

La Lettre

La revue des Sages-Femmes Libérales

#126 - AUTOMNE 2021



TRANSFORMATIONS

ET AUSSI Intersexe - définitions, causes et prise en charge | Us et coutumes sur les apports per os en cours de travail | Facteurs prédictifs d'insatisfaction de l'analgésie périmédullaire obstétricale : étude à l'échelle d'une nation | ... Et bien plus encore !

Transformations

Des matrones aux sages-femmes : petit aperçu historique 8
 Un regard singulier sur l'évolution de la profession de sage-femme 10
 Pourquoi j'ai quitté l'hôpital 12
 Quel lien entre les syndicats professionnels et les transformations et évolutions professionnelles dans l'activité des sages-femmes libérales ? 16
 Transformation en libéral, point de vue syndical 19
 Sortir du placard 22
 Devenir sage... 23
 La sage-femme et la transformation 24
 Sage-femme humanitaire 26
 La sage-femme au cœur des transformations des femmes 28
 Transformation... 30
 Dégestion 31
 La place des pères 32
 Mon corps nous appartient 35

Actualités

L'organisation territoriale et son impact sur l'exercice libéral 38
 Engagement maternité 43
 Grève des sages-femmes, le 7 octobre à Paris 44
 Les femmes, l'avenir de la profession, les sages-femmes battent à l'unisson 45

Métier

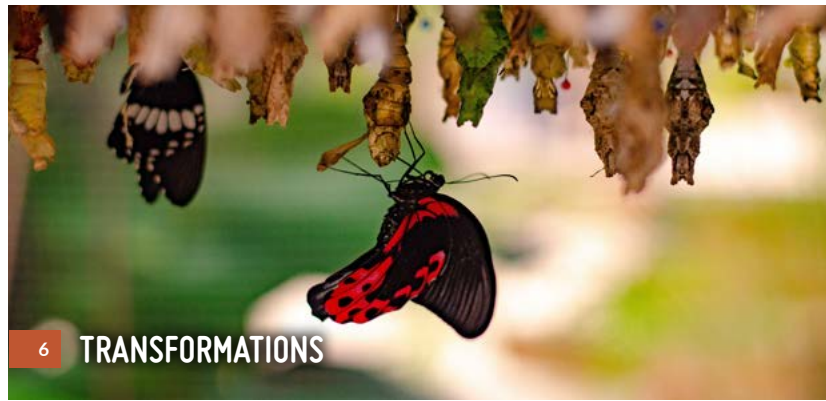
Vaccin papillomavirus chez les hommes 48
 Trichomonase liée à un rapport sexuel 48
 Nausées et vomissements bénins de la grossesse (doxylamine + pyridoxine Cariban) 49
 Compléments alimentaires à base de vitamine D : surdosages chez des nourrissons 49
 Huiles essentielles d'arbre à thé, de niaouli et de cajepout : neurotoxiques et génotoxiques 49
 Plantes du genre artemisia et dérivés de l'artémisine : beaucoup d'inconnues pendant la grossesse 49
 Détection des hydrocarbures dans les laits pour bébés : réglementation insuffisante 50
 Hémorragies du post-partum d'origine médicamenteuse 50
 Intersexe - définitions, causes et prise en charge 51
 Gestion du cabinet 56
 Us et coutumes per os en cours de travail 57
 Facteurs prédictifs d'insatisfaction de l'analgésie périmédullaire obstétricale : étude à l'échelle d'une nation 60

Formations

Formalité d'inscription ANSFL 62
 Financement possible 62
 Groupes constitués 63
 Détails des formations 63
 L'ANSFL vous propose des formations « sur mesure » 68

Découvertes

Le petit guide de la fougoue sexuelle 70
 À corps et à cris 70
 Les règles... Quelle aventure ! 70
 La ligue des super féministes 70
 Une sur trois 71
 Les oiselles sauvages 71
 Call the midwife 71



6 TRANSFORMATIONS



38 L'ORGANISATION TERRITORIALE ET SON IMPACT SUR L'EXERCICE LIBÉRAL



43 ENGAGEMENT MATERNITÉ



45 LES FEMMES, L'AVENIR DE LA PROFESSION, LES SAGES-FEMMES BATTENT À L'UNISSON



57 US ET COUTUMES PER OS EN COURS DE TRAVAIL



ANSFL

ansfl.org
contact@ansfl.org

SIÈGE

9, avenue Quartz
05120 L'Argentière-la-Bessée

COMPOSITION DU BUREAU

Eliette Bruneau

Présidente

06 09 80 65 71

presidente@ansfl.org

Véronique Goulet

Trésorière

06 42 66 16 63

tresoriere@ansfl.org

Émilie Cruvelier

Secrétaire

06 26 54 46 38

secretaire@ansfl.org

RÉDACTION

COMITÉ DE RELECTURE

Eliette Bruneau (présidente)

Émilie Cruvelier

Isabelle Fournier

Véronique Goulet

Sophie Jouve

Jacqueline Lavillonnière

Laurence Platel

Mylène Tortajada

RESPONSABLE DE PUBLICATION

Eliette Bruneau

et Véronique Goulet

revue@ansfl.org

CONCEPTION ET RÉALISATION

Anthony Destenay

you.an-d.me

06 50 08 19 72

hello@anthony-destenay.fr

IMPRESSION

Imprimé en France par Grafik plus,

en 1 100 exemplaires.

Dépôt légal à parution

ISSN : 2495-3520

Cher·ère·s adhérent·e·s,

TRANSFORMATIONS ! Les sages-femmes en rêvent, les réclament, les crient. Nous étions 5 000 à la manifestation du 7 octobre à Paris. Nous pouvons être fier·e·s de cette mobilisation, bravo à tous.tes celles et ceux qui se sont déplacé·e·s, qui ont fermé leur cabinet, ont soutenu ce mouvement.

À l'issue de cette journée, l'ANSFL a été reçue par deux conseillers du Ministre de la Santé. Les échanges nous ont permis de rappeler notre soutien aux sages-femmes salariées qui sont dans une situation extrêmement difficile, mais aussi de mettre en avant les difficultés spécifiques aux libérales : astreintes non payées pour les retours à domicile, mais aussi pour les naissances à domicile, absence de rémunération existante pour la deuxième sage-femme en maison de naissance alors que sa présence est obligatoire ; honorer les annonces faites en rapport avec les 1 000 jours et proposer des actes à la hauteur de ce que représente notre investissement nécessaire auprès des femmes en post-partum, et enfin officialiser notre place comme premier recours auprès des femmes tout au long de leur vie génésique.

Le chemin est encore long, nous devons garder courage pour continuer à défendre, et notre profession, et un réel choix pour les femmes et les familles.

Mais la transformation est en route !

Bonne lecture.

— Eliette Bruneau

5^e Congrès national de la sage-femme libérale

PALAIS DES CONGRÈS DE VERSAILLES

25 et 26 novembre 2021



5^e édition
**CONGRÈS NATIONAL
DE LA SAGE-FEMME LIBÉRALE**
ORGANISÉ PAR PROFESSION SAGE-FEMME
LE MAGAZINE DES SAGES-FEMMES DEPUIS 28 ANS

**Le CNSFL se tiendra dans le superbe Palais des Congrès
de Versailles, à quelques mètres du Château.**

Pour tous renseignements et inscriptions, rendez-vous sur notre site web :

www.profession-sage-femme.com/congres/

Pour nous contacter :

**AVANTI - Revue Profession Sage-Femme
32 rue Louis-Blériot - 76370 NEUVILLE-LES-DIEPPE
Tél. : 02 79 00 11 92**

**PALAIS DES CONGRÈS DE VERSAILLES
10, rue de la Chancellerie - 78000 VERSAILLES**

Programme du CNSFL 2021

Jeudi 25 novembre

8h30 - 10h15 LES SEINS DANS TOUS LEURS ÉTATS

Modératrice : *Christelle Morin, sage-femme libérale, Paris*

- Examen clinique du sein – Séverine Alran, cheffe de service de Gynécologie et Sénologie, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph
- Le sein bénin : de la clinique au suivi – Jean-Yves Seror, médecin radiologue, centre d'imagerie Duroc, Paris

10h15 Pause café

11h30 - 12h30 JURIDIQUE : COMMENT ÉVITER LES ENNUIS ?

Modératrice : *Céline Puill, sage-femme libérale, Fontenay-sous-Bois*

- Bien tenir ses dossiers : enjeux et situations incontournables à tracer – Marie Josset-Maillet, avocate, Montpellier
- Les litiges entre sages-femmes : quelle est leur nature et comment les prévenir – Mellila Bellencourt, responsable juridique, Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

12h30 Pause déjeuner

14h00 - 15h30 RENFORCER LA PRÉVENTION EN ANTÉNATAL

Modératrice : *Géraldine Magnan, journaliste à Profession Sage-Femme*

- Maladies cardio-vasculaires chez les femmes enceintes : connaître les signaux d'alerte – Marie Bruyère, médecin anesthésiste réanimateur, Le Kremlin-Bicêtre
- Le bilan prénatal : une cotation utile aux femmes et aux sages-femmes ? – Laurence Platel, sage-femme libérale, membre du CA de l'ANSFL, Saint-Sébastien-sur-Loire

15h30 Pause café

16h15 - 17h45 VILLE-HÔPITAL : TRAVAILLER ENSEMBLE, C'EST POSSIBLE !

Modératrice : *Aurélié Albandea, sage-femme libérale, Dijon*

Table ronde en présence de :

- Laurent Gaucher, sage-femme, Hôpital femme mère enfant, Lyon – Programme de recherche sur l'optimisation du suivi des patientes à risque en obstétrique.

- Marie-Pierre Royer, sage-femme libérale, Villeurbanne – Charte de l'URPS sur la collaboration ville-hôpital
- Adeline Jouffroy, sage-femme libérale, Beure – Le réseau ville-hôpital de Besançon
- Fabienne Galley-Raulin, sage-femme coordinatrice du GHT Cœur Grand Est – CoPa : un projet ville-hôpital

Vendredi 26 novembre

8h30 - 10h15 LES CPTS : POUR QUI ? POUR QUOI ?

Modératrice : *Nour Richard-Guerroudj, journaliste à Profession Sage-Femme*

- Le cadre des CPTS – Charlotte Penault, sage-femme chargée des CPTS à l'URPS-SF d'IDF
- Retours d'expérience – Chloé Amar, sage-femme libérale membre du comité de pilotage et du conseil d'administration de la CPTS Saint-Maur-Joinville et Murielle Cheradame, sage-femme libérale, CPTS d'Orléans
- Freins et leviers à la dynamique des CPTS et à l'intégration des sages-femmes – Dominique Depinoy, médecin généraliste, cabinet Acsantis, Paris

10h15 Pause café

11h30 - 12h30 QUAND LE PÉRINÉE FAIT MAL

Modératrice : *Géraldine Magnan, journaliste à Profession Sage-Femme*

- Douleurs chroniques au féminin : des mécanismes aux solutions – Delphine Lhuillery, médecin algologue, Paris
- Possibilités thérapeutiques et rôle de la sage-femme – Olivier Bredeau, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, Médecine de la douleur, CHU de Nîmes

10h15 Pause café

14h00 - 15h30 L'ALIMENTATION, PREMIÈRE MÉDECINE ?

Modératrice : *Christelle Morin, sage-femme libérale, Paris*

- Alimentation des femmes enceintes, les RPC du Collège national des sages-femmes – Chloé Barasinski, sage-femme en recherche clinique en périnatalité, CHU de Clermont-Ferrand
- Alimentation et endométriose – Vanessa Gouyot, médecin diététicienne, Réseau ville hôpital endométriose (Resendo), Levallois-Perret.

Ateliers DPC

(Développement Professionnel Continu)

Jeudi 25 novembre

Inscription
obligatoire

Symposiums et ateliers

(panier repas inclus)

Jeudi 25 novembre

9h00 - 12h00 L'IMG médicamenteuse en ville (SOUS RÉSERVE)

9h00 - 12h00 Alcool : Repérage précoce et intervention brève

André Nguyen, pharmacien et médecin coordinateur du Coreadd

14h00 - 17h00 Prescription de substituts au tabac

Conchita Gomez, sage-femme tabacologue, coordinatrice au centre hospitalier d'Arras

14h00 - 17h00 Enjeux psychiques du deuil périnatal

Lucinéia Martin Dos Santos, psychologue, PMI Empathie 93

Vendredi 26 novembre

14h00 - 17h00 Perturbateurs endocriniens

Peggy Lia Roussel, sage-femme libérale, Marseille

12h45 - 13h45 Atelier FIDUCIAL

Agathe Blondeaux

- Les différents types de contrats en cabinet libéral, tout ce qu'il faut savoir !

12h45 - 13h45 Symposium INDIBA

Mme Morgane Mandaroux-Lecorre, Sage-femme à Lyon

- De l'Indiba dans le chemin de reconstruction de personnes victimes de violences - Contextualisation et conséquences - Anatomie vaginale chez les personnes victimes - Indiba et travail autour des algies abdomino pelviennes et sexuelles - Quid de l'excision - VIVO

Vendredi 26 novembre

12h45 - 13h45 Symposium EXELTIS

- Contraception postpartum : une option récente de progestatif seul, expérience dans la pratique courante.

TRANSFORMATIONS

Transformation du corps de la femme tout au long de sa vie,
mais aussi durant (et après) la grossesse.

Transformation de notre métier, de nos pratiques au fil du temps.

Transformations dans nos cursus, nos choix de vie.

Transformations sociétales et culturelles.

La place des pères ou co-parents en est un exemple.

Notre métier est au cœur des transformations,
et l'actualité brûlante nous les fait espérer.

Mais si certaines sont naturelles, physiologiques,
et nécessitent (surtout !) de « laisser faire », d'autres ne sont possibles
que grâce à l'engagement et l'investissement de chacun-e d'entre nous.

Chaque sage-femme peut s'impliquer et agir pour ces transformations,
car pour ce qui concerne notre métier, rien ne se fera « tout seul ».

Alors puisse ce dossier vous inspirer pour vous donner envie
de vous impliquer toujours plus pour le devenir de notre profession.

Des matrones aux sages-femmes : petit aperçu historique	8
Un regard singulier sur l'évolution de la profession de sage-femme	10
Pourquoi j'ai quitté l'hôpital	12
Quel lien entre les syndicats professionnels et les transformations et évolutions professionnelles dans l'activité des sages-femmes libérales ?	16
Transformation en libéral, point de vue syndical	19
Sortir du placard	22
Devenir sage...	23
La sage-femme et la transformation	24
Sage-femme humanitaire	26
La sage-femme au cœur des transformations des femmes	28
Transformation...	30
Dégestion	31
La place des pères	32
Mon corps nous appartient	35







DES MATRONES AUX SAGES-FEMMES : PETIT APERÇU HISTORIQUE

Mathilde Tourette, Master Histoire des femmes et du genre (Université Lumière Lyon2), mémoire de recherche sur l'AAD en France, des années 1950 à nos jours.

Les matrones

À l'époque moderne (XV^e-XVIII^e siècles), l'accouchement est un acte semi-public et surtout un entre-soi féminin prenant place au domicile familial¹. Au moment d'accoucher, entourée de ses proches, la parturiente fait appel à une matrone pour l'assister. Généralement âgée et ayant déjà eu des enfants, cette femme est reconnue par la communauté pour son expérience et ses compétences sur la naissance. Elle est investie du pouvoir de faire les accouchements par la confiance de la communauté à son égard ainsi que par son respect des coutumes et des pratiques anciennes. Suspectées de magie ou encore d'avortements, les matrones perdent la partie de la pratique publique et officielle de l'obstétrique. Elles sont peu à peu remplacées par les sages-femmes qui s'établissent dans chaque communauté et accompagnent les mères.

Professionnalisation d'un nouveau corps médical

La création du corps des sages-femmes, qui s'invente au tournant des XVIII^e et XIX^e siècles, a comme objectif la formation de professionnelles de la naissance. Angélique du Coudray est la première sage-femme à enseigner l'« art des accouchements » devant un public. Elle parcourt la France de 1759 à 1783 ; accompagnée de son mannequin d'accouchement représentant grandeur nature le bassin d'une femme en couches et permettant différentes manipulations. Ces enseignements permettent la formation de communautés locales et l'ouverture de maisons de maternités dans beaucoup de grandes villes. Celles-ci sont reprises par des hommes, chirurgiens ou accoucheurs, qui mettent en avant le médecin comme représentant de la science face à ce qu'ils appellent « l'obscurantisme des matrones »². Dans ce contexte, les sages-femmes prennent surtout en charge les accouchements dont les chirurgiens ne veulent pas s'occuper pleinement pour des motifs financiers et de prestige social. Mais, comme le rappellent les historiennes Yvonne Knibiehler et Catherine Fouquet³, elles disposent d'une relative liberté dans leur pratique, le chirurgien étant présent comme assistant.

Cette hiérarchie se renverse au cours du XVIII^e siècle à la suite d'évolutions touchant l'ensemble des femmes exerçant une profession médicale. En 1755, l'arrêt du Parlement de Paris interdit aux femmes de pratiquer la chirurgie pour leur propre compte. Et en 1782, elles sont interdites d'utiliser des instruments (comme les forceps) et de prescrire des médicaments, tandis que le corps des médecins-accoucheurs est créé. Les conséquences de ces évolutions ? Le rôle des sages-femmes diminue, dans les grandes villes tout du moins. Ainsi, alors que les matrones sont rejetées au profit de la science avec les sages-femmes, ces dernières le sont tout autant par les chirurgiens.

Formation des sages-femmes

Jusqu'à la loi du 10 mars 1803, la formation des sages-femmes relève du privé avec des cours d'accouchement dispensés par un chirurgien, médecin ou une sage-femme. Désormais, la formation est l'œuvre des hôpitaux. Les enseignements théoriques y sont dispensés tandis que la pratique se

réalise sous la direction d'une maîtresse sage-femme. Néanmoins, la formation proposée est à deux niveaux ce qui engendre une hiérarchie. Les sages-femmes diplômées de l'Hospice de la Maternité de Paris peuvent exercer sur tout le territoire national, elles sont dites de première classe. Tandis que celles dites de seconde classe sont restreintes au département ayant délivré leur diplôme.

À Paris, c'est l'école de l'Hospice de la Maternité créée en 1802 qui fait figure de modèle. La formation des sages-femmes est dans la continuité de celle auparavant dispensée par la sage-femme en chef de l'Hôtel-Dieu, Marie-Louise Lachapelle. Mais des changements importants sont à relever. On passe d'une transmission quasi familiale et exclusivement féminine par la sage-femme en chef à quelques élèves, à des leçons théoriques dispensées par le chirurgien-accoucheur en chef et la sage-femme en chef en ce qui concerne le « manuel des accouchements ». La durée de la formation passe de trois à six mois et le nombre d'élèves est multiplié par dix. La renommée de cet établissement s'élève au niveau européen. Concernant les cours d'accouchement départementaux, l'ouverture des écoles dépend de chronologies et d'organisations propres à chaque département, même si la majorité se situe dans la ville préfectorale. L'historienne Nathalie Sage-Pranchère relève trois grands groupes de départements en ce qui concerne l'organisation des cours⁴ : un enseignement local sans envoi d'élèves hors du département, un enseignement local avec envoi à l'extérieur et enfin des départements déléguant à l'école de Paris ou aux autres départements la formation de leurs sages-femmes. L'organisation et la durée des cours sont elles aussi spécifiques à chacun. Ces cours départementaux sont alors ceux où étudie la majorité des sages-femmes. La formation identique et l'unification des sages-femmes en un seul corps professionnel ne surviennent qu'en 1916-1917.

Le développement des accouchements en hôpitaux

La multiplication des hôpitaux et l'avancée des accoucheurs engendrent la diminution des sages-femmes agréées. Leur recrutement cesse en 1917 et la profession disparaît en 1935. Les sages-femmes libérales sont aussi menacées, mais à des rythmes différents selon les régions. Leur pratique cesse peu à peu d'être rentable au profit des hôpitaux et des cliniques privées où de plus en plus de femmes vont accoucher. Ainsi, de plus en plus de sages-femmes y entrent comme salariées. Elles y exercent « en position subalterne, aux ordres des médecins, non plus à la disposition des parturientes »⁵.

Pourquoi un tel développement des hôpitaux ? La médicalisation de l'accouchement, débutant avec les découvertes pasteuriennes, s'accroît au seuil du XX^e siècle grâce à un contexte favorable à l'intervention de l'État : le péril démographique. Les réponses en termes de protection sanitaire et de politiques familiales permettent ainsi de développer les hôpitaux. À cela s'ajoutent diverses inventions comme le stéthoscope obstétrical ce qui entérine l'autorité des médecins accoucheurs. À partir du XX^e siècle, donner naissance à l'hôpital devient ainsi la norme puisque de plus en plus de Françaises, dont les origines socioprofessionnelles se diversifient, y accouchent. L'accouchement à domicile perd ainsi sa place prédominante et avec lui les sages-femmes travaillant hors des institutions. Néanmoins, la pratique libérale se maintient : des sages-femmes exercent loin des structures hospitalières et d'autres gèrent de manière autonome des « cliniques de sages-femmes »⁶ qui perdurent jusqu'à la fin des années 1970. Ces structures se rapprochent fortement de ce que l'on appelle aujourd'hui « maison de naissance ».

Pour plus d'informations sur la professionnalisation et la formation des sages-femmes voir : Sage Pranchère Nathalie, L'École des sages-femmes : naissance d'un corps professionnel, 1786-1917, Tours, Presses universitaires François-Rabelais, 2017 → Ouvrage disponible en accès libre sur OpenEdition Books : <https://books.openedition.org/pufr/16042>

¹ Exception faite des femmes indigentes allant accoucher à l'hôpital, ce qui est alors très mal perçu par la société, car les hôpitaux sont un lieu de promiscuité et de mortalité des parturientes et des nouveau-nés. Voir : Mireille Laget, Naissances, l'accouchement avant l'âge de la clinique, Paris, Seuil, 1982.

² Yvonne Knibiehler et Catherine Fouquet, La femme et les médecins, Paris, Hachette, 1983.

³ Ibid, pp.177-184

⁴ Nathalie Sage-Pranchère, L'École des sages-femmes. Naissance du corps professionnel, 1786-1917, Tours, Presses universitaires François-Rabelais, 2017, pp.161-165.

⁵ Paul Cesbon et Yvonne Knibiehler, La Naissance en Occident, Paris, Albin Michel, 2004, p.133.

⁶ Madeleine Akrich, Françoise Bardes et Emmanuelle Phan (CIANE), « Les lieux de naissance en France : quel choix pour les usagers ? », p. 149-158, Spirale, 2010, n° 54, p.149.



UN REGARD SINGULIER SUR L'ÉVOLUTION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Mon regard n'est pas celui d'une historienne, mais celui de mon vécu à travers plus d'un demi-siècle.

Lorsque j'ai fait mes études à Paris dans la seule école à l'époque dirigée par le Professeur Merger, leur durée était de 3 ans.

La 1^{re} année était consacrée exclusivement à l'anatomie et pathologie générale, nous faisons des stages dans tous les services généraux (médecine, chirurgie générale).

