercart-oref Réf.: OF-11646 - Référencé Datadock 005 70 55

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