Ce passage par l'enseignement général infirmier donnait aux sages-femmes le droit d'exercer ce métier y compris en libéral. Ce n'est que beaucoup plus tard que les infirmières ont revendiqué l'exclusion des sages-femmes de leur pratique, au motif très juste qu'elles n'avaient pas une formation complète.

Nous abordions l'obstétrique en 2^e et 3^e année.

Cet enseignement était dispensé par des médecins.

Après 3 années d'alternance de cours et de stages exclusivement hospitaliers, munie d'un diplôme de sage-femme, je commence par des remplacements dans divers hôpitaux parisiens, puis j'obtiens un poste dans une maternité de banlieue. Énorme machine qui accueille aux alentours de 2000 naissances par an ce qui à l'époque en faisait la plus grosse maternité de la région !

Le travail des SF est organisé en gardes de 12 h en salle de travail, 12 h jour, puis 12 h nuit... repos puis une journée de consultations et de préparation.

J'ai le souvenir de gardes épuisantes, j'avais vu un nombre incalculable de femmes dont je ne retenais même pas le nom. Sorte de travail à la chaîne.

Les accouchements sont tous « dirigés » et l'apparition de la « péridurale » les rendra encore plus « dirigeables ».

Je découvre à travers le récit de collègues anciennes comment elles ont dû abandonner leur « liberté » pour intégrer le salariat hospitalier. Elles avaient dû abandonner le libéral faute de clientèle.

Les pouvoirs publics et les médecins gynécologues/obstétriciens peinaient à convaincre la majorité des femmes à quitter leur domicile accompagné d'une sage-femme ou de leur médecin généraliste pour aller accoucher à l'hôpital.

Alors la mesure la plus efficace pour sortir les femmes de chez elles et les recevoir à la maternité fut la création de la « sécu ». Plus que la sécurité de la prise en charge de l'accouchement, c'est le séjour « gratuit » de 12 jours de repos postnatal qui séduit toutes ces femmes qui n'avaient jamais bénéficié d'un tel confort.

Pour bénéficier des avantages créés par la « sécu », il fallut déclarer la grossesse. Cette obligation fut confiée aux seuls médecins. C'est ainsi que les femmes furent détournées des sages-femmes, qui furent donc contraintes soit de venir travailler à l'Hôpital, soit de pratiquer des soins infirmiers en libéral.

Lorsque je quittais l'Hôpital et la région parisienne, ce n'était pas pour m'installer comme sage-femme, mais pour changer radicalement de mode de vie. Pourtant lorsque j'arrivai « en province » la population rurale qui m'entourait me sollicita pour ma compétence « d'infirmière », soins que je donnais pour rendre service dans un premier temps.

Je serai de nouveau sollicitée comme sage-femme par les « néo-ruraux » dont je faisais partie et qui remettaient en question l'ensemble de la société.

Et puis quelques années plus tard, j'ai décidé de m'installer officiellement. J'ai commencé avec surtout des soins infirmiers puis petit à petit la demande d'accouchement à domicile s'intensifia.

Il me fallut attendre une vingtaine d'années avant que je puisse à nouveau déclarer une grossesse, à cause de l'examen général qui devait être pratiqué par le médecin ! Pauvre médecin généraliste qui lorsqu'il recevait cette femme munie de tous les résultats d'examens obligatoires que j'avais prescrits, se demandait ce qu'il devait faire... Il devait juste signer...

C'est donc bien à travers la demande d'accouchement à domicile que j'ai retrouvé ma place de sage-femme. L'accompagnement global, gage de sécurité, implique le suivi de la grossesse et la préparation à l'accouchement, mais il va bien au-delà.

La demande des mères m'a imposée de redécouvrir que mon diplôme me donnait aussi accès à la surveillance des

nourrissons, notamment pour suivre la courbe de poids, les préoccupations liées à l'alimentation, le sommeil..., autant de sujets bien de ma compétence et que pourtant la sécu a contestés. Il a fallu que le tribunal administratif le confirme pour que mes consultations de nourrissons soient remboursées.

Aujourd'hui, alors que des penseurs invitent à prendre plus et mieux soin des petits et de leurs parents, au moins pendant les 1000 premiers jours, j'invite toutes les sages-femmes à retrouver cette place qui leur a été depuis si longtemps contestée au point qu'elles ont perdu jusqu'à l'idée qu'elle pouvait être la leur.

Et puis ces mêmes femmes ont continué à me solliciter pour leur contraception, avant d'avoir le droit de poser un stérilet et/ou de prescrire une contraception hormonale, j'ai développé avec elles tous les autres moyens et informations sur le sujet. À l'heure du « tout pilule » il existe une partie non négligeable de femmes qui persistent à chercher d'autres solutions de régulation de leur fécondité, il semble qu'elles trouvent plus facilement les informations auprès des sages-femmes qu'auprès de médecins. Enfin, bien avant que le ministère de la Santé trouve judicieux de nous confier la gynécologie de prévention, la sage-femme était habilitée à pratiquer des frottis de dépistage.

Depuis la nuit des temps, les femmes et notamment les sages-femmes ont aussi accompagné les femmes pour des IVG, dans la clandestinité et à leurs risques et périls. La sécurisation de l'acte a pourtant d'abord été confiée aux seuls médecins. C'est la pénurie de l'offre par des médecins qui tout à coup fait resurgir que les sages-femmes pourraient elles aussi pratiquer des IVG instrumentales !!!

Pendant toutes ces années, la profession a tenté de retrouver une place dans le paysage médical libéral. Ainsi elles sont revenues par la préparation à l'accouchement, puis par la rééducation du post-partum, et enfin encore plus récemment par la gynécologie de prévention.

Aujourd'hui, il est devenu impératif que la profession utilise tous les savoirs que lui confère son diplôme initial pour prendre la place qu'elle ne doit pas attendre qu'on lui offre.

Ni infirmière, ni médecin, la sage-femme doit occuper cette place unique auprès des femmes et des enfants : celle d'une prévention bienveillante de la santé dans le respect de la physiologie.

— Jacqueline Lavillonnière



POURQUOI J'AI QUITTÉ L'HÔPITAL

Publié sur Carnet d'un passeur le 14 juillet 2021 par Orcrawn, avec son autorisation. Source : ansfl.org/126/quittehopital

Quand je suis sorti de l'école de sage-femme en 2012, c'était totalement évident pour moi d'aller travailler en salle de naissance.

Sur mes trente ~~codétenues~~ collègues de promo, une seule s'est lancée dans une activité libérale dès le diplôme, et, vu son caractère, ce ne fut une surprise pour personne.

Je l'ai appris quelques années après, mais 2012 reste pour l'instant la pire année de diplôme toutes professions confondues dans la décennie 2010. Quatre ans plus tôt, on nous avait vendu un emploi garanti, que les cadres nous recruteraient facilement. Une sage-femme au chômage, ça n'existait pas.

Mais la crise des subprimes de 2008 était passée par là, et les budgets alloués au personnel s'étaient amaigris.

En vrai il s'agissait d'un problème plus global, notamment lié à la loi HPST de 2009, sa Tarification à l'Acte, ses problématiques de financement de l'hôpital comme une entreprise, elles-mêmes héritées de la loi organique de finance publique de 2001. Mais si je commence à entrer dans la technique, je perds tout l'intérêt de cet article.

J'ai envoyé des CV. Il y en avait 30 avec le mien sur le bureau de la cadre. J'ai eu mon premier boulot par chance, mon deuxième contrat par cooptation et mon troisième par travail de réseau. Ensuite j'ai trouvé du travail parce que la sage-femme expérimentée, celle qui passait par dessus les jeunes diplômées en galère, c'était moi.

Entre temps j'ai touché plus ou moins le chômage, en essayant d'expliquer à ma conseillère Pôle Emploi que j'avais déjà postulé à son unique annonce, et que j'allais me débrouiller tout seul.

En 2016, après 4 ans de précarité, je me suis installé à mon compte. Le seul indicateur qui comptait vraiment pour moi – mes patientes – est devenu l'unique boussole de ma pratique. Le fait de payer mon loyer aussi, hein, on ne va pas se mentir.

La semaine dernière Il y a deux semaines (parce que les enfants en bas âge font disparaître le temps), j'ai vu passer le communiqué de l'ordre sur **la pénurie de sages-femmes** et j'ai ri très jaune. Pour résumer : « oh là là, les sages-femmes sont précaires, on est mal payé et pas reconnu, les cadences de travail sont horribles, du coup surprise personne veut bosser à l'hôpital ». Sauf que ces problèmes, ça fait presque 10 ans qu'on les évoque.

Et donc, après tout ce temps, ça m'a donné envie d'écrire sur ce sujet : pourquoi *j'ai quitté l'hôpital*.

J'ai longtemps été en colère contre tout le monde et contre moi-même.

Autant j'ai écrit sur un blog, perdu dans les méandres des archives du net, un article qui s'appelait « Comment j'ai quitté l'hôpital », et dont la seule trace existante doit être **un vague résumé dans cet article**¹ autant je n'ai jamais vraiment écrit le « Pourquoi ».

Je me revois dans le bureau de la cadre, à la fin de mon dernier contrat dans une mater en lointaine banlieue, à faire le point sur la suite de ma carrière. Pour la première fois depuis mon diplôme, je me sentais accompli ? Mes rapports avec l'équipe étaient bons, les aides-soignantes laissaient les questionnaires de sortie, ceux vantant mes qualités, bien en évidence sur le bureau de l'encadrement ; la chef de service avait même commencé à négocier avec la direction de soin une création de poste. Peut-être qu'en ajoutant de l'activité, en libérant un créneau de consultation, il y avait une possibilité de rentabiliser un salaire en plus, une sage-femme de plus. La direction avait les mains liées par le budget.

Si je pouvais attendre 6 ou 8 mois pour les arranger...

À l'époque j'avais une forme de haine sourde envers les administratifs, avec l'impression fautive qu'ils arrivaient dans leur bureau tous les matins après une bonne nuit de sommeil, prenaient un café, et se laissaient aller à des discussions sur le dernier épisode de *Game of Thrones*, pendant que nous autres, *les vrais soignants*, on trimait à la mine pour extraire des PMSI et faire tourner l'hôpital.

La tête dans le guidon, je me trompais de colère.

J'aurais beaucoup aimé rester.

Surtout que comparé à mon contrat d'avant j'avais moins l'impression d'être un petit rouage dans l'énorme machine du niveau 3 où j'étais passé avant.

J'ai des étudiantes sages-femmes qui sont passées ces 5 dernières années au cabinet en me disant « l'hôpital est une usine, c'est horrible, je n'irai jamais bosser là-bas », mais je ne suis pas d'accord. Autant j'ai travaillé dans une maternité de niveau 2 qui était clairement une *usine à bébés*, avec tout ce qu'on peut en attendre comme uniformisation, autant celle de niveau 3 me laissait bosser comme je voulais dans leur vaste équipe.

Même si on a une autonomie étrangement plus importante, quand on est une sage-femme sur les six de l'équipe de garde, on est aussi perdue au milieu d'un organigramme gigantesque de professionnels et de services. On n'est aussi qu'une des 82 lignes de garde qu'il y a sur le planning du mois.

Être un rouage, ça signifie donc être une variable d'ajustement. Parfois, peu importe vraiment vos compétences et ce que vos collègues ou vos patientes pensent de vous : 80 lignes ou 82 lignes de garde c'est presque pareil quand il faut équilibrer un budget de fin d'année. Et dans 3 mois, quand la cadre aura négocié les 2 lignes supplémentaires pour gérer les arrêts divers, il y aura déjà une quarantaine de CV sur son bureau : des sages-femmes précaires entre deux contrats qui candidatent spontanément en espérant obtenir un CDD et repousser la fin de leur Allocation Retour Emploi.

Je crois qu'il n'y a que trois contrats où j'ai été véritablement « remercié », dont un qui est devenu une blague privée avec celles qui connaissent les détails de l'histoire, et la façon dont la maternité impliquée a fini par fermer.

Les deux autres étaient des *usines*.

Elles l'étaient il y a 7 ans.

Je n'ai plus vraiment de contact avec ces équipes, et les rares personnes que j'y connaissais ont fini par en partir. « Quand les anciennes partent en libéral alors qu'elles se sentaient bien quelque part, c'est qu'il y a anguille sous roche », m'avait dit une très sage amie.

Il convient de lui donner raison sur un point : l'espérance de vie professionnelle des sages-femmes hospitalières semble diminuer.

Attention, car c'est un sentiment que j'ai en regardant les groupes qui parlent de plus en plus de reconversion, les départs en libéral des gens que je connais et en faisant un parallèle avec ce que je trouve comme statistique sur l'espérance de vie professionnelle des infirmières. Les dernières statistiques parlent de l'ensemble de la carrière des sages-femmes et datent de 2011... Donc si une étudiante sage-femme qui cherche un sujet de mémoire passe par-là...

Personnellement, en dehors de la précarité financière et personnelle, une des choses qui m'ont fait quitter l'hôpital est une idée plus insidieuse : la standardisation, l'automatisation. L'usine. Dans sa Sociologie de l'Accouchement (qui est trop dense pour que je le résume ici en quelques lignes), Béatrice Jacques signale un état de fait qui est lié à la transition hospitalière que la profession a effectuée dans les années 60-70 : les sages-femmes sont en salle de naissance un contre-pouvoir, la nécessaire contradiction qui permet aux patientes d'être totalement avalées par le corps médical.

Et pour prévenir les quelques commentaires : elles ont également continué à être un outil de contrôle social.

Ce dialogue à trois – sage-femme, obstétricien et patiente – est pour moi une des choses qui peut rendre l'accouchement moins violent. Il n'est possible que si les sages-femmes sont respectées dans leurs compétences et ne sont pas précaires et remplaçables.

Dès lors qu'on doit se plier à un « *ici, c'est comme ça* » non négociable, sans dialogue, parce qu'on est précaire et remplaçable, alors le système devient maltraitant.

Les sages-femmes deviennent des automates, elles attendent la fin des transmissions infirmières pour ne pas se faire engueuler en remontant des patientes. Les patientes attendent parfois une heure de plus en salle. Elles acceptent des déclenchements discutables et elles laissent les collègues aides-soignantes leur dicter une position d'accouchement « parce que ça sera plus facile à nettoyer ». La cadre dira que « laisser du travail aux collègues ne se fait pas » et qu'il faut « ménager les filles ».

La patiente devra donc pousser son premier enfant une heure plus tôt, avec un médicament majorant les risques hémorragiques, dans une position défavorable.

On accepte de rester, ou on se lève et on se casse.

On reste parce qu'on a un loyer à payer à la fin du mois, et qu'on veut faire de la salle de naissance. On nous a toujours dit que les meilleures sages-femmes travaillaient en salle de naissance, non ?

Les cadres ont compris que ça ne collerait pas.

Je ne voulais pas être un bon automate. J'appelais le chef de service pour lui dire que sa patiente en « travail » fumait sa clope dehors et avait une contraction par heure, et qu'il devait signer son déclenchement de convenance. J'ai tenté quelques accouchements sur le côté. Je suis resté un peu trop longtemps avec cette patiente qui n'avait pas de péridurale sans avancer mon partogramme. « Je sais que je t'ai engagé pour de la physio, mais bon, l'homéopathie et l'aromathérapie... On tient la main à la patiente 5-10 minutes quoi et on y retourne ».

Je râlais sur la charge de travail, surtout quand la sage-femme titulaire décidait d'aller se coucher dans la nuit parce qu'elle faisait 24 h et que ça l'arrangeait.

« En même temps si tu réveilles ta collègue pour ça... La prochaine fois, attends d'avoir au moins 3 patientes. » Parce que oui, c'est aussi à ce moment-là qu'on te dit que gérer 3 patientes seul,

c'est une charge de travail normale. Le CNOSF vient de dire que c'est dangereux à plus de 2 patientes et les urgences, mais il y connaît quoi le CNOSF hein ?

Ça serait tellement bien d'avoir une sage-femme de plus dans ces moments-là. On serait tellement plus en sécurité.

On aurait le temps de prendre des décisions mesurées et sans panique.

Sauf que le décret de périnatalité (c.-à-d. le truc qui décide du nombre de sages-femmes en garde par rapport au nombre d'accouchements par an) ne prend pas en compte le travail administratif/médico-légal qui a augmenté, et il se base surtout sur une activité moyenne.

Cette pensée m'a parfois traversé l'esprit dans ces nuits folles où j'ai accompagné 6 accouchements seul, pour une moyenne attendue de 2 par 12 h.

Un matin je me suis réveillé et j'ai repensé à ma garde. Je me suis regardé dans le miroir, j'ai grimacé. J'avais une sorte de nausée sourde de lendemain de garde.

Je devenais maltraitant.

J'avais tenu la main d'une patiente pendant que ma doublure censée « m'intégrer à l'équipe » racontait des banalités horribles et que la chef de garde recousait son épisiotomie à vif. J'ai rangé cette idée dans le fond de mon crâne, parce que j'avais besoin de travailler. J'ai oublié pendant 1 an. Les larmes, les cris. Les remerciements d'avoir été là pour elle, à contenir mon hurlement intérieur. J'ai haï cette collègue, et cette consœur, malgré les discussions dans l'office à la relève et la légère surcouche de complicité.

« Tu sais, me dit cette médecin-là, en m'en reparlant 5 mois plus tard, autour d'un hospitalier petit salé aux lentilles, l'accouchement c'est quand même très violent comme moment. » J'ai opiné du chef. Le pire c'est que j'ai adoré bosser avec cette obstétricienne, sans jamais vraiment pouvoir lui pardonner.

Quand les discussions sur les violences obstétricales ont commencé, j'étais heureux d'y prendre part, de les amplifier. Je voulais aussi rappeler une chose : si j'additionne tout ce que j'ai écrit au-dessus, la maltraitance hospitalière est *un système*.

Je comprends très bien que mes futures consœurs ne veulent pas s'y insérer.

Dans le communiqué de l'Ordre, on a l'impression que c'est une question d'attractivité de l'hôpital, de rémunérations, de sécurité économique et/ou de reconnaissance. Ce n'est pas forcément tout.

Quel métier je veux faire, et dans quelles conditions ?

J'ai détesté la charge de travail, l'écrasement professionnel, la violence et le systématisme. Et la précarité – rester plusieurs années au même échelon, sur la même grille, au même salaire – subir les libertés que prennent les administrations publiques avec le droit du travail, ou la pression financière des DRH dans le privé.

Et ne pas savoir si on travaillera toujours au même endroit dans parfois 1 mois ou 2 mois, tout en essayant de s'intégrer à une équipe et à un projet.

Je voulais aider les femmes.

Je voulais me lever le matin avant d'aller travailler, sourire au miroir et ne plus faire de compromis.

Donc j'ai quitté l'hôpital.



Union Nationale et Syndicale des Sages Femmes



QUEL LIEN ENTRE LES SYNDICATS PROFESSIONNELS ET LES TRANSFORMATIONS ET ÉVOLUTIONS PROFESSIONNELLES DANS L'ACTIVITÉ DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES ?

Entretien avec des membres du conseil d'administration de l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes : Henny Jonkers, représentante à la CNAMTS, Muriel Cheradame, représentante en CPR et en URPS, Catherine Lewicki, ex-représentante à la CNAMTS et en CPR.

Pour comprendre comment un syndicat professionnel participe aux transformations/évolutions de la profession, pouvez-vous rappeler à nos lecteurs quels sont les interlocuteurs principaux d'un syndicat professionnel de sages-femmes ?

Ce sont, tout d'abord, nos adhérents. Nous interagissons régulièrement avec eux, le plus souvent par l'intermédiaire des représentants en région qui font remonter problématiques et suggestions. Nous répondons systématiquement à toutes les questions que l'on nous pose via le site ou les courriels.

C'est évidemment le nombre d'adhérents qui fait la force d'un syndicat professionnel. Notons cependant que le ministère de la Santé n'évalue la « représentativité » que sur le nombre d'adhérents libéraux.

Nous interagissons principalement avec l'assurance maladie au niveau national (CPN), régional (CPR) et départemental (CDCE). C'est bien sûr avec la caisse nationale (CNAM) que se débattent les évolutions de la profession telles que les avenants, les créations et définitions des actes et leur valorisation.

En région, nos représentants siègent en URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) et sont en lien avec les ARS, les autres professionnels de santé et l'ensemble des sages-femmes libérales.

Nous sommes présents dans les instances de l'ANDPC (Agence National du Développement Professionnel Continu), au FIFPL (Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux), postes clés pour la formation et au CNP-SF (Conseil National Professionnel des Sages-Femmes).

Nous sommes bien sûr en relation également avec le Conseil National de l'Ordre et avec de nombreuses associations de sages-femmes (ANSFL, ANSFT, ANSFO, ANESF...) avec lesquelles nous cherchons à mener des projets constructifs.

D'autres instances peuvent faire appel à nous, comme la HAS par exemple.

Enfin, un travail de lobbying, à la fois désespérant de lenteur, mais essentiel se fait auprès des différentes instances, cabinets ministériels, commissions de l'Assemblée Nationale ou sénatoriales. Par le biais d'audits et de contributions écrites, l'UNSSF est force d'avis et de propositions.

Quels sont vos principes de travail ?

Nous avons à cœur de travailler à la fois dans le respect de notre ADN historique (UNION et défense de la profession, avec des convictions fortes : démocratie et vision sociale de la santé) et dans les perspectives modernes et d'avenir pour la profession et notre société. Nous cherchons à être constructifs, efficaces et toujours le plus confraternels possible. Toutes nos interventions, propositions, positions sont motivées par trois axes :

- défendre la profession dans toutes les formes d'exercices (reconnaissance en tant que profession médicale, conditions de travail, de rémunération, de formation, etc.) et les professionnels eux-mêmes dans leurs difficultés avec les caisses par exemple ou pour des causes qui intéressent toute la profession comme le problème des assurances ;
- contribuer à l'amélioration de l'offre de soin, à juste coût et pour tous les territoires ;
- favoriser la mise en place d'outils innovants, qui permettront aux sages-femmes de répondre à la demande des femmes et des couples par un suivi adapté à leurs besoins.

Quelles sont vos contraintes, vos difficultés ?

- Un syndicat professionnel n'est pas au-dessus des lois.
- Un syndicat professionnel, pour l'instant, s'il peut être consulté, n'est jamais à la table des négociations pour les grilles indiciaires des salariés. C'est le principe du dialogue social en France.
- Quels que soient les projets défendus, nous nous heurtons parfois à une certaine mauvaise volonté de nos interlocuteurs, à base de contraintes budgétaires et d'opposition d'autres professionnels de santé.

Tout est question de rapport de force et pendant de nombreuses années, l'exercice libéral ne semblait être qu'un « détail » dans l'offre de soin de notre pays. Notre bras de levier était quasi inexistant. Avec la place essentielle que les sages-femmes prennent dans la santé génésique, gageons qu'il nous sera de plus en plus aisé de peser lors des négociations.

Pouvez-vous donner quelques exemples concrets d'interventions ou demandes spécifiques de l'UNSSF qui ont transformé l'activité libérale lors de négociations avec la CNAM ?

Une avancée majeure, tant sur un plan symbolique que financier, a été l'alignement de la plupart de nos tarifs sur ceux des médecins (consultation, accouchement, actes de gynécologie et d'échographie) avec l'ouverture de la CCAM aux sages-femmes (Avenant 3).

Si ce travail syndical à la CNAM intéresse au premier chef les sages-femmes libérales, depuis l'application de la T2A dans les structures, la valorisation des actes influence directement l'activité des sages-femmes salariées.

En négociation des avenants à la convention nationale entre les sages-femmes libérales et les caisses d'assurance maladie :

- la mise à niveau des modificateurs d'accouchement avec ceux des médecins (ils avaient été modifiés pour les médecins après l'avenant 3, mais pas pour les sages-femmes) ;
- la prise en compte de « JO étant le jour de l'accouchement » dans l'avenant 3.

L'obtention de l'extension du « forfait de surveillance de la mère et de l'enfant » jusqu'à J12 afin que les soins aux nouveau-nés soient pris en charge par l'assurance maternité. Nous souhaitons augmenter le montant du forfait à hauteur

de 2xC+MSF pour toutes les visites nécessaires, mais, l'enveloppe budgétaire étant contrainte, nos collègues ont préféré d'autres options d'affectation du budget (Avenant 4).

- L'ouverture de l'acte « Consultation de contraception et de prévention des jeunes filles mineures » aux sages-femmes (Avenant 4).
- La suppression de la mention restrictive de « vulnérabilité » pour la préparation individuelle (Avenant 4).
- Le maintien contre vents et marées de la possibilité de « transmettre » son conventionnement en cas de cessation d'activité dans les zones surdotées. La CNAM souhaitait que le conventionnement reste « libre » en attendant les demandes (Avenant 4).
- Lors de la mise en expérimentation des PRADO précoces : nous nous sommes d'abord battus en CPN avec les représentants de la CNAM pour que le contact anténatal soit une règle. À la fin de l'expérimentation, dans les discussions pour l'avenant 4, nous n'avons pas pu obtenir l'inscription d'un « contact anténatal obligatoire avec une sage-femme de proximité » sous prétexte de « libre choix du praticien par le patient », mais, au bout de ce bras de fer, les représentants de la CNAM ont finalement accouché du « bilan prénatal précoce » qui entrait dans les aspects préventifs de la profession mis en avant dans le « cadrage » ministériel, et nous avons réussi à faire ajouter en toutes lettres le « contact anténatal » dans la liste des actions préventives du libellé de l'acte.
- Les nouvelles orientations données par la loi RIST et le rapport des 1 000 jours vont donner lieu à la création d'actes spécifiques (Entretien et Séances Postnatales) actuellement négociées pour l'Avenant 5 à venir. Les premières propositions tarifaires étaient iniques et nous avons refusé de les signer. La CNAM a depuis fait quelques avancées, toujours largement insuffisantes. Pour ce même Avenant, nous exigeons par ailleurs un engagement clair sur l'ouverture rapide de négociations sur une nomenclature spécifique à l'accompagnement global.

En lien avec la Commission Paritaire Nationale (CPN) : la CPN se réunit au moins deux fois par an. Son objectif est détaillé dans l'Avenant 4. Elle ne permet pas de « changer » les textes, mais permet d'en éclaircir certains passages, de lisser les applications sur tout le territoire, de pointer les dysfonctionnements, les non-applications, de proposer des actions favorisant les relations entre les professionnels et les caisses. C'est aussi un observatoire des activités des sages-femmes,

des expérimentations en cours, des nouvelles dispositions, etc. Les remontées de nos adhérents et de nos représentants sont particulièrement précieuses. Quelques exemples :

- une interprétation enfin claire de l'article 13 des dispositions générales de la NGAP sur la cotation des IK lors des déplacements, le mot « visite » devant être pris au sens large de « aller chez » (pas de défalcation de kilomètres sur l'aller/retour) ;
- nous cherchons depuis des années à supprimer la notion d'agglomération dans ce même article puisqu'elle a de multiples définitions ;
- l'obtention d'une clarification sur les prescriptions de sonde endovaginale (les caisses avaient fait une campagne de « chasse aux sorcières » demandant aux collègues qui prescrivent des sondes de rembourser des indus) ;
- nous insistons pour que soient effectifs tous les engagements de la CNAM concernant la visibilité de la profession (par exemple, nous faisons régulièrement rectifier les erreurs de communications sur les FCU, vaccins, etc.).

Ces exemples sont bien sûr non exhaustifs.

Comment nos consœurs et confrères lecteurs peuvent contribuer à votre travail ?

Le premier pas est d'adhérer puis de nourrir le travail syndical en faisant remonter difficultés et suggestions.

Chacun·e peut ensuite s'impliquer dans l'une des différentes représentations citées plus haut et/ou entrer au conseil d'administration.

Le travail syndical est un travail d'équipe, qui demande des forces vives et de l'enthousiasme. Toutes vos compétences sont bienvenues !

Nous vous remercions de nous avoir proposé de partager une partie de notre expérience sur ce thème passionnant.

L'Union fait la force, ces transformations/évolutions ne doivent ni ne peuvent se faire sans nous ni sans vous.

unssf.org contact@unssf.org fb.me/unssf



TRANSFORMATION EN LIBÉRAL, POINT DE VUE SYNDICAL

L'exercice libéral s'est beaucoup transformé ces dernières années.

Tout le monde a constaté la rapide évolution démographique de l'activité libérale pour notre profession, mais d'autres évolutions moins spectaculaires ont vu le jour grâce aux syndicats professionnels, et à leurs adhérents nommés pour nous représenter auprès des instances.

La DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) réalise tous les 5 ans, avant l'échéance de notre convention, une enquête de représentativité. Elle détermine le nombre d'adhérents libéraux de chacun de nos 2 syndicats professionnels représentatifs. Grâce à ces données, est déterminé le nombre de postes à pourvoir pour chacun des syndicats dans les instances nationales, régionales et départementales. Ce sont les syndicats qui nomment ou désignent les représentants parmi les adhérents volontaires.

La prochaine enquête de représentativité aura lieu l'année prochaine, notre convention arrivant à échéance en décembre 2022.

Les syndicats et les relations conventionnelles

CPN (Commission Paritaire Nationale)

Deux représentants titulaires et 2 suppléants pour chaque syndicat.

La CPN a pour mission de permettre un dialogue avec les représentants nationaux de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Des présentations chiffrées concernant l'activité des sages-femmes nous sont présentées, la section professionnelle expose pour arbitrage les problématiques remontées par les représentants locaux ou les adhérents.

La présidence de la CPN est assurée alternativement par un des syndicats (section professionnelle) et par la CNAM (section sociale). Actuellement l'UNSSF assure la présidence.

Il y a en théorie 2 CPN annuelles au minimum. La dernière s'est réunie en juin 2021.

NB : seuls les titulaires bénéficient d'un dédommagement pour leurs frais de déplacement et pertes d'activité. L'ONSSF a fait le choix de prendre en charge les frais pour les suppléants, qui assistent dans la mesure de leurs possibilités à toutes les réunions.

CPR (Commission Paritaire Régionale)

Deux représentants titulaires et 2 suppléants pour chaque syndicat.

La CPR est le lieu de dialogue et de résolution des problèmes régionaux. Elle permet aussi la mise en place de certains projets locaux, tels que les politiques de dépistages adaptées aux régions et territoires.

La CPR étudie les demandes d'installation dans les zones surdotées, selon les dérogations citées dans l'avenant 4.

La CPR est aussi consultée dans les travaux concernant la publication du zonage des sages-femmes.

CDCE (Comité Départemental de Concertation et d'Échange)

Deux représentants titulaires et 2 suppléants pour chaque syndicat.

Demandées de longue date par notre syndicat, avec plus d'insistance encore depuis l'avènement des grandes régions, ces réunions permettent de faciliter les échanges à l'échelle du département. Les sages-femmes rencontrent donc directement les CPAM avec lesquelles elles travaillent.

Ce ne sont pas des commissions paritaires, les CDCE n'ont pas de pouvoir décisionnel. Les sièges non pourvus par un syndicat peuvent être pourvus par l'autre.

Négociations conventionnelles

Ce sont les réunions au cours desquelles les actes des sages-femmes sont transformés et revalorisés.

Le dernier texte en date régissant l'ensemble des cotations pour les sages-femmes est l'avenant 4, signé en mai 2018. 9 mois ont été nécessaires pour trouver un consensus acceptable.

La CNAM avait prévu de mettre 10 millions d'euros sur la table, l'enveloppe a été allongée à 22,4 millions après 10 réunions parfois houleuses, et entre lesquelles nous avons travaillé d'arrache-pied pour transformer la vision de la CNAM sur l'activité des sages-femmes, notamment en matière de prévention (création du bilan prénatal) et d'échographies (création des actes d'échographie gynécologique).

Les actes les plus courants des sages-femmes ont aussi été majorés : consultations, avec création du MSF, rééducation pelvi-périnéale et surveillance cardiotocographique.

La notion « à acte égal, rémunération égale » a été réaffirmée, les seuls actes pour lesquels les sages-femmes gagnent moins que les médecins sont ceux de préparation à la naissance, très peu pratiqués par les médecins.

Nous travaillons depuis plusieurs mois sur l'avenant 5, dont la lettre de cadrage ministérielle était la télé-médecine, et qui a été étendu au suivi du post-partum. La valorisation des actes qui seront créés dans ce domaine est malheureusement en deçà de ce que les 2 syndicats demandaient, à savoir une équivalence avec les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Malgré nos demandes insistantes pour élargir le périmètre de cet avenant, nous n'avons pas pu discuter des 17 autres points que nous voulions négocier et pour lesquels nous reviendrons à la charge lors des prochaines négociations : accompagnement global, consultations longues, rémunération de la sage-femme référente, transformation du FAMI (Forfait d'Aide à la Modernisation et à l'Informatisation) en forfait structure...

Les syndicats professionnels et la retraite

La caisse de retraite des sages-femmes est la CARCDSF (Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens Dentistes et des Sages-Femmes).

4 représentants sont nommés, deux pour l'ONSSF, qui représentent les libérales en activité, 2 pour l'UNSSF qui représentent les retraités.

Leur travail a pour vocation de défendre les intérêts des sages-femmes libérales, de façon à trouver un juste équilibre entre les cotisations versées pendant leur activité et le montant des pensions touchées en retraite après une carrière entièrement ou partiellement libérale.

Les syndicats professionnels et les autres soignants libéraux

Notre syndicat étant majoritaire, le poste de sage-femme au sein de l'UNPS (Union Nationale des Professionnels de Santé) est occupé par une de nos adhérentes, soutenue par d'autres volontaires, qui représente les sages-femmes au côté des 22 autres syndicats professionnels dans différents groupes de travail :

- formation et démographie;
- exercice coordonné interprofessionnel;
- dispositions sociales et fiscales;
- informatique et numérique;
- qualité, sécurité, pertinence;
- Europe.

Différentes thématiques transversales des professionnels libéraux de santé sont travaillées de façon collégiale et des actions sont entreprises au nom de tous.

En régions, des sages-femmes syndiquées désignées par les syndicats professionnels nationaux sont nommées par les directeurs des Agences Régionales de Santé (ARS) pour représenter l'ensemble des sages-femmes libérales au sein des URPS (Union Régionales des Professionnels de Santé). Dix professions sont représentées et travaillent de concert pour travailler sur l'offre de soin de proximité, et sur des actions de prévention adaptées aux particularités des territoires.

Les syndicats professionnels et les autres professionnels libéraux

Nous faisons partie de l'UNAPL depuis des années, ce qui nous permet d'échanger sur des sujets qui rassemblent tous les professionnels libéraux, des avocats aux notaires, en passant par les moniteurs de ski et les kinésithérapeutes.

Appartenir à l'UNAPL nous donne accès au FIF-PL, et nous permet d'augmenter le poids de notre profession dans certains combats tels que le congé maternité pour les libéraux.

Les syndicats professionnels et la formation continue

Le Fonds d'Investissement pour la Formation-Profession Libérale (FIF-PL) permet aux professionnels libéraux de bénéficier d'aide au financement de leurs formations, et développe des formations communes aux différents professionnels.

Nous nommions des représentants auprès de l'Agence Nationale du Développement Continu, désormais c'est le CNP sage-femme qui a ce rôle, et participe à l'élaboration des objectifs triennaux de développement continu. L'ensemble des organisations de sages-femmes d'envergure nationale y est représenté.

Finalement, les syndicats professionnels, ce sont des centaines de sages-femmes qui œuvrent au quotidien pour permettre à notre profession de se transformer jour après jour. Pour montrer à tous que les sages-femmes sont là et éviter les chaises vides, n'hésitez pas à nous rejoindre et à vous investir, chacun de nous peut apporter sa pierre à l'édifice.

— Le CA de l'ONSSF

onssf.org contact@onssf.org fb.me/onssf.syndicat [@onssf](https://twitter.com/onssf)

SORTIR DU PLACARD

Rose - ce prénom parle peut-être à certaines. Si vous avez lu la lettre entre 2011 et 2015, vous avez peut-être suivi mes aventures, où je vous raconte ma reconversion sage-femme et mes 4 années d'études.

On me propose de sortir Rose du placard pour faire le point sur ce qu'elle est devenue. Comment la chenille est devenue un papillon.

Ma décision de reconversion date de 2010, quelques mois après la naissance de mon deuxième enfant. Mais ce besoin existait bien avant.

Je ne saurais vous dire à quel moment exactement j'ai su que je ne prenais pas la bonne voie. Peut être dès mes 17 ans, quand ma mère m'a proposé de m'orienter vers kiné, mais que je n'ai pas eu le courage de me remettre à niveau après un bac éco. Cette décision marque pourtant bien mon ambivalence de l'époque entre fougue de la jeunesse et doute de l'avenir, entre désir et pragmatisme, entre volonté et dévalorisation. Je suis donc restée dans ma voie, dans mes options... pour finir quelques années plus tard derrière un bureau et un ordinateur à me demander pourquoi j'étais là !

J'ai vraiment commencé à me questionner à la fin de mon master. Mais après toutes ces années d'étude, j'avais aussi énormément besoin de me concentrer sur ma vie personnelle : ma vie de couple, de famille... Et c'est ce que j'ai fait. Tout en continuant à m'interroger sur quel métier je pourrais faire ? Quelle formation pourrait être envisagée ? Courte (ce qui me paraissait le plus réaliste par rapport à une vie de famille) ou longue ?

Finalement, il a fallu une sage femme et une parole pour que la décision soit prise. Et j'ai foncé.

Des regrets, me direz-vous... ?

Non absolument aucun. Parce que je n'étais pas prête à le faire avant. J'ai entièrement et totalement conscience qu'à 18 ans, je n'étais pas en capacité d'affronter des études de sage-femme. J'avais besoin de mon parcours. J'avais besoin de grandir, de mûrir, de prendre confiance en moi et de croire en moi.

Et aujourd'hui ?

Alors aujourd'hui, je reçois régulièrement des appels de personnes envisageant ce type de reconversion et me demandant des informations et des retours d'expérience.

Je suis très franche sur la difficulté de combiner vie de famille et années d'étude. Je souligne également que ma réussite est en grande partie liée à la présence et au soutien de mon mari. Il m'a apporté un accompagnement sans faille pendant 4 ans — il a pleuré plus que moi le jour des résultats — et continue encore aujourd'hui sur mon parcours professionnel.

La question qui revient le plus souvent est « serais-tu prête à recommencer ? ». Et la réponse n'est absolument pas évidente.

Au vu du résultat, je dirais « oui ». Au vu de ce que j'ai vécu pendant ces années d'école en termes de sacrifice personnel et familial, un énorme flou persiste. Étrangement, je sens encore parfois le poids de ces 4 années peser sur mes épaules.

Et sur le plan professionnel, je suis devenue une sage femme libérale heureuse. J'ai la chance d'avoir croisé le chemin d'une sage femme devenue amie et associée. Mon métier me passionne et je m'épanouis complètement. Après mon diplôme, mon parcours a été encore un peu chaotique avec des expériences en libéral plus ou moins concluantes, des déménagements, et la naissance de deux autres enfants.

Mais depuis début 2019 je me sens à ma place professionnellement. Bien sûr il y a des hauts et des bas, de la fatigue et parfois même de la lassitude, aussi bien au niveau de la profession, que sur ma vie personnelle.

Mais je suis heureuse d'avoir fait cette reconversion, car je vis un métier qui me plaît, me passionne. Je réalise chaque jour la chance que j'ai eue d'avoir pu faire cette reconversion et de vivre aujourd'hui d'un métier que j'aime.

— Rose



DEVENIR SAGE...

Quelle délivrance de devenir sage-femme. Après un début de travail en phase de latence composé de deux premières années communes aux études de santé, la phase active s'est avérée chargée. Tourbillon d'émotions suite à la découverte des gardes de 12 heures, des nuits, du malaise vagal lors de la première péridurale, des échecs à répétition des poses de cathéters veineux... mixés à la magie des naissances, au bonheur de suivre des couples dans cette phase de leur vie, et la richesse de ces échanges quel que soit l'issue de la grossesse. Enfin, les efforts expulsifs des six derniers mois de stage interné suivi de l'accouchement d'un mémoire et d'un succès aux examens cliniques pour terminer par la délivrance de devenir sage-femme.

Le statut d'étudiante n'est pas toujours facile : le fonctionnement du système hospitalier et de sa hiérarchie engendre des sentiments, des frustrations et du stress qu'il faut apprendre à canaliser et maîtriser. Il permet néanmoins de passer du temps aux côtés de différentes sages-femmes expérimentées et de découvrir leur façon de communiquer, leur toucher, leur posture. Devenir LA sage-femme est un réel accomplissement et avoir pu prendre comme exemple le meilleur de chacune d'entre elles est une véritable valeur ajoutée dans la formation que j'ai reçue.

Mes envies de sage-femme débutante sont :

- permettre à la femme d'être actrice durant toute sa vie gynécologique ;
- rendre le couple acteur du suivi obstétrical durant toute la période de gestation, de l'accouchement ou encore du post-partum ;
- m'adapter à la patiente ou au couple que j'ai en face de moi afin de pouvoir les guider dans les prises de décisions pour lesquelles ils auraient besoin d'être assistés ;
- d'inclure au maximum le partenaire quand il y en a un.

Avoir complètement la charge de la patiente me permet de mettre en place ces objectifs à mon rythme et à ma manière, ce qui n'était pas forcément le cas avec un statut d'étudiante.

Être en charge de la patiente et avoir la pleine responsabilité de ses actes et de ses choix, ça peut aussi faire peur ! Serais-je à la hauteur en cas de coup dur ? Suis-je capable de prendre la bonne décision ? Et si je me trompe de geste ? Être néo-diplômée c'est aussi accepter qu'il y ait encore du chemin à parcourir et beaucoup de choses à apprendre.

Le travail en équipe est l'un des éléments primordiaux de ce métier : il faut se faire accepter, jouer collectif, apporter de l'aide et apprécier d'en recevoir, entretenir l'esprit de cohésion. Une bonne équipe permet d'aborder son entrée chez les « pros » de manière plus sereine.

J'ai eu la chance pour ma part de commencer ma vie professionnelle par un remplacement libéral durant l'été avant d'enchaîner dans la maternité dans laquelle j'ai effectué mes 6 mois de stage pré-pro, ce qui procure un sentiment de continuité et de sécurité pour mes premiers pas dans ma vie de SF.

— Louise Lefranc



LA SAGE-FEMME ET LA TRANSFORMATION

La sage-femme est au cœur de la transformation puisqu'elle l'accompagne.

Mon parcours de responsable du suivi des grossesses pathologiques dans 2 hôpitaux successifs m'a mise face à la détresse des femmes dont les soucis, les maux dits « sympathiques » de grossesse entravaient le bon déroulement de celle-ci.

Mes études de sage-femme m'avaient appris la physiologie, l'anatomie, la biologie, les traitements de manière occidentale; l'accompagnement permettant d'intervenir ponctuellement pour résoudre un désordre organique.

Dans le but d'aider ces femmes à vivre une grossesse plus sereine, je me suis tournée vers les études d'acupuncture subodorant que je trouverai là un accompagnement plus global auquel les médicaments (pour la plupart contre-indiqués) étaient de très peu d'apport.

J'ai donc découvert une médecine extrêmement complémentaire de la nôtre où le terme de « transformation » est une des bases fondamentales. J'y ai également découvert une approche philosophique de la vie qui est allée bien au-delà de mon attente initiale.

Le corps humain, dans la chine ancienne était représenté par celui de la femme enceinte



Idéogramme de la femme enceinte

Utiliser l'image de la femme enceinte pour évoquer le corps humain c'est invoquer ce qui le traverse

Ce que nous faisons du flux de la vie qui nous traverse est spirituel, mais non divin. Tout homme ou toute femme est responsable de son corps, nous sommes enceintes de nous-mêmes.

La femme enceinte marche, elle est faite d'os et de chair, elle a un projet, elle est reliée à la terre ; elle évoque en un symbole unique toute cette dualité.

Invoquer « ce qui le traverse » évoque déjà cette notion de mouvement, de transformation

En effet cette période va correspondre à un moment de **mutation** essentiel de la femme qui va se révéler à elle-même en tant que mère. C'est un moment où l'inconscient enfoui va affleurer à la surface. La femme va voir resurgir son passé tant par les réactions de son corps que par le récit de ceux qui vont devenir les ancêtres. Son corps va se modifier, son psychisme également.

Le fait de participer à la création, à la croissance, au développement de son enfant puis de sa mise au monde va solliciter les capacités de tous les méridiens qui parcourent son corps. L'expression va se manifester différemment d'une femme à l'autre.

L'approche clinique est très différente de la nôtre

Dans la tradition chinoise, les textes anciens précisent qu'il faut en premier observer le cœur *xin* c'est-à-dire le psychique, l'esprit ; ceci s'exprime au travers de la gestuelle, de la vitalité propre et reflète les qualités psychiques et morales. Puis dans un deuxième temps le *xing* qui est l'expression de la forme corporelle qui correspond à la surface, l'apparence.

Il s'agit donc de s'intéresser à l'écoute attentive de toutes ces transformations mentales qu'induit le projet d'un enfant et en un second temps à la transformation corporelle évolutive de la grossesse.

Cette métamorphose va, selon la résonance particulière de chaque individu, s'exprimer dans une riche diversité.

L'approche thérapeutique est liée aux liens entre les organes et les entrailles

Une notion première et fondamentale est que l'acupuncture est une médecine de « relation » : elle s'attache à corriger ou à prévenir un dysfonctionnement entre un ou plusieurs organes et/ou plusieurs entrailles. C'est le mouvement de l'un vers l'autre qui est étudié tant dans la physiologie que dans

l'échange entre les êtres, alors que l'abord de la médecine occidentale s'attache à des données biologiques, échographiques, à un instant « T ».

Ces 2 abords sont complémentaires, mais fondamentalement différents. Une donnée importante dans le processus de la mise au monde de cet enfant est que la relation de l'enfant à sa mère, la relation de la femme à son conjoint, à son histoire familiale, à ses ancêtres va impacter sur le bon ou mauvais déroulement de la grossesse et du « travail ».

Les organes et les entrailles ont un sens bien élargi par rapport à notre conception usuelle. Ainsi :

- les soucis vont affaiblir la « rate » qui est en charge de la transformation des aliments, le terme de rumination mentale est bien évocateur ;
- la colère va impacter le foie : en charge de la distribution du sang dans les vaisseaux, il nourrit les tendons et les muscles et met en mouvement le squelette ;
- la peur va impacter le rein en charge de la procréation, il est en lien avec les os, la moelle osseuse et le système nerveux central ;
- la tristesse va impacter le poumon et la peau ;
- l'excès de joie impacte le cœur en lien avec la circulation sanguine et l'esprit.

Tous ces organes et ces entrailles ont un lien entre eux et l'originalité de cette médecine est justement de faire de ce lien et de ce mouvement un axe thérapeutique.

La puncture très précise de quelques points va chercher à rétablir l'équilibre global de la personne tant sur le plan physique que psychique œuvrant dans le champ de nos compétences pour une politique de prévention.

Enfin il existe aussi la transformation de la sage-femme : en effet, celle-ci adoptera une attitude différente d'une femme à l'autre en fonction de l'échange qui s'établit ; et cette attitude évoluera au fil de son expérience qui doit se bonifier en subtilité au fil des années ; la maîtrise de la clinique permet de plus facilement accéder à l'être.

En résumé et en conclusion : il ne faut pas perdre de vue la définition de l'obstétrique : « obs » observer, « stare » être debout, devant. Il s'agit d'accompagner avec discrétion cette métamorphose en assurant pleinement notre rôle de maïeuticienne (permettant au sens de Socrate, de faire s'exprimer un savoir caché en soi).

— Caroline Viry



SAGE-FEMME HUMANITAIRE

- Madame, quel est votre métier ?
- Je suis sage-femme humanitaire.

À peine 9 % des sages-femmes choisissent cette voie et s'engagent au moins une fois pour des missions courtes (15 jours) ou longues (6 mois ou plus) sur le terrain.

Les contextes de départ sont en général classés en deux catégories. Les missions dites d'urgence : conflits armés, catastrophes naturelles et/ou épidémies et les missions de développement où le professionnel exerce en milieu précaire urbain ou rural et participe à la reconstruction ou à la consolidation du niveau de vie socio-sanitaire et socio-économique (programme santé, éducation, eau, agriculture...).

Après plus de 22 ans à opérer en Afrique, Comores ou Inde et dans différents contextes je peux affirmer que cette expérience a changé ma pratique, ma vision de la naissance et ma relation à l'Autre et continue encore aujourd'hui de bouleverser tous mes sens.

J'ai commencé mes études de sage-femme avec en tête cet objectif : être en salle de naissances, faire des accouchements, avoir la joie d'être auprès des couples et de les accompagner dans ce qui est supposé rester un des plus beaux jours de leur vie.

Cependant, depuis très jeune, ce métier je voulais l'exercer en Afrique : être humanitaire.

De formation occidentale, avec de nombreux stages en secteurs classiques, sécurisés et adaptés, je me suis vite rendue compte que mon beau diplôme et mes connaissances acquises durant mon cursus universitaire dédié à la naissance me seraient presque obsolètes.

Avais-je déjà supervisé et coordonné des équipes qui ne comprenaient ni le français ni l'anglais ? Jamais...

Avais-je déjà travaillé sans le confort des monitorings, tracés informatisés et autres ? Jamais...

Avais-je déjà réalisé une extraction par ventouse sans la supervision d'un gynécologue-obstétricien ? Jamais...

Avais-je déjà réalisé des formations en Soins obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) auprès de mes consœurs et confrères ? Jamais, je ne connaissais même pas ce sigle !

Je m'arrête là, la liste serait trop longue. Être sage-femme et s'engager dans la solidarité internationale, c'est accepter de partir presque sans bagages, car tout sur le terrain est nouveau et nous devons appréhender des paramètres méconnus jusqu'au départ : la notion de temps, de culture, de disponibilité de matériel, d'électricité, de personnels... d'accessibilité, ou encore la place que la famille accorde aux

futurs bébés. Et tout ceci dans un cadre différent : fini les protocoles standardisés, la rigueur de la traçabilité, la lourdeur administrative et les interventions ou investigations médicalisées au moindre doute ou dérapages.

Ainsi, la solidarité internationale a changé ma vision globale de la naissance, ma pratique et renforcé certaines qualités, notamment la confiance en soi, l'écoute et l'adaptation.

Être sage-femme dans les pays en développement c'est tout d'abord comprendre et accepter que le statut de l'enfant à naître a une moindre importance que dans notre société occidentale.

En effet, un bébé n'a de corps et de sens que le jour où il a un nom, un baptême ou une cérémonie traditionnelle. Ces étapes peuvent s'opérer le jour même de la naissance ou être différées à une semaine voire 15 jours de vie. Contraste saisissant avec nos pays occidentaux où les couples investissent de plus en plus précocement la venue de leur progéniture : liste de naissance, couleur de la layette et même le prénom choisi et déjà vissé sur la porte de la future chambre de l'enfant.

Ainsi nos normes sont complètement bouleversées, il faut comprendre que si une femme perd son bébé, ce dernier ne soit pas réellement comptabilisé ou que la dimension de tristesse ou de peine soit moins grande qu'en France. Si l'enfant n'était pas officiellement reconnu par des rites ou autres, il n'existe pas, alors pourquoi « trop » le pleurer ? Ou encore, pourquoi dépenser argent et temps dans la surveillance d'un fœtus qui n'est pas encore reconnu par la communauté ? Attendons de voir s'il vient au monde, s'il survit à l'accouchement, aux quelques jours qui le séparent des rites de passage avant de trop s'investir.

Intégrer cette notion c'est comprendre en partie, outre les problèmes classiques d'accessibilité aux soins de santé (barrières géographiques, financières ou manque de personnel qualifié) le retard dans la prise en charge des grossesses et de leurs complications.

Ainsi, comprendre, s'adapter et surtout ne pas juger.

À mes débuts de sage-femme, j'ai beaucoup plus appris auprès de mes collègues locaux qu'eux de moi.

Pourtant je partais en mission pour aider. Mais aider dans quoi ? Former des matrones analphabètes ? Comment leur enseigner la réanimation et son intérêt, quand on sait qu'un nouveau-né n'ayant pas encore eu de rites de passage n'a pas de statut : ainsi pourquoi s'acharner à le sauver ?

Mes collègues m'ont formée et appris à aborder ces femmes, communiquer avec elles, pas en français, mais avec des boîtes à images, comment animer des formations, et quels messages clés transmettre pour sauver des vies.

C'est alors que j'ai mesuré l'importance de l'éducation communautaire, mais surtout toute sa complexité, car nous

savons bien qu'une femme instruite diminue de moitié le risque de morbidité et de mortalité maternelle.

Si en France un des devoirs d'une sage-femme est d'accompagner chaque couple qui souhaite enfanter, dans la pratique humanitaire, quel est le pourcentage de pères qui assistent aux accouchements ? Quasiment nul. Savez-vous si la femme peut décider seule de se rendre dans une maternité pour consulter ou accoucher ? Du Bénin où je vous écris actuellement c'est impossible, elle doit avoir l'accord de son mari, du chef de famille ou encore d'un oncle...

Ainsi, j'ai compris que si je voulais aider à sauver des mères et des nouveau-nés, ma place ne serait pas uniquement dans les hôpitaux urbains, mais en zones reculées pour éduquer, informer et sensibiliser les communautés sur leurs droits fondamentaux, leurs devoirs et leur santé.

Bien sûr, la prise en charge d'une naissance dans les pays du sud diffère. Tout d'abord j'ai développé mon sens clinique. J'ai appris à maîtriser mon toucher et compter uniquement sur mes doigts pour le diagnostic de bassins étroits, d'engagement... J'ai su petit à petit comprendre qu'ici chaque parturiente est à accueillir et suivre comme une grossesse à risque : utérus bicatriciel et vous n'avez pas de salle de césarienne, grandes multipares avec risque d'hémorragie de la délivrance, parfois aucune donnée sur le déroulement de la grossesse, sans compter sur les pathologies associées. De plus, ce n'est pas en France que j'ai appris à dépister, connaître et traiter paludismes, infections courantes parasitaires ou encore le VIH-sida, mais auprès de mes consœurs sur le terrain.

Enfin, ma pratique humanitaire a surtout profondément bouleversé mon rapport à l'Autre. Certes j'ai acquis plus de confiance en moi, mais cette dernière je la dois à mes ami-e-s collègues qui ont vu débarquer une blanche pour aider alors qu'à mes débuts chaque action de ma part nécessitait leurs interventions (adaptation au matériel, demande de traduction, savoir quel médicament donner...).

J'ai croisé des personnalités inoubliables, exemplaires, et qui, quelques soient leurs grades (matrone, infirmière, accoucheuse, major, auxiliaire de santé, sage-femme) m'ont permis d'être plus autonome, polyvalente, et surtout m'ont inculqué comment appréhender l'Autre avec respect, tolérance et travailler dans « l'espérance » malgré des situations tragiques.

Je conclurai que le plus difficile n'est pas de partir, mais de savoir revenir ! Un engagement dans la solidarité internationale vous façonne, transforme, parfois déforme, et il faut pouvoir se réadapter au retour à un monde individualiste et bien souvent surmédicalisé.

Mais quelle expérience : osez...

— Delphine Wolff,
présidente de sages-femmes sans frontières



LA SAGE-FEMME AU CŒUR DES TRANSFORMATIONS DES FEMMES

La vie est rythmée. Jour, nuit, les hormones, la lumière du soleil ou de la lune nous conduisent vers des moments de vie différents voire opposés. Nous nous adaptons, nous nous laissons porter, bercer par ces rythmes qui gouvernent nos vies malgré nous. Notre vie est faite de transformations. À probablement plus de niveaux que nous le ressentons ou le croyons, ces transformations vont nous impacter, marquer des moments de transition, d'évolution. Rien n'est figé. Nous sommes en changement permanent et notre physiologie s'adapte à chaque instant aux différents facteurs environnants, température ou hygrométrie extérieure, entourage, bruit ou lumière, etc. De même, le temps passe, nous naissons, grandissons, évoluons vers plus de connaissance, de conscience, de maturité peut-être.

Notre métier de sage-femme amène à entr'apercevoir, percevoir, ressentir ou comprendre ces transformations en accompagnant celles des femmes aux moments clés de leur vie. Car c'est bien là le cœur de notre métier : accompagner ces transformations dans le corps, le vécu et le psychisme des femmes et des couples...

À 12 ans, elle vient accompagnée par sa mère... elle est parfois inquiète de ce qu'il va se dire entre ces 4 murs, elle se demande ce que cette femme inconnue va lui dire, lui demander, lui faire... Elle est peut-être intimidée par cette dame, cette « sage-femme » que sa mère semble connaître et qui voudrait lui parler de ces choses qu'elle garde cachées : son corps, sa sexualité... Toutes ses questions...

Alors, il va falloir user de diplomatie, de douceur, d'empathie et de patience pour gagner une confiance, ne pas trop vite évincer la mère, pour que cette fille mutante se sente en sécurité dans cet espace inconnu... Qu'elle puisse sentir cette possibilité de dire ce qu'elle ressent peut-être, les questions qui lui brûlent les lèvres, mais qu'elle croit interdites... Délicatesse encore envers cette mère qui se découvre sans voix devant le corps et le psychisme de sa fille qui a grandi trop vite, de ces paroles apaisantes qui sont au bord des lèvres, mais tuées par pudeur, manque de repères, de transmission, gêne ou peur de mal dire, mal faire, déranger sa fille...

Transformation du corps de fille en adolescente, transformation de cette maman; le cabinet de la sage-femme pourra être un lieu de passage, de passation entre femmes, entre générations. Nous pouvons être cette passeuse, celle qui facilitera l'échange et le lien d'une femme à une autre dans ce lien maternel et social.

Ce couple ou cette femme qui vient, le test est positif, elle est heureuse et si peureuse. Son amie lui a parlé de vous, elle peut avoir confiance, ou bien elle a eu votre numéro sur internet, elle découvre « la » sage-femme. Déjà elle n'est plus la même femme; elle rêve d'un garçon qui ressemble à cet homme qu'elle aime et qui vit avec elle, depuis quelques années ou quelques mois. Elle ne l'attendait plus ou pas si tôt cette grossesse, c'est incroyable ! La transformation s'opère invisiblement dans son corps pour nos yeux, mais déjà dans les pensées, le psychisme, tout se bouscule, tant de questions peut-être. Envie de bien faire, que manger, que ne plus manger. Transformer son alimentation, faire attention aux secousses... Elle ne veut plus faire de cheval, de VTT... Déjà des changements de son quotidien de par la présence de ces cellules mutantes en son sein alors qu'elle ne sent rien !

Puis ce corps qui grossit, le ventre et aussi là où elle n'a pas envie; ne pas prendre trop de poids, l'injonction médicale, l'inquiétude du regard des autres, de ce qu'elle a lu sur internet du poids idéal. Transformation de cette silhouette, accepter les inconforts du corps. Transformation des ressentis, la lourdeur de la digestion peut-être, de douleurs diverses et changeantes. Et puis transformation des émotions, fragilité, fleur de peau, larmes qui s'écoulent si facilement. Elle ne se reconnaît plus. Son conjoint est là, inquiet ou rassurant, loin ou proche, à la pêche ou aux séances d'haptonomie.

La sage-femme est là, écoute, guide et rassure ce couple vers le démarrage de leur parentalité naissante. Elle est là à cet instant clé de la mutation de cette femme lors de la naissance... Naissance d'un enfant, naissance de parents. Veilleuse et garante de la physiologie, observant et intervenant quand cela est nécessaire, rôle médical à part entière pour la bonne santé de tous.

Le suivi de cette famille naissante sera assuré à domicile puis au cabinet jusqu'à ce qu'elle se sente sécurisée. Comme un cordon ombilical, la sage-femme sera un lien qui s'éloignera en douceur au fur et à mesure de la confiance gagnée par les parents dans leurs compétences auprès de leur petit. Chaque femme, chaque famille a son rythme et la sage-femme saura elle aussi s'adapter aux différents besoins.

40, 45, 50 ans... Les règles s'espacent puis s'arrêtent : ménopause. Ce corps se transforme vers une ultime étape de maturité et de sagesse parfois. Se connaître de mieux en mieux, savoir ce qui fait du bien ou pas, sentir ses besoins et assumer ses envies...

La sage-femme est là, encore présente, pour répondre aux questionnements, dépister médicalement, mais également accompagner cette mutation pour en expliquer la physiologie et aider si nécessaire ces femmes quand cette période est difficile dans leurs signaux corporels ou leur psychisme... Nombre de formations nous sont proposées pour nous donner des outils nous permettant un accompagnement de qualité... Adapté aux différentes demandes des femmes.

La sage-femme est cette « femme sage » qui connaît les différentes étapes de la vie des femmes et a été et continue à se former pour les accompagner.

Les femmes ont besoin des sages-femmes, à chaque transition un conseil, une « réassurance », un dépistage...

Notre rôle est bien cet accompagnement médico-psychologique autour des différents moments de transformation des femmes, quel que soit leur âge... Afin de garantir la meilleure santé et le plus bel épanouissement possible...

— Véronique Goulet

TRANSFORMATION...

Où : comment mon activité conventionnelle de sage-femme se rapproche fortement de celle que je souhaite partager avec les femmes de mon « village ».

Quand je commence mes études de sage-femme en 1990, j'ai un projet très clair en tête : devenir sage-femme de proximité. J'ai appris, travaillant dans « le social » auparavant, l'importance de la PRÉVENTION et le long et profond travail que ça nécessite.

Être en santé, naître en santé est une richesse que je souhaite offerte à tous.

La profession de sage-femme, telle que je l'ai découverte enfin mon DE en poche, permet la pratique d'accompagnement global en libéral :

- l'ouverture des plateaux techniques existe pour les sages-femmes depuis 1991 ;
- l'AIAS propose une responsabilité civile professionnelle (RCP) abordable pour les accouchements à domicile (AAD) ;
- les maternités sont encore assez nombreuses pour avoir un relais hospitalier si besoin ;
- les gynécos-obs travaillent encore majoritairement en structure.

Depuis, les choses ont bien changé, en dehors de l'immense problème de la RCP pour les AAD, beaucoup d'éléments ont amélioré la prise en charge en autonomie pour les SFL : la déclaration de grossesse, la visite post natale, les suites de couches payées en plus du forfait accouchement, la prescription de la contraception d'abord en suites de couches puis pour toutes les femmes, le suivi gynéco de prévention, la consultation de contraception et de prévention (CCP), l'IVG...

Aujourd'hui mes compétences et leur intégration dans la convention me permettent d'être au côté des femmes aux moments importants de leur vie sexuelle et reproductive, de proposer des actions de prévention à tous les âges, de créer une continuité dans un parcours de santé tant qu'elles en sentent le besoin.

— Henny Jonkers

DÉGESTATION

Ce terme, dégestion, est un néologisme créé par Ingrid Bayot dans « le quatrième trimestre de la grossesse ». Il désigne cette période d'après naissance où le corps « travaille dur » pour retrouver un état qui n'est plus celui d'avant grossesse ni celui de la grossesse. Le corps féminin chemine vers un état non gravide, mais transformé par la gestation.

L'actualité, quant à elle, se penche tout particulièrement sur cette période de la vie des femmes. Et pour cause : l'hémorragie obstétricale n'est plus la première cause de décès maternel en France. En janvier 2021, Santé publique France et l'INSERM publiaient un rapport alarmant sur les morts maternelles pour la période 2013-2015. Celui-ci laissait apparaître pour la première fois que le suicide était l'une des deux premières causes de décès maternels, à côté des maladies cardiovasculaires.

Quand j'ai découvert « le quatrième trimestre de la grossesse », cela a donné sens à ce que j'ai pu observer dans mon suivi dans la période du post-partum et même après. Bien sûr, l'arrivée d'un nouveau né au sein d'une famille est source de changement, fatigue, inquiétude, émerveillement, tant d'émotions qui nous dépassent souvent. Et pour le reste : et bien les hormones, ma p'tite dame ! Ah, elles ont bon dos, ces hormones ! La réalité, c'est un véritable chantier qui s'opère dans le corps de la femme : « Durant six semaines à trois mois, l'utérus, dont le volume a augmenté par quarante, doit éliminer du myomètre pour retrouver sa place habituelle ; les grands droits, allongés de 15 cm, doivent diminuer et se replacer ; la paroi cutanée abdominale qui avait multiplié le nombre de cellules cutanées pour doubler, voire tripler sa surface, doit maintenant en éliminer. Les systèmes urinaires, digestifs et la peau via la transpiration sont fortement sollicités. Le système cardiovasculaire subit un choc au moment de la rétraction utérine post-délivrance, puisque l'hypervolémie de grossesse résiduelle doit être rapide-

ment redistribuée, avec une priorité pour les seins où l'afflux augmente par quatre. Elle sera ensuite résorbée en quelques semaines. La statique doit se réajuster, mais l'hyperlaxité ligamentaire persiste durant quelques mois. »

Bref, vous l'avez compris, composer avec ce corps en transition, et un tout petit parfaitement immature, demande une énergie considérable. D'autant plus que pendant de nombreuses années, la difficulté de cette période était tue, plutôt honteuse... « J'ai un bébé, je dois être la plus heureuse, je ne dois pas me plaindre... ». Il a fallu le post #MonPost-Partum pour briser le tabou, en février 2020 (il était temps !). Très vite, sur les réseaux sociaux, de nombreuses femmes se sont emparées du hashtag et témoignent des difficultés qui surviennent pendant et après l'accouchement.

Les sages-femmes libérales occupent une place de premier choix dans cet accompagnement : parce que nous connaissons la patiente avant l'accouchement (en tout cas c'est ce que l'on espère toujours), nous faisons le lien entre cet avant et cet après. Et comme le disait Chantal Birman lors du débat qui suivait l'avant-première de son film « A la vie » : la femme, après avoir accouché, elle veut rentrer « chez elle », mais « chez elle » peut avoir un autre sens : elle veut « rentrer dans son jean », retrouver ce qu'elle était avant... et là c'est (souvent) la désillusion. Il faut reconstruire avec ce qui est là, et ce n'est pas exactement comme avant...

Mais une des difficultés réside dans l'absence de mot pour désigner cette période, puisque pour rappel, le post-partum désigne la période de l'accouchement jusqu'au retour de couches, et que ce phénomène de dégestion s'étend au-delà (le quatrième trimestre, quoi). Ces processus restent méconnus dans notre culture, et Ingrid Bayot, en parlant de « dégestion », permet de nommer cette période : « Car sans mot, nous ne pouvons ni parler, ni penser. Les faits sont vécus,

ressentis, subis parfois. Mais lorsqu'ils sont non mis en langage (donc non pensables et non partageables avec autrui) cela revient, dans une espèce sociale et langagière comme la nôtre, à un déni, une sorte d'angle mort. » Les nouvelles mères n'ont pas de mots pour le dire, le décrire. Restent les maux... fatigue attribuée à tort à une faiblesse constitutive, aux nuits entrecoupées, à l'allaitement.

Un proverbe africain dit : « il faut tout un village pour élever un enfant ». Dans cette période si particulière et où la nouvelle mère peut se sentir si fragile, le maillage des soignants, du co-parent, des proches et de la famille (on précisera l'intérêt de vraies personnes-ressources à notre patiente !) est d'une grande importance. Lorsque sur une visite à domicile, une patiente me dit : « Vous êtes la première à me demander à moi comment je vais ! » Ça m'a prêté à sourire et à tourner en dérision cette remarque, mais au fond, je réalise bien à quel point elle avait besoin de cette attention. Une autre : « Quand je pleurais, ça mettait tout le monde mal à l'aise, alors je séchais mes larmes quand quelqu'un arrivait ». Mais nous, sages-femmes libérales, sommes aux premières loges pour accueillir tout ça, que ce soit lors de visites à domicile, la visite post natale ou même les séances de rééducation périnéale (je crois que pas une sage-femme libérale n'ignore que ces séances sont aussi [et surtout ?] des séances d'accompagnement post natales !).

Alors j'espère que nous pouvons espérer beaucoup des négociations de l'avenant 5 entre la CNAM et les syndicats, ce qui nous permettrait de faire un entretien post natal digne de ce nom, et des séances collectives post natales pour libérer la parole. Si les 1000 jours ont su mettre en avant tout l'intérêt de prendre soin de cette étape, nous souhaitons que cela se matérialise en actes concrets pour les femmes et leurs familles.

— B. E.



LA PLACE DES PÈRES

Les (futurs) pères et les processus décisionnels en périnatalité

L'intégration des hommes en maternité, « ni patients, ni visiteurs », est aujourd'hui à la fois une évidence et une gageure pour les professionnel·le·s de la périnatalité. Dans cet article, Ornella Rouveïrolles, sage-femme et assistante à la Haute école de santé de Genève, propose des pistes de réflexion issues des résultats de l'enquête menée dans le cadre de son travail de Master en Sciences de la Santé, consacrée à la place des pères dans les processus décisionnels en périnatalité.

La place du père¹ en salle de naissance a beaucoup évolué depuis le siècle passé. Totalement absents, voire interdits de présence jusqu'en dans les années 1970, les pères sont aujourd'hui, notamment dans les pays occidentaux, encouragés à participer aux consultations prénatales, à la préparation à la naissance, ainsi qu'à l'accouchement (Dallay & Reveyaz, 2017). Intégrer les pères aux soins périnataux est une des priorités de l'Organisation mondiale de la Santé à l'échelle planétaire depuis 2015 (World Health Organization [WHO], 2015). En effet intégrer les pères améliore le bien-être de la famille, enrichit la pratique des soins à domicile, facilite les changements de plans en cas de survenue de complications, diminue les risques de violences domestiques et diminue le risque de malnutrition chez la femme (WHO, 2015; Tokhi *et al.*, 2018). Dans les pays occidentaux, l'homme est très souvent la personne qui accompagne la femme tout au long du travail et de l'accouchement (Bohren *et al.*, 2019). C'est un rôle central puisque c'est un soutien continu et bienveillant d'une personne choisie par la femme. Lui sont associées : une diminution de la durée du travail, une diminution des naissances par césarienne ou instrumentées, un recours moins fréquent à toute analgésie, une diminution des scores d'Appgar bas de cinq minutes et une meilleure expérience des femmes de leur accouchement (Bohren *et al.*, 2019; Downe *et al.*, 2018; WHO, 2015). Ainsi les hommes sont décrits dans la littérature comme le soutien social privilégié de la mère en période périnatale. Comment les hommes expérimentent-ils alors ce rôle ?

Vécus et santé mentale des hommes en périnatalité

La plupart des pères souhaitent s'investir auprès de leur partenaire pendant la grossesse et l'accouchement bien que cela soit un défi notamment lors de la naissance du

premier enfant (Johansson *et al.*, 2015; Xue *et al.*, 2018). Il existe une sorte de pression sociale à « être à la hauteur », à réagir de façon adaptée à la douleur de sa partenaire lors des contractions d'accouchement (Johansson *et al.*, 2015). L'accouchement est aussi une étape de transition pour l'homme vers sa nouvelle identité de père (Baldwin *et al.*, 2018). Pour les hommes, l'expérience du travail de l'accouchement est alors associée à des sentiments mitigés entre grande joie et grande peur (Baldwin *et al.*, 2018; Poh *et al.*, 2014; Steen *et al.*, 2012). Que ce soit lors de la grossesse ou de l'accouchement, les hommes éprouvent des difficultés à trouver leur place et souhaiteraient davantage de soutien et d'information de la part des équipes soignantes (Poh *et al.*, 2014; Xue *et al.*, 2018). Dans certains cas, certains hommes ont rapporté une réelle exclusion de la part des équipes engendrant peur, frustration et isolement (Steen *et al.*, 2012). Parfois l'accouchement peut se compliquer et des interventions médicales sont pratiquées en urgence; dans ces circonstances le manque d'information et de soutien majeure un vécu négatif voir traumatique de l'accouchement chez le père (Elmir & Schmied, 2016; Vallin *et al.*, 2018). Or une expérience négative de la naissance va influencer le bien-être et la santé mentale du père en post-partum (Hugues *et al.*, 2019). Les pères peuvent ainsi présenter du stress, de l'anxiété (Leach *et al.*, 2016; Philpott *et al.*, 2019) voir une dépression post-partum (Cameron *et al.*, 2016).

La santé mentale des pères : un sujet encore tabou

Selon les études, 4 à 16 % des pères seraient anxieux pendant la grossesse et 2 à 18 % en post-partum (Leach *et al.*, 2016). Une dépression post-natale est retrouvée chez environ 8 % d'entre eux (Cameron *et al.*, 2016). La santé mentale des pères est un sujet encore tabou. La dépression post-natale paternelle est probablement sous diagnostiquée et sous-traitée (Musser *et al.*, 2013). C'est pourtant un enjeu de santé périnatale important puisqu'en plus d'impacter l'état de santé du père, la dépression post-natale paternelle peut influencer négativement la santé des autres membres de la famille. La dépression paternelle est associée à un risque augmenté de dépression postnatale maternelle, à une altération des relations conjugales avec un risque de rupture des couples, une diminution de la qualité de la parentalité et du lien au nourrisson ainsi qu'un risque augmenté de troubles psychopathologiques au cours du développement de l'enfant (Cameron *et al.*, 2016; Musser *et al.*, 2013).

Intégrer les pères aux processus décisionnels : initiatives romandes

Ce constat a abouti à un intérêt croissant et l'émergence de plusieurs initiatives à visée des pères par les institutions de santé. En Suisse romande plusieurs maternités et maisons de naissance proposent aujourd'hui des rencontres destinées exclusivement aux futurs pères animés par des professionnels hommes dans le but de créer un espace de parole pour les hommes (Hôpitaux universitaires de Genève [HUG], 2019; Maison de Naissance la Roseraie, 2020). Le projet de recherche « la naissance d'un père » mené par la Haute École de Santé Vaud (HESAV) en collaboration avec Mencare a abouti à la création de ressources vidéo retraçant la diversité des réalités et les besoins spécifiquement masculins disponibles en ligne. Ces témoignages sont ponctués de recommandations à destination des professionnel·le·s dans l'objectif de favoriser une plus grande reconnaissance du rôle des pères, une amélioration de leur préparation à la paternité ainsi que la promotion du bien-être et de la santé des jeunes familles (HESAV, sd). Deux de ces recommandations encouragent des prises de décision égalitaires au sein du couple concernant la santé de la mère ainsi que celle de l'enfant (Family Included, 2016; Gallagher & Wise, 2012; WHO, 2015). Quelle est donc la place des pères dans les processus décisionnels réalisés au cours de la grossesse ?

Peu de données disponibles

Malgré un intérêt croissant pour le rôle des pères au cours de la grossesse, il existe peu de données sur leur rôle dans le processus décisionnel (Longworth, 2015). D'après une revue systématique de 2019 (Cheng *et al.*, 2019), les hommes souhaitent globalement être actifs dans les processus décisionnels de la période périnatale. Il semblerait cependant qu'ils prennent davantage un rôle actif lorsque la situation obstétricale est pathologique et que le choix implique des conséquences sévères. Ces résultats sont congruents avec une étude qualitative récente menée dans le cadre du master en Sciences de la Santé sur Genève. Sept entretiens semi-dirigés ont ainsi été conduits auprès de futurs pères via l'application Zoom de juin à août 2020. La provocation du travail chez leur compagne était programmée le jour même ou le lendemain au sein de la maternité des HUG. Bien que l'objet de cette étude portait sur l'expérience des hommes dans le processus décisionnel aboutissant à la provocation du travail d'accouchement chez leur partenaire, d'autres types de choix ont été évoqués au cours de ces entretiens.

Rôle actif et situation obstétricale pathologique

Dans cette étude, en dehors de la provocation de l'accouchement, les hommes évoquent pour la plupart qu'il n'y a pas eu d'autres décisions à prendre puisque la grossesse s'est déroulée de manière « standard » ou « normale ». D'un point de vue médical, les examens cliniques, biologiques ou échographiques n'apparaissent pas ici comme des choix tant qu'ils s'inscrivent dans le suivi habituel. Le choix du lieu de

naissance ou encore des professionnel·le·s impliqué·e·s dans le suivi de grossesse ne sont pas évoqués spontanément par les hommes. Ces résultats convergent avec le constat de Cheng *et al.* (2019) : lorsque la grossesse est physiologique, l'homme se positionne davantage comme un soutien à sa partenaire. Seul le test de dépistage des anomalies chromosomiques du premier trimestre est évoqué par certains comme un examen non systématique qui nécessite une prise de position du couple. Cet examen est par ailleurs celui le plus décrit dans la littérature sur les prises de décision paternelles (Cheng *et al.*, 2019).

Dans la vie quotidienne : le rôle de protecteur de l'enfant

Au-delà du suivi médical, les décisions actées en cours de grossesse par les futurs pères varient selon les récits. En dehors de l'accouchement provoqué, tous les exemples de prises de décision évoquées par les hommes ont en commun d'être centrés sur la notion de risque perçu pour l'enfant. Qu'il s'agisse d'une poussette sans produits toxiques, d'un prénom positif pour l'enfant ou de l'annulation d'un voyage pour éviter une contamination COVID-19, ces choix ont également en commun de concerner non plus la grossesse, mais l'enfant déjà né. En tant que futurs pères, les hommes semblent prendre une part active aux choix qu'ils considèrent comme décisifs pour le bien-être physique, psychique ou social de leur enfant. Ainsi, qu'il s'agisse de choix domestiques, intimes ou médicaux, l'homme adopte là un rôle de protecteur.

L'implication de l'homme dans le choix en périnatalité semble donc être bien liée à l'importance des répercussions perçues sur la santé de son enfant.

La place des hommes dans les soins

Interroger la place des hommes dans nos maternités, c'est interroger le concept de proximité physique, symbolique, mais aussi intellectuelle et culturelle entre le futur père, les soignant·e·s et l'institution. Quelle proximité autorise-t-on aux hommes et/ou quelle proximité s'autorisent les hommes lors de la grossesse de leur partenaire ? Quelle proximité souhaitent-ils avoir ? Quelle proximité les soignants adoptent-ils envers eux ? Quelle proximité les appellations « maternité » ou « département femmes-mères-enfants » autorisent-elles aux pères et futurs pères ? Comment permettre un accompagnement aux hommes alors que ces prestations ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie ? Une plus grande proximité pour les hommes passe-t-elle par une plus grande mixité de genre dans les équipes soignantes ?

Soins centrés sur la femme et intégration des pères : résoudre le dilemme ?

Toutes ces interrogations résonnent également avec la question de l'identité de profession de sage-femme. Dans une continuité des mouvements féministes des années 1960/70 et des modèles de soins centrés sur la femme (Leap, 2009; Morgan, 2015), l'International Conference of Midwives, a

notamment basé la philosophie sage-femme sur la promotion et la protection de la santé et droits de la mère et de l'enfant (ICM, 2014). Dans ces modèles, le rôle de la sage-femme auprès des droits et de la santé du père ne sont pas explicités. Sans pour autant adopter une vision masculiniste et nier les problématiques de violences faites aux femmes, il semble aujourd'hui nécessaire de s'interroger sur la place faite aux pères dans nos philosophies et politiques de soins. Car inclure le père en amont de la naissance de son enfant pourrait peut-être légitimer son expérience et ainsi influencer positivement la construction de son rôle ainsi que la genèse des liens père-enfant. Inclure d'emblée le père aux processus de décisions, permettrait peut-être de ne pas reproduire les représentations selon lesquelles, in fine, grossesse et accouchement demeurent une affaire de femmes.

Un parti pris comme celui-ci, ne favoriserait-il pas, voire ne déterminerait-il pas en partie le fait que les pères soient, en post-partum, plus enclins à s'approprier les activités liées aux soins et à la santé de l'enfant, activités le plus souvent assignées à la mère? À ce titre, intégrer les hommes dans les processus décisionnels périnataux pourrait s'inscrire dans la politique actuelle de prévention primaire liée aux 1 000 premiers jours de vie de l'enfant (Ministère des solidarités et de la santé, 2020).

Réédition d'un article initialement paru dans le numéro 9/2021 de la revue spécialisée *Obstetrica*, éditée par la Fédération suisse des sages-femmes.

— Ornella Rouveiolles

À propos de l'auteure

Chargée d'enseignement à la Haute école de santé à Genève, exerce comme sage-femme libérale à Combloux (France) et comme sage-femme vacataire auprès des femmes détenues dans un service de médecine pénitentiaire. Titulaire du Master en Sciences de la Santé UNIL – HES-SO obtenu en 2021.

Références

- Ayaz, R., Hocaoglu, M., Günay, T., Yardımcı, O. D., Turgut, A. & Karateke, A. (2020) Anxiety and depression symptoms in the same pregnant women before and during the COVID-19 pandemic. *Journal of perinatal medicine*. Advance online publication. [ansfl.org/lpdp1](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449)
- Baldwin, S., Malone, M., Sandall, J. & Bick, D. (2018) Mental health and wellbeing during the transition to fatherhood: A systematic review of first-time fathers' experiences. *Jbi Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*; 16(11), 2118-2191. [ansfl.org/126/lpdp2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449)
- Bohren M.A., Berger B. O., Munthe-Kaas H. & Tunçalp, Ö. (2019) Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 3. Art. N° : CD012449. [10.1002/14651858.CD012449.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2)
- Cameron, E. E., Sedov, I. D. & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016) Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*; 206, 189-203. [ansfl.org/126/lpdp3](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.033)
- Cheng, E. R., McGough, H. & Tucker Edmonds, B. (2019) Paternal Preferences, Perspectives, and Involvement in Perinatal Decision Making. *Obstetrical & Gynecological Survey*; 74(3), 170-177. [ansfl.org/126/lpdp4](https://doi.org/10.1016/j.obstet.2019.03.004)
- Dallay, D. & Reveyaz, F. (2017) La place du père en salle de naissance. Dans : Glangeaud-Freudenthal, N. M. C. & Gressier, F. (dir.), *Accueillir les pères en périnatalité*. Cahier Marcé; n° 7 (pp. 69-74). Toulouse : ERES. doi:10.3917/eres.glang.2017.01.0069.
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M. & Gülmezoglu, A. M. (2018) What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLOS ONE*; 13(4), e0194906. [ansfl.org/126/lpdp5](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906)
- Elmir, R. & Schmied, V. (2016). A meta-ethnographic synthesis of fathers' experiences of complicated births that are potentially traumatic. *Midwifery*; 32, 66-74. [ansfl.org/126/lpdp6](https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.004)
- Family Included Charter (2016). *Family Included*. [ansfl.org/126/lpdp7](https://www.familyincluded.org/)
- Gallagher, H. & Wise, S. (2012) Fathers at birth and beyond. *Midwives magazine*; The Royal College of Midwives, Issue 4: 48-49. [ansfl.org/126/lpdp8](https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.004)
- Hughes, C., Foley, S., Devine, R. T., Ribner, A., Kyriakou, L., Boddington, L., ... New FAMS team Contributors (2019) Worrying in the wings? Negative emotional birth memories in mothers and fathers show similar associations with perinatal mood disturbance and delivery mode. *Archives of Women's Mental Health*. [ansfl.org/126/lpdp9](https://doi.org/10.1007/s00130-019-0043-3)
- Johansson, M., Fenwick, J. & Premberg, A. (2015) A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery*; 31(1), 9-18. [ansfl.org/126/lpdp10](https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.004)
- Johansson, M., Hildingsson, I. & Fenwick, J. (2014) «As long as they are safe -Birth mode does not matter» Swedish fathers' experiences of decision-making around caesarean section. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*; 27(3), 208-213. [ansfl.org/126/lpdp11](https://doi.org/10.1016/j.womb.2014.06.004)
- Karavadra, B., Stockl, A., Prosser-Snelling, E., Simpson, P. & Morris, E. (2020) Women's perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: a qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom. *BMC pregnancy and childbirth*; 20(1), 600. [ansfl.org/126/lpdp12](https://doi.org/10.1186/s12916-020-01620-0)
- Longworth, M. K., Furber, C. & Kirk, S. (2015) A narrative review of fathers' involvement during labour and birth and their influence on decision making. *Midwifery*; 31(9), 844-857. doi:10.1016/j.midw.2015.06.004
- Philpott, L. F., Savage, E., FitzGerald, S. & Leahy-Warren, P. (2019) Anxiety in fathers in the perinatal period : A systematic review. *Midwifery*; 76, 54-101.
- Poh, H. L., Koh, S. S. L. & He, H.-G. (2014). An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth. *International Nursing Review*; 61(4), 543-554. [ansfl.org/126/lpdp13](https://doi.org/10.1111/inr.12133)
- Tokhi, M., Comrie-Thomson, L., Davis, J., Portela, A., Chersich, M. & Luchters, S. (2018) Involving men to improve maternal and newborn health: A systematic review of the effectiveness of interventions. *PLOS ONE*; 13(1), e0191620. [ansfl.org/126/lpdp14](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191620)
- Vasilevski, V., Sweet, L., Bradfield, Z., Wilson, A. N., Hauck, Y., Kuliukas, L., Homer, C., Szabo, R. A. & Wynter, K. (2021) Receiving maternity care during the COVID-19 pandemic: Experiences of women's partners and support persons. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*; S1871-5192(21)00078-0. Advance online publication. [ansfl.org/126/lpdp15](https://doi.org/10.1016/j.womb.2021.05.004)
- World Health Organization (2015) WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. [ansfl.org/126/lpdp16](https://www.who.int/publications/m/item/who-recommendations-on-health-promotion-interventions-for-maternal-and-newborn-health)
- Xue, W. L., Shorey, S., Wang, W. & He, H.-G. (2018) Fathers' involvement during pregnancy and childbirth: An integrative literature review. *Midwifery*; 62, 135-145. [ansfl.org/126/lpdp17](https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.004)

¹ Le terme père se réfère ici au parent de genre masculin d'un point de vue social et/ou juridique et non pas d'un point de vue génétique ou biologique.



MON CORPS NOUS APPARTIENT

Allaitement et féminisme sont-ils compatibles ? C'est à cette question que la revue *Nouvelles Questions Féministes* consacre son dernier numéro.

Penser l'allaitement en féministes matérialistes

L'allaitement, comme la production d'enfants, reste un travail non reconnu, non rémunéré qui, cela va sans dire, se conjugue avec la diversité des situations vécues par les femmes – en couple ou non, en situation d'emploi précaire ou non, issues de milieux (dé)favorisés, face à des environnements et des structures qui les soutiennent plus ou moins. L'expérience d'allaiter révèle ainsi d'énormes disparités au sein du groupe des femmes entre celles qui, par exemple, ont les moyens de faire respecter leur droit à allaiter sur leur propre lieu de travail et celles qui, en emploi précaire et interchangeable, n'osent même pas imaginer pouvoir combiner les deux.

Les nombreux obstacles font que l'allaitement devient potentiellement aliénant et discriminant pour les femmes qui le pratiquent. Cela ne signifie pas qu'il soit forcément vécu comme tel. Les mères qui en tirent de la satisfaction expliquent qu'il leur procure une certaine autonomie, qu'il renforce leur estime de soi et une confiance en leurs corps (Säilävaara, 2020); elles semblent ainsi s'approprier à leur profit cette expérience concrète. Ce vécu mérite d'être pris au sérieux, autant d'ailleurs que celui des mères qui refusent d'accomplir ce travail. L'enjeu, dans cette écoute des subjectivités, est de leur donner la possibilité d'en faire sens dans leurs systèmes de valeurs, de rester cohérentes dans leurs positions de femmes, mères, travailleuses et actrices de leur propre corps sans qu'aucun de ces rôles ne prenne subrepticement le pas sur les autres, encore moins sans leur consentement. Un point de vue féministe sur l'allaitement consiste donc à l'appréhender à travers la perspective des mères, comme un choix qui leur revient, et pas seulement par le prisme des besoins du bébé, des impératifs de santé publique ou des employeur·e·s. Tant que l'allaitement constitue une injonction mal déguisée, les femmes ne seront pas des sujets libres de disposer de leur corps. Il en découle la nécessité absolue de créer les conditions qui rendent possible un allaitement « d'un point de vue féministe » ? En féministes.

Cela dit, il ne suffit pas de défendre la liberté de choix des femmes pour résoudre le problème, puisque cela reviendrait à oblitérer la dimension politique de la question et une fois de plus à attribuer la responsabilité aux seules femmes et à les laisser se débrouiller avec les conséquences qui en découlent. Outre le fait de nier les déterminants socio-économiques des choix, cette position se prive de la compréhension des divers arguments que les femmes énoncent en faveur de l'allaitement, en termes d'émancipation ou de plaisir par exemple, mais aussi en sa défaveur. Arrêtons-nous sur ce dernier point, délicat : l'abandon de l'allaitement au sein pour l'usage partagé du biberon entre parents, au nom du principe d'égalité parentale. Si de prime abord, l'argument de nourrir l'enfant également peut sembler représenter un point de vue féministe, s'il peut également rassurer l'autre parent quant à son accès à l'enfant et, par là même, dans le couple hétérosexuel, vouloir affaiblir l'antagonisme de sexe, le fait de partager le biberon à égalité ne garantit, ni ne traduit en aucune façon l'égalité réelle dans la répartition du travail parental. C'est ce que semble pourtant suggérer cette position, du moins sa face la plus visible. Or celle-ci a une autre face moins glorieuse, elle induit l'idée que la

spécificité des femmes dans la production physique de l'enfant devrait, au nom de l'égalité et de la dénaturalisation, se réduire au minimum. Ne pas allaiter serait-il *per se* un acte féministe, un acte émancipateur ? Le penser serait une illusion et reviendrait, en plus, à trop rapidement oublier que ce renoncement coûte cher aux femmes en termes de justifications et de conflits potentiels, mais aussi en termes d'autonomie et de contrôle. Pourquoi, alors, ne pas penser l'allaitement dans une vision plus collective où il serait reconnu comme un véritable travail, dynamique, qui favoriserait un déplacement de la division sexuelle « entres les sexes » du travail ? Il existe clairement une résistance à la collectivisation du nourrissage des enfants sans doute parce que celle-ci subvertit les frontières de la famille nucléaire et va à l'encontre de la construction d'un lien exclusif entre la mère et l'enfant, à l'origine de l'accaparement des femmes à travers l'allaitement et le maternage. Car c'est bien au nom de l'établissement de ce lien intime que les mères sont sommées de consacrer leur temps, leur énergie et leur corps aux nourrissons d'abord, puis aux enfants. Cette relation spéciale, dont l'allaitement serait un des vecteurs, légitime l'éloignement du monde de l'emploi et accentue la division sexuelle « entres les sexes » du travail. Or, il nous semble que c'est moins l'allaitement lui-même que les conditions dans lesquelles il est pratiqué qui reproduisent les inégalités entre les sexes. En effet, l'allaitement est le plus souvent évoqué dans sa dimension individuelle, alors qu'imaginer des solutions plus collectives subvertirait l'enfermement qu'il suscite non seulement dans le duo mère-enfant, mais aussi pour chaque (future) mère confrontée à un concert d'injonctions contradictoires s'agissant de la maternité.

S'intéresser à l'allaitement, c'est prendre encore une fois la mesure du chemin qu'il reste à parcourir. Lutter afin que chacune puisse faire comme elle l'entend dans les meilleures conditions possibles : faire reconnaître et valoriser le travail d'allaitement, imaginer des compensations, transformer les discours normatifs, s'opposer aux injonctions paradoxales à l'égard des femmes et soutenir tout autant le refus d'allaiter. Pour que nulle part la question de l'allaitement ne soit synonyme de l'arraisonnement des femmes.

L'allaitement — à la fois comme espace d'expérimentations, de luttes et objet d'étude — permet donc de rendre compte des inégalités de genre qui persistent à travers le temps. Conjuguant des approches issues de diverses disciplines, les articles du *Grand angle* offrent différents regards sur ces inégalités ainsi que sur le vécu des femmes allaitantes.

— Isabelle Zinn, Alix Heiniger, Marianne Modak et Clothilde Palazzo-Crettol (2021)
« Mon corps nous appartient », *Nouvelles Questions Féministes*, 40(1), 8-17 : ansfl.org/126/nqf

Références

- Cairns, Kate, Josée Johnston et Norah MacKendrick (2013). « Feeding the "organic child" : Mothering through ethical consumption ». *Journal of Consumer Culture*, 13 (2), 97-118.
- Dratva, Julia, Karin Gross, Anna Späth et Zemp Stutz (2014). *Étude nationale sur l'alimentation des nourrissons et la santé infantile durant la première année de vie*. Bâle : Swiss TPH.
- Friedman, May (2009). « For whom is breast best? Thoughts on breastfeeding, feminism and ambivalence ». *Journal of the Association for Research on Mothering*, 11 (1), 26-35.
- Huet, Frédéric, Pascal Maigret, Isabelle Elias-Billon et François André A. Allaert (2016). « Identification des déterminants cliniques, sociologiques et économiques de la durée de l'allaitement maternel exclusif ». *Journal de Pédiatrie et Puériculture*, 29 (4), 177-187.
- Lee, Ellie, Jennie Bristow, Charlotte Faircloth et Jan Macvarish (éds) (2014). *Parenting culture studies*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Marissal, Claudine (2014). *Protéger le jeune enfant. Enjeux sociaux, politiques et sexués (Belgique, 1890-1940)*. Bruxelles : Éditions de l'Université de Bruxelles.
- Collectif de Boston pour la santé des femmes (1971). *Our bodies, ourselves : A book by and for women*.
- Boston : Boston Women's Health Book Collective. Adaptation française (1977, Paris : Albin Michel) : *Notre corps, nous-mêmes*.
- Säilävaara, Jenny (2020). « Long-term breastfeeding: The embodied experiences of Finnish mothers ». *NORA : Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 28 (1), 43-55.
- Vallaud-Belkacem, Najat et Sandra Laugier (2020). *La société des vulnérables. Leçons féministes d'une crise*. Paris : Gallimard, coll. « Tracts » (N° 19).
- Wolf, Jacqueline H. (2016). « What feminists can do for breastfeeding and what breastfeeding can do for feminists ». *Signs : Journal of Women in Culture and Society*, 31 (2), 397-424.
- Young, Christina (2020). « Theorizing "deviant" embodiment and the act of breastfeeding ». *Journal of Gender Studies*, 29 (6), 685-693.
- Young, Iris Marion (2005). *On female body experience : "Throwing like a girl" and other essays*. Oxford : Oxford University Press.
- Zinn, Isabelle, Michela Canevascini et Brenda Spencer (à paraître). « Fathers and breastfeeding: Between support and exclusion ». In *TransforMen* (éds), *Zeitdiagnose Männlichkeiten Schweiz*. Zurich : Seismo.

Femmes ici et ailleurs

Tout ce que sont et font les femmes dans un seul **MAGAZINE**



Média indépendant
100% rôles-modèles
0% publicité

- L'actualité des femmes, ici et ailleurs
- Des grands reportages en France et dans le monde
- Des interviews, des portraits... de personnalités connues ou inconnues
- Des rubriques **santé, droit, culture...**



Tous les 2 mois
Une dose
**d'information
inspirante**

à partir de
5€ / mois

Rendez-vous sur
www.femmesicietailleurs.com



L'ANSFL dans
chaque numéro
de *Femmes ici
et ailleurs*

Retrouvez tous les deux mois, la rubrique *Bien dans sa peau* consacrée à la santé des femmes et réalisée en partenariat avec l'ANSFL.

Et rejoignez le
**Club Femmes
ici et ailleurs :**

- Le réseau exclusif de diffusion du magazine
- 6500 personnes de tous horizons
- Des rencontres-conférences ou ateliers de développement personnel ou professionnel en ligne toutes les semaines
- Des événements en présentiel partout en France



rencontres@editions-8mars.com
Tél. 04 81 65 63 85
www.femmesicietailleurs.com

Femmes ici et ailleurs
Le Club



L'ORGANISATION TERRITORIALE ET SON IMPACT SUR L'EXERCICE LIBÉRAL

Depuis quelques années, l'organisation territoriale des soins subit des transformations et va encore évoluer. Ce sont particulièrement les sages-femmes libérales qui sont et vont être impactées : l'exercice coordonné, mais aussi l'engagement maternité ou la réforme des centres périnataux de proximité, dont les contours sont encore flous, vont potentiellement faire bouger les lignes.

Pour en parler, Eliette Bruneau, présidente de l'Association nationale des sages-femmes libérales a été invitée à répondre aux questions du Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. C'était en mai 2021, en vue d'être présenté aux Assises Nationales des sages-femmes. Depuis, la tournure des événements a changé un peu la donne. Il nous a cependant semblé important de communiquer à nos adhérents la réflexion menée par l'ANSFL à ce moment-là, sachant que tous ces sujets constitueront l'actualité de demain et nous serons tou-te-s concerné-e-s par les transformations à venir.

CNO : Selon vous, est-ce que ces transformations structurelles en cours et à venir sont un sujet de préoccupation pour l'ANSFL et, plus largement, pour les sages-femmes libérales ?

EB : L'ANSFL suit effectivement chaque sujet de près, qu'il s'agisse :

- de l'**actualité** (Loi Rist, Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale);
- de **projets en cours** (engagement maternité, réforme des centres périnataux de proximité [CPP]) : ces projets *effectivement encore flous pour nous*, le sont d'autant plus qu'ils semblent avoir été étayés sans vraiment prendre l'avis des SF. Ces transformations structurelles devraient – doivent ! – être réfléchies avec tous les acteurs de terrain (en particulier les sages-femmes !) afin qu'elles soient applicables, efficaces, et améliorent réellement la prise en charge des patientes et des familles;

- mais plus globalement, l'ANSFL s'intéresse à la place **des SF libérales dans le paysage de la périnatalité française, et plus largement autour de tout ce qui concerne la santé génésique des femmes tout au long de leur vie** (avec un rôle majeur de prévention et de promotion de la santé).

Nos compétences augmentent, et nous sommes perpétuellement en train de nous adapter, de prendre toute notre place dans l'organisation des soins. Et cela a été particulièrement vrai lors de l'année qui vient de s'écouler avec la mise en place des téléconsultations notamment, et la volonté importante de faciliter le lien ville-hôpital.

CNO : Quel bilan pouvez-vous tirer de l'année qui vient de s'écouler justement ?

EB : Nous reconnaissons des avancées actuelles positives (depuis plusieurs années, la CCAM [Classification Commune aux Actes Médicaux] par exemple, mais aussi les SFL citées dans les courriers de dépistage du cancer du col et prochainement du cancer du sein, pour les patientes, et dernièrement la loi RIST, en particulier pour les arrêts de travail, mais aussi la prise en charge des IST), et nous savons que nos syndicats professionnels œuvrent activement pour défendre notre profession.

Comme je l'ai dit plus tôt, l'année qui vient de s'écouler a vu apparaître la téléconsultation pour les sages-femmes. Mais 2020, c'est aussi la pérennisation et la généralisation des Maisons de Naissance (MdN) avec la possibilité de créer 12 nouvelles MdN. Cette grande avancée met en avant l'accompagnement global réalisé par les SFL, mais aussi de véritables lieux d'observation et d'apprentissage de la physiologie.

Malgré tout, nous restons vigilantes.

Je pense par exemple au risque « d'uberisation de la santé » avec l'apparition de plateformes de mise en relation « dans l'urgence » avec un professionnel de santé. Ce procédé révèle un double problème :

- la méconnaissance des SFL par les patientes qui ne nous ont pas contactées en anténatal ;
- la probable précarité de certaines SFL qui n'ont pas d'autre choix que d'accepter ce type d'outil pour (sur)vivre.

Ceci va à l'encontre du suivi sur le long terme que peut proposer une sage-femme libérale dans sa pratique courante.

Et puis un autre sujet qui nous tient à cœur : l'Accouchement à Domicile (AAD), pratique soutenue par l'ANSFL depuis la création de l'association. Nous nous réjouissons de voir se réaliser un groupe de travail avec la Fédération Française des Réseaux de Santé Périnatale (ce groupe de travail national a pour objectif de mettre en place une démarche de

gestion des risques autour de l'AAD avec les professionnels de santé, instances administratives, sociétés savantes et usagers. Il s'agit de prendre cette pratique en considération pour assurer au mieux la qualité et la sécurité des soins de la mère et de l'enfant), par une réelle intégration de l'AAD à l'organisation des soins (maternités, SAMU), mais aussi de la création d'un guide de bonnes pratiques, avec l'APAAD, le CDAAD, le CIANE, le CNSF, l'ONSSF et l'UNSSF.

CNO : Pour autant, l'ANSFL reste vigilante sur le vécu des sages-femmes :

EB : Effectivement, notre vigilance reste entière sur le vécu « de terrain » des SFL :

- une enquête menée par l'ANSFL en 2018 a mis en lumière les difficultés de nombre de nos consœurs dans leurs pratiques, les contraintes de cette activité, et les faibles revenus qu'elle génère (rappelons que les SF sont parmi les professionnels les moins bien payés des professions de santé libérales) ;
- le CNSF, dans son rapport sur l'évaluation de la santé au travail des SF en France (2020) recense 30 % des SFL comme victimes de burn-out.

La démographie des SFL ne cesse d'augmenter, et il convient que cette augmentation du nombre de SFL soit accompagnée par une meilleure connaissance de nos missions par la population en général, mais aussi par des décisions gouvernementales à la hauteur du potentiel que nous représentons sur le terrain.

CNO : Justement, quelques données démographiques sur les sages-femmes installées en libéral

Anne-Marie CURAT : Aujourd'hui, selon la Drees il y a 23 397 sages-femmes en exercice en France, dont 5 488 libérales exclusives et 2 466 sages-femmes qui ont un exercice mixte.

Le secteur libéral connaît un dynamisme prononcé, suivant en cela le virage ambulatoire. Entre 2000 et 2010, le nombre de sages-femmes libérales a crû de 6,7 % par an en moyenne. En 2011, 3 412 sages-femmes exerçaient en libéral ou en exercice mixte. En 2021, elles sont plus du double : 7 954. Cette progression n'est pas seulement absolue, elle est aussi relative : en 2021, 34 % des sages-femmes exercent en libéral de manière exclusive ou mixte, contre 18 % en 2011.

CNO : EB, estimez-vous que l'exercice des sages-femmes libérales a évolué ?

EB : L'exercice des SF libérales a énormément évolué ces dernières années, principalement avec l'ouverture au suivi gynécologique et à la contraception auprès des femmes en bonne santé, mais aussi la possibilité de prescrire des IVG médicamenteuses. Ces nouveaux champs de compétences

ont été un tournant important puisque la SF s'est mise à intervenir « hors du champ de la grossesse » et par là même se positionner auprès des femmes pendant toute leur vie.

Le suivi en ville dans sa globalité évolue énormément ces dernières années (pour les SF, comme pour de nombreux autres professionnels de santé). On assiste à une véritable redistribution des soins de l'hôpital vers la ville.

On sait aussi que les effectifs de médecins généralistes et de gynécologues sont en baisse. Le recours aux SFL est une des façons de pallier cette baisse.

Mais cela nécessite une réflexion autour de l'organisation des soins. Car si la transition se fait très bien dans certains territoires, elle est plus laborieuse dans d'autres. Redéfinir clairement que les suivis physiologiques obstétricaux ou gynécologiques devraient être prioritairement assurés par les SF est la base. Et cela pourrait même être mis en avant comme on a pu à une époque initier le parcours via le médecin traitant référent.

Enfin, j'ajouterai que l'augmentation du nombre de SFL est une chose, mais qu'il serait essentiel que le nombre de SF augmente surtout en structure, où on sait combien nos consœurs sont dans des situations difficiles (cf. décrets de périnatalité). Car ce manque de personnel retentit de toute évidence sur le vécu des femmes et des couples, et impacte également notre activité en ville. Les SF libérales se retrouvent souvent à être la variable d'ajustement du débordement hospitalier.

CNO : Question sur l'exercice coordonné : selon vous, l'exercice coordonné – que ce soit en MSP ou en CPTS – est-il intéressant pour les sages-femmes ? Les libérales le plébiscitent-elles ?

EB : Des organisations en MSP (Maisons de Santé pluriprofessionnelles) ou en CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) offrent la possibilité d'un travail d'équipe pluri professionnel, et leur attractivité pour des professionnels qui n'étaient pas tentés par une installation solitaire semble répondre partiellement à l'objectif de diminuer le nombre de déserts médicaux.

C'est aussi l'opportunité de mieux connaître les autres professions de santé, avec les compétences de chacun. S'entourer de tous les acteurs de la prévention en périnatalité est un enjeu important pour améliorer la prise en charge des patientes. La transversalité est essentielle, car elle permet de mieux travailler ensemble, tout en mettant en avant notre pratique de SFL.

Malgré tout, il apparaît que les SFL ne trouvent pas toujours de manière évidente leur place au sein des CPTS, dont l'action principale est de mettre en place des protocoles de

coopération. Effectivement la « pratique SF » s'exerce plus souvent « en relais » qu'en parallèle des autres professionnels de santé.

Mais lors de notre dernière AG, nous avons senti un réel engouement pour l'exercice coordonné, pour les CPTS notamment. Là aussi, on sent que les sages-femmes libérales vont chercher à trouver leur place, et nous, ANSFL, espérons pouvoir observer et apprécier comment le rôle des SF pourra intégrer ces organisations.

Enfin, il est important de signaler que même sans structure existante (MSP, CPTS), il est possible d'avoir un exercice coordonné : créer du lien avec les autres professionnels de santé, les maternités, la PMI, etc., est la réalité de beaucoup de cabinets aujourd'hui.

CNO : Parmi les réformes annoncées, on peut citer l'engagement maternité.

David Meyer : L'engagement maternité annoncé en mars 2019 par Agnès Buzyn a vocation à organiser la prise en charge des parturientes qui résident à longue distance des maternités. L'annonce de cette mesure s'insère dans un contexte de fermeture des petites maternités comme au Blanc ou à Bernay et des problématiques de prises en charge qui en ont découlé.

La distance entre la résidence de la femme et la maternité a été fixée à 45 min dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2020 pour bénéficier de cet engagement. Cette distance est ainsi passée de 30 min à 45 min pour limiter le nombre de bénéficiaires. Mais depuis les travaux ont été interrompus en raison de la crise sanitaire et la DGOS a continué seule son travail d'instruction.

Cet engagement n'a pas vocation à définir une organisation type, il doit développer des outils notamment pour la prise en charge des urgences et des soins non programmés qui répondront aux spécificités de chaque territoire. L'objectif est à terme d'avoir pour tous les territoires concernés une mise en place de l'engagement maternité. Sont notamment envisagés les outils suivants : nuitées en hôtel hospitalier, remboursement de frais de transport, réforme des CPP, développement de la télémédecine...

CNO : Eliette, que pensez-vous des mesures qui ont été annoncées ? Répondent-elles, selon vous, aux besoins des patientes ?

EB : Les expérimentations menées dans d'autres domaines que l'obstétrique (chirurgies lourdes par exemple) ne peuvent se transposer à la maternité, a fortiori lorsqu'une femme a une grossesse normale, notamment en ce qui concerne les nuitées en hôtel hospitalier.

Si on cherche à répondre à ce qu'il faut faire quand les patientes sont loin de leur lieu d'accouchement, je pense effectivement qu'il faut penser proximité. Mais je ne crois pas que ce soit une bonne idée de rapprocher les femmes de leur lieu d'accouchement. Ceci va tout à fait à l'encontre de ce qui a été mis en évidence dans le rapport des 1000 jours, puisque ça aurait pour effet de « détricoter » les liens familiaux indispensables lors de l'arrivée d'un enfant. Concrètement, on a du mal à concevoir comment ce dispositif pourrait se mettre en place.

CNO : Qu'attendez-vous des mesures qui doivent être annoncées dans le cadre de l'engagement maternité ?

EB : Donc « proximité » signifierait : organiser au mieux la prise en charge à proximité des patientes. Il faudrait que l'offre de soin de proximité assurée par des équipes coordonnées permette la prise en charge et assure la sécurité des patientes. Mais là encore, la réflexion reste entière pour organiser des astreintes rémunérées, et des centres d'accueil pour la prise en charge des urgences.

Quoi qu'il en soit, il serait important que les décisions soient prises dans l'intérêt des patientes plus que dans celui de l'hôpital, et en concertation avec les professionnels concernés.

CNO : Au-delà des mesures qui pourraient être annoncées, quelles sont vos propositions pour répondre à la problématique des femmes éloignées des maternités ?

EB : Les SFL pourraient, si elles sont volontaires, et avec une organisation des transports d'urgence (ambulance ou SAMU) assurer cette prise en charge, soit parce qu'une SF exerce à proximité de la patiente et est déjà la SF référente, soit avec une organisation d'astreinte à plusieurs dans la période autour du terme quand aucune SF n'exerce à proximité ou ne souhaite assumer cette fonction — astreintes rémunérées bien sûr.

Les consultations avancées en pluri professionnel, c'est-à-dire rapprocher les professionnels de santé des lieux les plus accessibles par les populations, pourraient également être une piste intéressante.

Des initiatives locales ont vu des SFL intégrer des équipes de pompiers pendant le 1^{er} confinement, afin de répondre aux éventuels accouchements inopinés (en augmentation du fait de la situation sanitaire et de la crainte de se rendre à l'hôpital). Cette pratique pourrait être généralisée, ainsi que l'intégration de SFL dans les SAMU et les SMUR.

CNO : Parallèlement, une réforme des CPP est annoncée

David Meyer : La réforme des CPP avait été envisagée dans le cadre des travaux de l'engagement maternité à l'automne 2019. Mais aucun travail préparatoire n'a été mené jusqu'à

aujourd'hui avec la profession. C'est uniquement en réponse à la colère des sages-femmes que le Ministre des Solidarités et de la Santé a annoncé la réforme et le développement des CPP. Leur nombre pourrait être augmenté : ils seraient ouverts dans le cadre de la mise en place des hôpitaux de proximité et non plus en cas de fermeture des maternités. Leurs missions et leurs moyens seraient également augmentés. Toutefois, ce projet interpelle puisqu'il n'a pas été construit avec les acteurs et est également désormais rattaché à la réforme des décrets de périnatalité.

CNO : EB, que pensez-vous de ces orientations ? Le développement des CPP, selon vous, répond-il à un besoin ?

EB : Les CPP consistent à utiliser les locaux d'une maternité qui a fermé, pour la « recycler » en centre proposant des soins pré et postnataux. Bien sûr, ces lieux compensent plus ou moins le traumatisme des populations concernées par la fermeture des petites maternités. Mais les soins en question sont majoritairement déjà proposés par les SFL existant sur le territoire. Il s'agit donc, d'une certaine façon, d'une mise en concurrence déloyale (pour rappel une SFL a des revenus incertains et fluctuants, des charges à payer).

Il est donc primordial que tout projet de CPP observe avant tout le maillage territorial qui existe déjà.

CNO : On peut aussi citer le SAS (Service d'Accès aux Soins) :

David Meyer : proposé dans le cadre du Pacte pour la refondation des urgences début 2020 et réaffirmé lors du Ségur de la santé, le Service d'accès aux soins (SAS) est un élément clé du nouveau modèle de prise en charge des soins non programmés (vitaux ou non). L'objectif est de répondre à la demande de soins de la population partout et à toute heure en coordonnant les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire pour éviter l'engorgement des urgences et de l'hôpital. Les professionnels de santé libéraux notamment au travers des CPTS pourraient dégager des fenêtres de consultation. Mais pour le moment, les sages-femmes ne sont pas parties prenantes des négociations nationales concernant la généralisation du SAS.

Aujourd'hui, une phase pilote est menée sur 22 territoires dans la perspective d'une généralisation en 2022.

CNO : Est-ce qu'il vous semblerait pertinent que les sages-femmes soient intégrées à ce dispositif ?

EB : Il semble évident que s'il existe des urgences relatives en médecine générale, c'est sûrement la même chose pour la gynécologie et l'obstétrique. Je pense qu'il serait intéressant d'avoir des données chiffrées permettant une analyse plus précise de la situation.

Une telle organisation de soin, à mettre en corrélation avec les CPTS, les MSP, mais aussi d'autres organisations locales maillant le territoire, pourrait être une base de réflexion intéressante. Bien évidemment, si un tel procédé devait se généraliser, les SF devraient non seulement pouvoir rejoindre ce dispositif, mais également participer à la réflexion de sa mise en œuvre.

CNO : Toutes ces évolutions mettent également en lumière la nécessité de travailler sur le lien ville/hôpital : selon vous, quelles solutions au lien ville/hôpital ? Comment ça se matérialise aujourd'hui ? Comment ça peut évoluer ?

EB : Dans un 1^{er} temps : nous sommes en attente des modalités de déclaration d'une sage-femme référente (précisions réglementaires, contenu de ce statut).

Pour de nombreuses sages-femmes libérales, c'est un rôle qu'elles exercent déjà depuis longtemps : assurer la coordination de tous les professionnels intervenant auprès de la patiente, particulièrement pendant la grossesse. Que ce statut existe, c'est une véritable reconnaissance de ce rôle.

Dans certains territoires, où les sages-femmes restent parfois peu connues, cela aiderait à mettre en évidence et à faire connaître leur rôle auprès des autres professionnels de santé.

Mais une SF référente, on pourra imaginer aussi que ce sera un interlocuteur identifié pour une instance importante comme l'hôpital.

Par ailleurs, l'ANSFL travaille activement avec l'ANSFC (Association Nationale des Sages-femmes Coordinatrices) dans un groupe de travail « lien ville-hôpital ».

On notera que le travail concernera aussi bien le lien « ville-hôpital » que le lien « hôpital-ville » ! Car ça doit fonctionner dans les 2 sens !

Les réflexions partiront du parcours de la patiente, afin de le clarifier auprès de tous les acteurs concernés.

Les hôpitaux, de leur côté, nous ont témoigné leur difficulté à être face à une multitude d'intervenants (on peut imaginer que la SF référente sera utile pour une patiente bien précise, mais c'est plus difficile lorsqu'il faut partager un mode de fonctionnement, un nouveau protocole, etc.). Les SFL ont tout intérêt à être regroupées en association ou autre regroupement identifié pour faciliter les échanges.

Et puis il y a d'autres axes de travail qui ont été dégagés :

- inventorer les outils qui existent déjà, les actions locales qui fonctionnent bien ; cela permettrait de les adapter et de les mettre en pratique ailleurs ;
- trouver un mode de communication facilité (messagerie sécurisée, dossier partagé...);
- mettre en place des lignes directes et des personnes de référence pour les SFL. Qu'elles n'aient pas à passer par le standard, par exemple, ou même la salle de naissance, pour avoir un interlocuteur ou un service précis.

En conclusion, je dirais que...

Il est indéniable que la **complémentarité** des différents acteurs, professionnels de ville et professionnels hospitaliers, est essentielle pour **optimiser la qualité et la sécurité des soins** en périnatalité, mais plus globalement pour agir positivement sur la santé des femmes en général.

En écoutant les souhaits des patientes et des familles, en adéquation avec une offre de soin cohérente et adaptée, je dirais même une offre de soins à la fois **plurielle et singulière**, nous pourrions prétendre faire « du bon travail ».

— Eliette Bruneau



Les sages-femmes membres de l'ANSFL bénéficient d'un tarif préférentiel d'abonnement à la revue **Profession Sage-Femme** de **39 €** (au lieu de 60 €)

Merci de joindre un justificatif à votre demande d'abonnement.



Je désire recevoir **Profession Sage-Femme** pendant 1 an au prix de : 39 € l'abonnement.

Adresse de réception de mon abonnement :

M. Mme Melle Nom/Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

Date : Signature :

À retourner accompagné du règlement par chèque à l'ordre d'AVANTI à : AVANTI - 32 rue Louis-Blériot - 76370 NEUVILLE-LES-DIEPPE



ENGAGEMENT MATERNITÉ

En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, organisant l'accès des femmes éloignées d'une maternité à des prestations compensatrices d'hébergement non médicalisé à proximité de la maternité et à l'avance des frais de transport correspondants, il a été demandé à l'ANSFL son avis sur le projet de cadre réglementaire fixant les conditions de déploiement de cet « engagement maternité ».

Voici notre réponse :

L'ANSFL n'est pas en accord avec ces propositions :

Elles vont selon nous à l'encontre du rapport de la commission des 1000 jours, puisqu'il éloigne la parturiente de sa famille et ses proches, alors que ces liens conditionnent la sécurité affective indispensable au moment de la naissance.

Le risque est également de voir cette solution inapplicable concrètement pour la plupart des femmes, qui ne pourront s'organiser pour s'absenter plusieurs jours de leur domicile (présence d'autres enfants notamment).

Par ailleurs, le terme d'une grossesse normale se situant entre 37 et 42 SA, cette proposition n'éliminera pas le risque d'accouchement inopiné à domicile ou lors du trajet.

Quelle sécurité apporterait cette nouvelle organisation si, du fait du temps d'hébergement limité, cela donnait lieu à une augmentation du nombre de déclenchements ? Les recommandations de la HAS sur l'accouchement normal (décembre 2017) mettent largement en lumière l'intérêt des bonnes conditions d'accompagnement, et la moindre médicalisation — dans le cadre de l'accouchement physiologique — nécessaires au bon déroulement du processus d'accouchement.

L'ANSFL propose donc une amélioration de la prise en charge de ces patientes en s'appuyant sur les sages-femmes libérales du secteur, à même de diagnostiquer un début de travail et d'orienter alors les patientes vers la maternité. Les sages-femmes libérales seraient disposées à assumer cette nouvelle fonction. Cela nécessite d'organiser une coopération entre maternités, transport d'urgence et sage-femme libérale. Cela implique également la reconnaissance financière de ces temps d'astreinte. Notre association s'associerait volontiers à une réflexion dans ce sens.

— Le conseil d'administration de l'ANSFL



GRÈVE DES SAGES-FEMMES, LE 7 OCTOBRE À PARIS

Au terme d'une intense journée de mobilisation, les conseillers du Ministre de la Santé et des Solidarités ont rencontré les différentes instances et syndicats représentatifs, en entretiens successifs.

L'ANSFL a été reçue par Mme Roquette et M. Delescluse, qui, sans surprise, ne nous ont annoncé aucune avancée significative. Nous avons cependant pu échanger sur des thématiques qui affectent, entre autres, la pratique libérale.

Après avoir rappelé notre soutien à toutes nos consœurs et confrères, indépendamment des modalités d'exercices, nous avons insisté sur l'indispensable (re)mise au calendrier des négociations conventionnelles avec les syndicats.

De plus, la question de l'astreinte mise en place par la quasi-totalité des sages-femmes (disponibilité 7j/7 pour les sorties précoces, et celle étalée sur plusieurs semaines pour les sages femmes proposant un accompagnement global) mérite rémunération et cotation dédiées, calquée par exemple sur les modèles de permanences des soins des médecins généralistes. À cela s'ajoute l'indemnisation de la 2^e sage-femme imposée par le législateur lors des accouchements en maison de naissance, et qui, officiellement, est bénévole faute de cotation existante. Enfin, nous avons souligné combien nous attendons des engagements et des cotations sur l'entretien post-natal, à la hauteur des récentes déclarations du Président de la République concernant la prévention de la dépression post-natale.

Le dernier point abordé a été la défense de notre place de premier recours qui ne peut se résumer à de simples campagnes de communication comme proposé. Cela doit se confirmer par une officialisation (à différencier des projets de sage-femme référente et REPAP) qui confortera ainsi le libre choix des femmes, notamment sur leur lieu d'accouchement, à domicile, maisons de naissances ou structures hospitalières.

Ce 7 octobre, les bannières étaient nombreuses, les modes d'exercices multiples, les revendications complémentaires.

La lutte doit se poursuivre ! L'ANSFL espère et défendra la poursuite d'actions coordonnées entre les différents syndicats et associations représentant la profession.



LES FEMMES, L'AVENIR DE LA PROFESSION, LES SAGES-FEMMES BATTENT À L'UNISSON

Voilà un des slogans de la manifestation des sages-femmes du 7 octobre rassemblant plusieurs milliers d'entre elles, venues de toute la France battre le pavé parisien. Un slogan, parmi un florilège d'autres, tous plus créatifs, ironiques ou revendicatifs. Mots d'esprit dont le jeu au premier degré laisse sous-entendre la gravité de la situation à d'autres degrés. Jamais dans l'histoire de cette profession elle n'aura été aussi clairement exprimée : l'unisson d'une cause, celle des femmes, et non pas d'abord celle de revendications corporatistes. Femmes et sages femmes réunies par ce qui leur est dénié, dans l'expérience collective « du mépris » qui suscite avec force une « lutte pour la reconnaissance » ainsi que le conçoit le philosophe et sociologue Axel Honneth (1992)¹ pour l'origine des mouvements sociaux.

En ce sens, le mépris dont il s'agit concerne une expérience sociale de dévalorisation, de spoliation de droits et de discriminations dans lesquelles femmes et sages-femmes peuvent se reconnaître entre elles, égales dans la même condition, égales dans les mêmes revendications. D'autant plus que les sages-femmes sont elles-mêmes des femmes, à 97,4 %, dans la profession comme dans la manifestation, et que leur activité est dédiée aux qualités ordinaires des femmes, dans l'expression de leur santé, leur sexualité, leur féminité et leur maternité.

C'est dire que les sages-femmes partagent avec les femmes, aussi bien par leur sexe que par leur activité professionnelle, toutes ces « dispositions naturelles » des femmes et ces qualités considérées socialement comme féminines, qui

restent privées de reconnaissance et sous valorisées par l'effet d'une « valence différentielle des sexes » du masculin toujours supérieur au féminin d'après l'anthropologue Françoise Héritier (1971)². Machisme, patriarcat et stéréotypes de genre sont, en effet, aussi puissants que persistants, même travestis sous des discours d'égalité, de parité ou de démocratie. C'est tout comme, dans le Faust de Goethe, Méphistophélès le dit du diable. On le pense disparu alors qu'il a seulement abandonné cornes, griffes et souffre pour les contes, pour faire croire qu'on serait délivré du méchant alors que le méchant est resté, quoique sous une forme plus cultivée.

Et le diable, ou selon, le patriarcat, se cache dans les détails. Que dire de la valeur ou de la reconnaissance accordée au travail immense et ordinaire des femmes qui fabriquent « normalement » un tout petit humain, le mettent au monde et créent sa mère, lorsque le parcours d'une maternité n'a de prix qu'en termes de pathologies diagnostiquées, de risques évités, de gestion comptable, ou de flux tendu dans les maternités ? Que dire des droits à la dignité, au respect et à la considération du corps féminin dans sa santé lorsqu'on ne veut mettre le prix qu'en termes de dépenses d'actes et d'interventions d'experts, tout particulièrement à l'hôpital qui s'octroie la supervision de presque toutes les naissances ?

Et diable, que dire de l'exploitation du travail des femmes lorsque parmi les activités retenues comme productives, le travail domestique, non rémunéré, représente 33 % du PIB en France en 2010³ et que ce sont les femmes qui passent

les 2/3 du temps travaillé global à le faire gratuitement, à l'inverse des hommes ? Que dire du travail des sages-femmes dédié à la nature sexuée des femmes et de ses « dispositions naturelles » avec leur santé lorsqu'il ne vaut guère plus que celui, sous-valorisé ou non rémunéré d'une femme ?

Car les 40 millions d'euros que vient de concéder le ministre aux sages-femmes pour revaloriser les salaires, tout en étant un rattrapage de misère, ne peuvent faire oublier les sommes astronomiques économisées sur le dos des femmes et des sages-femmes durant ces dernières années.

Le diable, ou le patriarcat, c'était ce Code Napoléon rétablit en 1804, consacrant l'incapacité juridique de la femme mariée, et dont l'idéologie n'en continue pas moins de s'exercer sous diverses formes, contre les femmes comme les sages-femmes, notamment face au pouvoir médical. Qu'il s'exerce sur le corps des unes ou sur l'activité des autres au moyen d'un corporatisme genré dont l'influence s'étend jusqu'aux sphères du politique.

Bien qu'en 1938, le sénateur Renoux ouvrait le débat pour son abolition, il ne fit que ressurgir de plus belle sous la forme de la « puissance paternelle » qui s'imposa jusqu'en 1970 lorsque l'autorité paternelle devient enfin l'autorité parentale. Car dès qu'il s'agit des droits des femmes, pour le patriarcat, il est toujours urgent d'attendre.

S'il est devenu de mauvais goût de manier les sarcasmes ou d'ignorer la cause des femmes, il est cependant toujours possible aujourd'hui, de se payer de mots, quoi qu'en dise le ministre, et de faire attendre les femmes grâce à de vagues promesses. Ce qu'il vient de faire, tout comme l'avaient fait ses prédécesseurs face aux grèves dures des sages-femmes en 2001 et 2014. Il est toujours temps d'attendre, les femmes ce n'est pas prioritaire.

Les sages-femmes ne veulent plus entendre ce refrain patriarcal alors qu'elles réclament toujours la même chose : un salaire et des conditions de travail justes et dignes, notamment avec « une femme - une sage-femme », l'émancipation juridique et celle des savoirs propres avec un vrai statut médical, de droit. Afin de pouvoir exercer auprès des femmes en pleine humanité, au profit de leur santé comme de leur maternité. Afin de préserver « la forme entière de l'humaine condition » selon l'expression de Montaigne⁴, auprès de chacun et chacune de ceux qui œuvrent dans la naissance.

Alors, oui, comme l'affirme un autre slogan de la manifestation, « mépriser les sages-femmes c'est mépriser les femmes ». La lutte pour leur reconnaissance est une lutte pour la reconnaissance, la considération, le respect et le droit des femmes autant que pour l'égalité et la fraternité. C'est prioritaire et il n'est plus temps d'attendre.

Manifeste rédigé par Claudine Schalk, et co-signé par :

- signataires :
 - ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales ;
 - ANSFO : Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes ;
 - ANSFT : Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales ;
 - CNEMa : Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique ;
 - ONSSF : Organisation Nationale des Syndicats des Sages-Femmes ;
 - UNSSF : Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes ;
 - ANSFTAF : Association Nationale des Sages-Femmes Tabacologues, Addictologues Françaises ;
 - APSF : Association Professionnelle de Sages-Femmes ;
- associations d'usagers :
 - MAISOûnaïTON : maisounaiton.fr ;
 - L'Enfant et la vie : lenfantetlavie.fr.

Il a été adressé à tous les députés et à tous les sénateurs.

¹ Honneth A. 1992. *Kampf um Anerkennung. Zur moralischer Grammatik sozialer Konflikte*. Frankfurt/Main, Suhrkamp, trad. fr. 2000, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Folio, coll. Essais.

² Héritier, Françoise (1991). « La valence différentielle des sexes au fondement de la société ? ». *Journal des anthropologues* (45), 67-78.

³ Institut national des études statistiques et économiques (INSEE), n° 1023. Delphine Roy. Le travail domestique : 60 milliards d'heures en 2010. Division Redistribution et politiques sociales.

⁴ Michel de Montaigne, *Les Essais*, Éd. La Pléiade, Gallimard, p. 782 ; 1980.



C'est quoi une sage-femme libérale ?

Faites connaître notre métier en commandant et en distribuant des plaquettes « La sage-femme libérale, tout au long de la vie des femmes ».

Pour commander : ansfl.org/flyeransfl

Les frais d'envois sont offerts !





Vaccin papillomavirus chez les hommes

Chez les hommes, certains papillomavirus sont la cause de cancers de l'anus, de la sphère ORL et du pénis. Les cancers de l'anus sont plus fréquents chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes particulièrement s'ils sont séropositifs pour le HIV. En France, la vaccination papillomavirus est recommandée chez tous les hommes âgés de 11 à 19 ans et chez ceux âgés de moins de 27 ans ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Avec un recul d'une quinzaine d'années d'utilisation des vaccins papillomavirus chez les jeunes femmes, des données épidémiologiques sont en faveur d'une réduction de la fréquence des cancers du col de l'utérus chez celles ayant été vaccinées. Dans les pays qui ont choisi d'étendre aux hommes la vaccination contre le papillomavirus, le recul est insuffisant pour connaître l'effet sur la transmission des papillomavirus, la fréquence chez les femmes des lésions précancéreuses et des cancers du col utérin.

Les vaccins papillomavirus exposent, comme d'autres vaccins, à des douleurs et réactions au site d'injection, des syncopes et de très rares réactions anaphylactiques. Il n'est pas exclu que des vaccins papillomavirus exposent à un risque de syndrome de Guillain-Barré, de l'ordre de 1 cas pour 100 000 à 1 million de personnes vaccinées.

Au vu des données disponibles début 2021, le vaccin papillomavirus à 9 valences a probablement une balance bénéfice-risque favorable chez les hommes les plus à risque de cancer lié à un papillomavirus, surtout ceux qui débutent ou pourraient avoir des relations sexuelles avec des hommes. La stratégie de vaccination généralisée de tous les hommes âgés de 11 à 19 ans est un pari pragmatique, mais avec une balance bénéfice-risque plus incertaine qu'une stratégie ciblée sur les hommes à risque.

Trichomonase liée à un rapport sexuel

Les infections par *Trichomonas vaginalis* sont sexuellement transmissibles, fréquentes, et souvent asymptomatiques. En cas d'infection, le dépistage d'autres infections sexuellement transmissibles est recommandé en vue de les traiter. Le traitement de premier choix est un nitro-imidazolé par voie orale tel que le métronidazole ou le tinidazole.

Afin d'interrompre la chaîne de transmission de l'infection, il importe d'inciter les partenaires sexuels des 2 derniers mois à être traités et de conseiller l'utilisation de préservatifs ou l'abstention de rapports sexuels tant que les symptômes persistent ou que le partenaire sexuel n'a pas été traité.





Compléments alimentaires à base de vitamine D : surdosages chez des nourrissons

Certains compléments alimentaires contiennent une concentration élevée de vitamine D et sont à déconseiller car ils exposent particulièrement à des surdosages en cas d'erreurs. Les spécialités pharmaceutiques offrent plus de garanties.



Plantes du genre artemisia et dérivés de l'artémisine : beaucoup d'inconnues pendant la grossesse

Chez les femmes qui pourraient être ou devenir enceintes, il semble prudent de ne pas consommer de plantes du genre Artemisia. En ce qui concerne les médicaments à base de dérivés de l'artémisine, dont l'intérêt est démontré dans le traitement de l'accès palustre grave, les risques pour le fœtus sont à mettre en balance avec les bénéfices pour la mère et l'enfant.

Nausées et vomissements bénins de la grossesse (doxylamine + pyridoxine Cariban)

Chez les femmes enceintes très gênées par des nausées et vomissements bénins, trop peu soulagées par des mesures autres que médicamenteuses et l'homéopathie, la faible efficacité de la doxylamine (donormyl) et les grandes incertitudes autour des dangers pour l'enfant à naître incitent à ne l'employer qu'au cas par cas, à dose minimale efficace et pour une durée aussi courte que possible. Il n'est pas démontré que l'association doxylamine+pyridocine (cariban) soit plus efficace que la doxylamine seule.



Huiles essentielles d'arbre à thé, de niaouli et de cajeput : neurotoxiques et génotoxiques

Ces huiles essentielles sont promues pour leurs propriétés antimicrobiennes. Elles contiennent des substances toxiques comme du terpinèn-4-ol ou du méthyleugénol qui sont génotoxiques et des dérivés terpéniques qui exposent les enfants à des convulsions et autres troubles neurologiques. En pratique : mieux vaut informer les femmes enceintes et celles qui allaitent d'éviter la consommation de ces huiles essentielles.





Détection des hydrocarbures dans les laits pour bébés : réglementation insuffisante

Fin 2019, l'association Foodwatch a révélé que la moitié des laits en poudre pour bébés qu'elle a fait analyser étaient contaminés par des hydrocarbures aromatiques d'huiles minérales (MOAH). Certains de ces hydrocarbures sont mutagènes et cancérogènes.

Dans l'Union Européenne, aucune teneur maximale n'était alors fixée pour les MOAH dans l'alimentation. C'est chose faite : en 2020, un comité européen a statué sur le seuil de dangerosité concernant les MOAH dans les laits pour bébés.

Hémorragies du post-partum d'origine médicamenteuse

Courant 2021, les médicaments connus pour causer ou aggraver les hémorragies du post-partum sont principalement des médicaments exposant à des atonies utérines ou à des saignements, tels que : les héparines et les autres anti-thrombotiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens dont l'aspirine, les tocolytiques, les antidépresseurs inhibiteurs dits sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRSNA) tels que la duloxétine et la venlafaxine, les triptans, certaines céphalosporines, des inducteurs enzymatiques dont la rifampicine et des antiépileptiques. La gravité de cet effet indésirable motive la réévaluation et l'adaptation éventuelle des traitements médicamenteux près de l'accouchement.



Grâce à un partenariat entre Prescrire à l'ANSFL, et ce afin de participer à l'amélioration de nos pratiques professionnelles, les adhérent·e·s ANSFL ont accès à la base de données intégrale de Prescrire.

Si vous souhaitez acquérir un ou plusieurs articles de cette bibliothèque, voici la marche à suivre :

- connectez-vous sur le site : prescrire.org ;
- sur la page d'accueil, cliquez sur l'encart « recherche » ;
- inscrivez le thème sur lequel vous souhaitez effectuer la recherche ;
- vous accédez alors à la totalité des articles disponibles, ainsi qu'à leurs résumés.

Pour obtenir le texte intégral d'un ou plusieurs de ces articles, envoyez les références précises, titre et année de parution, à l'adresse suivante : claireblancsf@gmail.com.

INTERSEXE – DÉFINITIONS, CAUSES ET PRISE EN CHARGE

Blaise Meyrat, chirurgien pédiatre FMH, spécialiste en chirurgie colorectale et urologie pédiatrique, propose ici un aperçu des causes et manifestations des variations du développement du sexe ou intersexuation, et relaie la bonne conduite à tenir en tant que personnel soignant auprès des familles et patient·e·s. Cet article a été initialement publié dans le numéro d'octobre 2019 la revue *Obstetrica* (Fédération suisse des sages-femmes).

Un individu intersexe ou un intersexe (IS) est une personne dont les organes génitaux externes ne l'identifient pas clairement comme une fille ou un garçon. La situation se révèle généralement à la naissance, mais elle peut être découverte plus tard dans la vie, par exemple à la puberté, lors du bilan d'une aménorrhée primaire ou d'une stérilité (voir encart sur cette page).

La naissance d'un enfant intersexe génère chez les parents (et souvent aussi chez les soignants non informés) un traumatisme important. C'est la raison pour laquelle il importe d'insister sur la préparation, si possible prénatale, des parents, ainsi que du personnel médical et paramédical à ce type de situations, par des colloques, des cours, etc. C'est aussi une des raisons pour lesquelles la prise en charge d'un intersexe devrait se faire dans des centres spécialisés, ayant une bonne expérience de ce type de situations et offrant une consultation interdisciplinaire.

Terminologie de l'intersexuation

La situation de la personne : dont le caryotype n'est pas 46XX ou 46XY ; dont les organes génitaux (externes ou internes) ne sont pas typiques ni pour une fille ni pour un garçon ; dont le caryotype ne correspond pas à l'aspect (phénotype) ; a reçu diverses appellations dans le temps. On a utilisé les termes d'« hermaphrodisme » et de « pseudo hermaphrodisme féminin ou masculin ». Plus tard on a parlé d'« ambiguïté sexuelle ». On a utilisé ensuite le terme d'« intersexe » qui, en 2006 lors d'un congrès de consensus à

Chicago, a été remplacé par la dénomination anglaise « disorders » traduite en français par « troubles » (ou « désordres »). Cette dénomination a été rapidement contestée par les associations intersexes et par certains spécialistes de l'intersexe, considérée comme discriminante et décrivant une anomalie à corriger. On a alors proposé d'utiliser à nouveau le terme « intersexe » ou, mieux, celui de « variation du développement du sexe » (VDS), à l'instar de la Commission Nationale (suisse) pour l'Éthique dans la Médecine Humaine (CNE) en 2012. Il faut savoir que les associations intersexes s'étaient appropriées cette dénomination. Enfin, les associations recommandent d'utiliser le mot « intersexuation » plutôt qu'« intersexualité ».

Le diagnostic et la prise en charge

Pour des raisons médicales, par exemple une perte de sel dans les hyperplasies congénitales des surrénales (HCS), pour des raisons psychologiques et, enfin, pour des raisons légales, le diagnostic doit être fait le plus rapidement possible (en général il suffit de 2 à 5 jours) et l'attribution d'un sexe civil devrait avoir lieu avant la sortie du nouveau-né de la maternité. Contrairement à ce que l'on a dit dans le passé, la naissance d'un enfant intersexe ne constitue pas une urgence médicale (pour reprendre l'exemple du HCS, la perte de sel ne survient qu'après environ 4 jours) et l'hospitalisation pour surveillance peut se faire dans une unité courante de soins, sans nécessité de soins intensifs.

ÉLÉMENTS POUVANT FAIRE SUSPECTER UNE VARIATION DU DÉVELOPPEMENT DU SEXE

En anténatal

- Difficulté à déterminer le phénotype (aspect des organes génitaux externes) après la 22^e semaine de grossesse
- Variation du développement des organes génitaux lors d'un examen de dépistage ou lors de la demande des parents de connaître le sexe de leur fœtus
- Variation du développement des organes génitaux lors d'un bilan malformatif fœtal
- Discordance entre le caryotype et le phénotype (aspect des organes génitaux externes)
- Bilan informatif dans une famille comportant une variation du développement sexuel pour un syndrome génétique (ou non)

À la naissance

- Discordance entre le caryotype et le phénotype
- Signes de variations du développement du sexe :
 - Micropénis : verge de petite taille < 2,5 cm à terme
 - Hypertrophie clitoridienne > 6 mm de large et 9 mm de long
 - Hypospadias périnéal avec scrotum bifide
 - Fusion postérieure des petites lèvres
 - Cryptorchidie uni- ou bilatérale (à contrôler à 3 mois)
 - Pertes de NaCl : mauvaise prise pondérale, déshydratation, hyponatrémie et hyperkaliémie (hyperplasie congénitale des surrénales)

Dans certaines situations plus complexes, et souvent rares, un délai supplémentaire peut, sans difficulté, être demandé à l'état civil.

La prise en charge prénatale

Si l'intersexe est suspecté lors d'un contrôle prénatal (voir encart page 51), les parents sont reçus à une consultation interdisciplinaire où les médecins leur expliquent ce qu'ils suspectent à l'échographie, leur décrivent la prise en charge prévue, les traitements éventuels ainsi que le pronostic. Les parents sont fréquemment inquiets par les problèmes psychologiques, d'ajustement de genre et de place dans la société que pourrait provoquer cette situation. On se gardera d'être définitif car il s'agit alors d'un diagnostic de suspicion. On utilisera des termes « neutres » afin de ne pas influencer les parents sur le sexe qui sera finalement proposé comme étant le plus « stable » dans le futur, surtout à la puberté (tableau 1 ci-contre). Les parents disent souvent, durant les consultations suivantes, s'être sentis très seuls à ce moment. Il peut donc s'avérer utile, à ce stade déjà, d'associer des personnes concernées (adolescent·e·s ou adultes), ou des parents d'enfants intersexes. Nous remettons aux parents une liste d'associations qu'ils peuvent contacter, si nécessaire (tableau 2 ci-contre).

Comment annoncer la situation ?

À Lausanne, la consultation interdisciplinaire des VDS a été créée en 2010, en même temps que la mise sur pied d'un cours multidisciplinaire à option pour les étudiant·e·s de médecine et étudiant·e·s sages-femmes. Elle comprend un certain nombre de spécialistes des sciences médicales qui participent soit ensemble, soit à tour de rôle, à la consultation. Il faut mentionner que les parents restituent souvent un stress important lors de « consultations tribunal » avec de trop nombreux·ses intervenant·e·s. Il est donc préférable d'éviter de telles consultations. Là aussi, il est utile de permettre aux parents de rentrer en contact avec des personnes concernées pouvant les informer et répondre aux questions pratiques qu'ils ont durant le développement de leur enfant. Un·e pédopsychiatre assiste toujours aux consultations.

Tableau 1 : terminologie neutre à utiliser avant l'assignation du sexe

Tant qu'un sexe n'a pas été assigné, on ne parlera pas de...	mais de...
Ovaires/testicules	Gonades/glandes sexuelles
Clitoris/verge	Bourgeon génital
Grandes lèvres/bourses/scrotum	Bourrelets latéraux

Tableau 2 : liens avec des associations de personnes intersexes

Site web	Nom/observation	Pays	Langue
isna.org	Intersex Society of North America (ISNA). Fondée en 1993. La première association, très active jusqu'en 2016. Nombreuses ressources (en anglais).	USA	Anglais
oiiinternational.com	Organisation intersexe internationale.	International	Anglais
cia-oiiFrance.org	Collecif intersexe et allié·e·s - OII France	France	Français
interactadvocates.org	Advocates for intersex youth. Soutiennent les jeunes intersexes. Nombreuses ressources (en anglais).	USA	Anglais
zwischenGeschlecht.ch	Association suisse d'intersexes. Très active dans le droit des intersexes.	Suisse	Germanophone Anglais Français
inter-action-suisse.ch	Association suisse d'intersexes. Contact aisé avec des personnes concernées et avec des parents.	Suisse	Français Germanophone

Lors d'une découverte pré- ou postnatale d'un intersexe, il est important de dédramatiser la situation, sans la banaliser, car elle est toujours, on l'a dit, traumatisante. Il est très utile de rendre la problématique la moins exceptionnelle possible, d'insister sur la fréquence importante des VDS (près de 1/200 naissances) et de l'intersexe à proprement parler (1/2-3000 naissances), de parler en termes rassurants tels que : « Cette situation est bien connue, elle ne provoque aucun danger pour sa santé... le jour venu, nous pourrions corriger cette différence chirurgicalement si votre enfant le désire... pour l'instant il n'y a aucune urgence à décider... vous arriverez très bien, puis, plus tard votre enfant, à gérer cette situation sans problème et nous vous y aiderons... etc. »

Lors des explications, comme avant la naissance, on utilisera des termes « neutres », ne donnant pas l'impression aux parents que le sexe a déjà été assigné, tant que celui-ci n'est pas connu ou choisi.

Les plaintes et les motifs de stress des parents

Dans leurs récits, les parents disent être le plus souvent troublés d'avoir eu à faire, à la naissance de leur enfant ou dans ses premiers jours de vie, à des personnes peu compétentes ou donnant l'impression d'être surprises par la situation et de devoir répondre aux mêmes questions. Ils disent aussi être perturbés par le nombre de consultant·e·s autour de leur enfant, des examens cliniques effectués à répétition, des photos prises par les soignant·e·s ou encore des explications peu claires données avec des termes techniques incompréhensibles. Dans les premiers jours de vie, mais aussi plus tard durant la vie, il faut absolument garder en mémoire que chaque examen clinique, chaque mesure (par exemple de la verge ou du clitoris), chaque prise de photographie, représente pour les parents et, naturellement pour l'enfant, un malaise, une atteinte à l'intimité et, de plus, la démonstration de l'existence d'une anomalie qui rappelle souvent, dans les récits des personnes concernées, une part importante

de leur traumatisme. On évitera donc ces examens, et surtout les photographies, si elles ne sont pas absolument nécessaires. On devra donc se souvenir de tous ces éléments dans la prise en charge de la personne intersexe.

Les examens cliniques, radiologiques et de laboratoire

Afin de faire un diagnostic de la condition de l'enfant, certains examens sont toutefois incontournables. L'échographie, que l'on devrait réaliser précocement à la recherche d'organes génitaux internes (ovaires, utérus, vagin, éventuellement testicules) est très importante. Pour une bonne visibilité des organes génitaux internes, surtout féminins, on doit la réaliser dans les premiers jours de vie lorsque le nouveau-né est encore imprégné des hormones maternelles. Des examens hormonaux sont également nécessaires. Là aussi, pour bénéficier de la mini-puberté présente dans les douze premières heures de vie, c'est le moment choisi pour prélever le sang du nouveau-né, ou lors de la deuxième période autour du deuxième mois de l'enfant. Passées ces deux phases, on doit stimuler les testicules par injections et analyser leur réponse.

Parler du futur

Il est toujours important de fixer avec les parents un plan de vie, d'envisager toutes les éventualités et d'être extrêmement ouvert à toute possibilité qui pourrait se présenter à l'enfant dans sa vie, surtout dans la période pubertaire. Bien entendu, il faudra trouver le bon moment et les mots pour expliquer ces situations, pour répondre aux questions des parents et ne pas vouloir « devancer » leurs attentes. Il faut sans cesse revenir sur les éclaircissements donnés, demander aux parents ce qu'ils ont retenu des explications passées. Il peut être, par exemple, question de la difficulté à se situer dans un genre, de désirer un jour changer d'orientation de genre.

À Lausanne, les membres de la consultation restent à la disposition des parents pour une éventuelle consultation urgente lorsqu'ils ont des questions, des explications ou des précisions à recevoir sur des explications qui ont été données. C'est aussi la raison de pouvoir bénéficier d'une infirmière dans notre consultation. Elle

peut être le « fil rouge » (du prénatal à la transition) entre les parents/l'enfant et les soignant-e-s.

Les sexes

On peut définir les sexes suivants :

- biologiques :
 - chromosomique ;
 - gonadique – endocrinien ;
 - des organes génitaux externes – phénotype (aspect) ;
 - des organes génitaux internes ;
- légal :
 - d'attribution (civil) ;
- comportementaux (genre – *gender*) :
 - identité ;
 - expression - Présentation ;
 - attirance sentimentale ;
 - attirance sexuelle.

Le développement du sexe et ses variations

L'assignation du sexe et le choix d'un prénom, nécessitent parfois un certain nombre d'investigations cliniques, radiologiques et de laboratoire avant de pouvoir déterminer le sexe qui sera le plus stable pour l'enfant durant son développement. Le choix des examens et la proposition qui suit leurs résultats se fait par un groupe de médecins spécialistes, parfois accompagnés par des personnes paramédicales ou provenant des sciences humaines.

Le développement des organes génitaux internes ou externes (OGI ou OGE) résulte parfois en des variations du développement du sexe (VDS) c'est-à-dire à un aspect atypique des organes génitaux externes (OGE), comme une hypertrophie clitoridienne chez la fille ou un micro-pénis, un hypospadias (position anormale du méat urinaire) ou une rétention testiculaire chez le garçon.

Ces variations peuvent aussi porter sur les chromosomes. Le caryotype peut différer des classiques 46XX (fille) ou 46XY (garçon), et présenter des formes telles que 45X (Syndrome de Turner), 47XXY (Syndrome de Klinefelter), etc.

Les gonades elles-mêmes peuvent présenter des variations de développement comme les dysgénésies gonadiques chez la fille ou chez le garçon. Les OGI peuvent eux aussi présenter des variations de développement (par exemple le Syndrome

de Rokitanski-Kuster-Hauser [absence partielle de vagin et d'utérus avec des ovaires et des trompes normales]).

La fréquence des VDS est de l'ordre de 1/200 naissances. La fréquence de l'intersexe, à proprement parler, est de 1/3000 naissances environ. L'IS pose la question de l'assignation du sexe, contrairement à la plupart des situations de VDS. Les chromosomes seuls ne déterminent pas le sexe du nouveau-né. Le développement de la gonade indifférenciée est déterminé par une cascade de gènes situés sur les chromosomes sexuels et les chromosomes autosomes.

Le fœtus est « neutre » jusqu'à la 6^e semaine d'aménorrhée (SA). Il a donc des gonades, des organes génitaux internes et des organes génitaux externes non différenciés. Voici un bref descriptif de la différenciation des gonades, des organes génitaux internes (OGI) puis des organes génitaux externes (OGE) avec ses anomalies possibles.

Différenciation des gonades

On a longtemps cru que seul le développement du testicule était un phénomène actif qui nécessitait un grand nombre de facteurs complexes entrant dans une « cascade ». On considérait alors le développement de l'ovaire comme un aboutissement « par défaut » de cette cascade. On sait maintenant qu'il n'en est rien et que le développement de l'ovaire est un processus actif, nécessitant des facteurs aussi nombreux que pour la différenciation du testicule.

Organogénèse

Organes génitaux internes (illustrations A, B et C, page suivante)

Jusqu'à la 6^e semaine de développement, le fœtus possède des canaux qui se différencient en organes génitaux féminins (organes de Muller) ou masculins (organes de Wolff).

L'organe ne correspondant pas au sexe développé involue puis, le plus souvent, disparaît. Le développement à partir des canaux de Muller ou de Wolff se fait sous l'influence hormonale des gonades. Le testicule sécrète des androgènes qui favorisent la croissance des OGI et OGE

Différenciation des organes génitaux internes à partir des canaux de Wolff et de Muller

Andy Perrin/SAM-CHUV, 2021

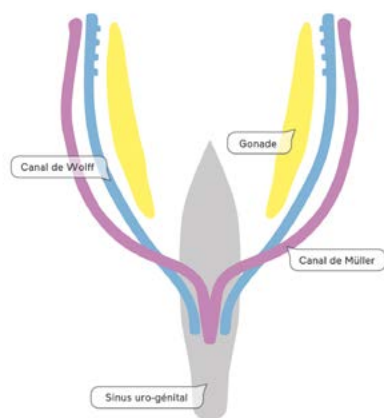


Illustration A : 6^e semaine : fœtus « neutre » avec les canaux de Wolff et de Muller

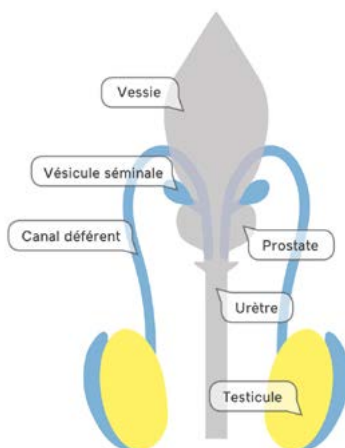


Illustration B : Organes génitaux internes à partir des canaux de Wolff

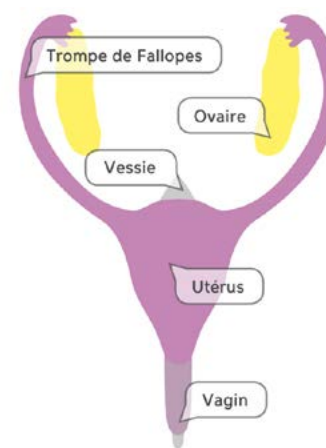


Illustration C : Organes génitaux internes à partir des canaux de Muller

et également l'hormone antimüllérienne (HAM) qui provoque l'involution des canaux de Muller.

Organes génitaux externes - phénotype (illustration C, page suivante)

Jusqu'à la 6^e semaine, les organes génitaux externes (OGE) sont identiques chez le fœtus féminin et masculin. C'est sous l'effet des hormones sécrétées par les gonades qu'ils se différencient. À partir de la 22^e SA, le sexe du fœtus peut être déterminé par un obstétricien expérimenté lors d'une échographie. La difficulté d'y parvenir devrait soulever la question de la présence d'un intersexe (voir encart page 51). À la naissance, les mesures approximatives du clitoris sont de 4 x 3.2 mm et celles du pénis de 3.5 x 1 cm.

Un cas particulier

L'hyperplasie congénitale des surrénales

Cette forme congénitale d'intersexe est importante car elle représente la majorité des intersexes et c'est la seule qui nécessite un traitement dans la petite enfance. On la trouve aussi bien chez la fille que chez le garçon, mais chez ce dernier, il ne représente pas un intersexe à proprement parler, mais est plus dangereux, car pas « visible ».

La fille est virilisée par la présence d'androgènes en quantités élevées, déjà in utero. Cette situation est due à un bloc

enzymatique, généralement au niveau de la 21OH. Normalement, le cholestérol est transformé, dans la glande surrénale, en minéralocorticoïdes (qui retiennent le sel), en cortisol (hormone du stress) et en androgènes. En présence d'un déficit enzymatique, la transformation en minéralocorticoïdes et en cortisol n'a pas lieu et le métabolisme est dérivé vers les androgènes. Un métabolite, la 17OH progestérone, s'accumule et peut être détecté durant le test de Guthrie à quatre jours de vie. Comme l'élément de rétro contrôle négatif est le cortisol, le seul moyen de « freiner » la surrénale est d'administrer un stéroïde (Hydrocortisone) dès l'apparition des pertes de sel. En outre, la fille est virilisée à différents degrés (selon l'échelle de Prader), extérieurement (hypertrophie clitoridienne) et intérieurement.

Les traitements

Dans les années 50, John Money, un psychologue américain travaillant à l'hôpital Johns Hopkins à Baltimore publie une série d'observations d'intersexes et propose une prise en charge nommée « The optimal Gender Policy ». Il pense que l'être est totalement plastique et que l'on peut, par l'éducation, faire d'un nourrisson, indifféremment une fille ou un garçon, pour autant que l'anatomie, les hormones et l'éducation soient concordantes. Il a alors une clinique qui s'occupe de ce type de patients et va forger ce que l'on appellera le « paradigme de Johns Hopkins ». Le choix du sexe de l'enfant se fait alors

pratiquement uniquement sur la base du phénotype, c'est-à-dire sur l'aspect et la taille du pénis et dans le plus grand secret, le patient ne connaissant pas ni sa condition, ni les traitements qu'il a reçus. Les médecins et en particulier les psychologues et les chirurgiens ont beaucoup de difficultés à ne pas intervenir sur des organes génitaux atypiques et cette pratique a beaucoup de succès. En 1993 naît la *Intersex Society of North America (ISNA)* qui va s'élever contre cette pratique en demandant que la prise en charge soit centrée sur le patient.

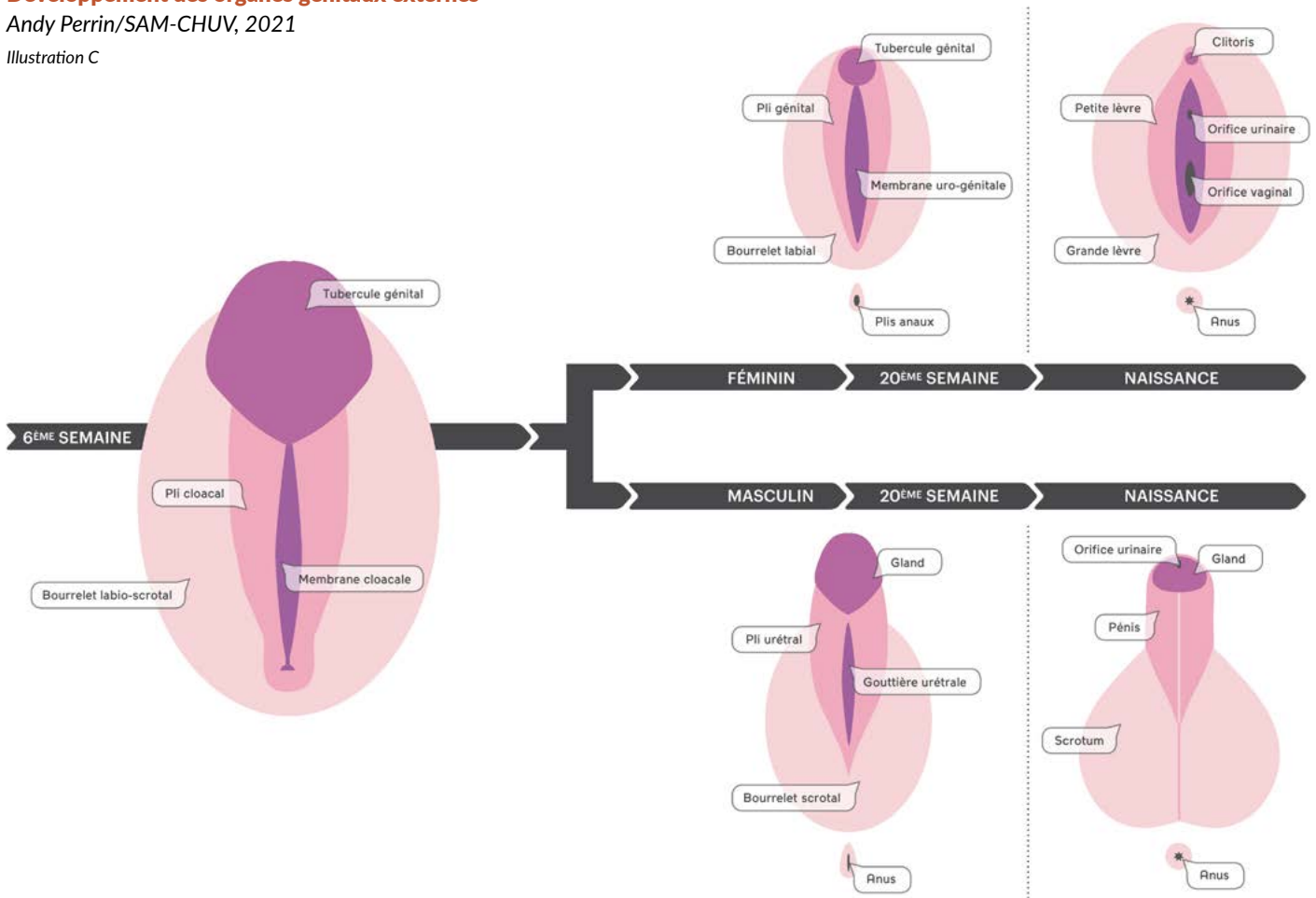
Actuellement, un débat très important a lieu et des commissions d'éthique nationales (comme la Commission Nationale d'Éthique en Suisse en 2012) se sont prononcées contre des interventions non consenties par le patient si elles ne sont pas médicalement indiquées. Seul le traitement substitutif par Hydrocortisone en cas d'hyperplasie congénitale des surrénales et quelques rares situations de gonadectomies bien investiguées (par biopsies) chez des patients présentant une dysgénésie gonadique sont indiquées dans la petite enfance.

— Blaise Meyrat

Développement des organes génitaux externes

Andy Perrin/SAM-CHUV, 2021

Illustration C



À propos de l'auteur Blaise Meyrat

Privat Docent et Maître d'Enseignement et de Recherche en 2004. Médecin adjoint au Service de chirurgie pédiatrique du CHUV dès 2004. Co-responsable puis responsable de l'urologie pédiatrique au CHUV dès 1994. Créé en 2010 un cours et une consultation interdisciplinaire dédiée aux enfants intersexes.

Références

- Commission Nationale d'Éthique pour la médecine humaine (2012). Attitude à adopter face aux variations du développement sexuel. Prise de position n° 20/2012. Questions éthiques sur l'« intersexualité ». ansfl.org/126/intersexe
- Roen, K. (2019). Intersex or diverse sex development: Critical review of psychosocial health care research and indications for practice. *The Journal of Sex Research*; 56:4-5, 511-528.
- Wiesemann, C. (2010). Ethical guidelines for the clinical management of intersex. *Sex Dev*; 4:300-303.
- Hiort, O., Birnbaum, W., Marshall, L., Wünsch, L., Werner, R., Schröder, T., Döhnert, U. & Holterhus PM (2014). Management of disorders of sex development. *Nat Rev Endocrinol*; 10:520-529.
- Marshall Graves, J. A. (2008). Weird animal genomes and the evolution of vertebrate sex and sex chromosomes. *Annu Rev Genet*; 42:565-586.
- Greenberg, J. A. (2017). Legal, ethical and human rights considerations for physicians treating children with atypical or ambiguous genitalia. *Seminars in Perinatology*; 41:252-255.
- Wang, L. C. & Poppas, D. P. (2017). Surgical outcomes and complications of reconstructive surgery in the female congenital adrenal hyperplasia. *J Steroid Biochem Mol Biol*; 165:137-144.
- Cools, M., Nordenstrom, A., Robeva, R., Hall, J., Wersterveld, P., Flück, C., Kühler, B., Berra, M., Springer, A., Schweizer, K. & Pasterski, V. (2018). Caring for individuals with a difference of sex development (DSD): a consensus statement. *Nature Reviews Endocrinology*; 14:415-429



GESTION DE CABINET

Quand Eliette m'a prévenu que le thème de la prochaine Lettre serait « TRANSFORMATION », je me suis vu me transformer en Goldorak (pour les plus anciens et anciennes), Superman, Zorro, Hulk ou Super Jaimie...

Et puis, après une nuit de mûre et d'intense réflexion, je me suis dit que ce n'était (peut-être) pas ce que souhaitait véritablement notre Présidente Eliette...

Vais-je faire ou refaire un point sur les dernières « transformations » depuis 2 à 3 ans en matière :

- de Réforme : des IJ, CPAM, AVAT... ?
- d'Épargne : Loi Pacte et transformations des contrats d'Assurance vie en PER... ?
- de Retraite : Madelin en PER... ?
- de Statut : passage de Sage-Femme Hospitalière à Sage-Femme Libérale ?
- de Loi : sur la résiliation infra annuelle en matière de complémentaire santé ?

J'en passe et des meilleures...

Et finalement, cette « transformation » ne passerait-elle pas par une « transformation » de la manière de... rédiger mes articles ?

Je m'explique :

Depuis que l'ANSFL me fait le grand honneur de pouvoir réaliser ma chronique au sein de « Lettre », j'ai toujours rédigé les articles en fonction de mes envies, l'actualité sociale, juridique, etc.

Transformons tout cela !

Soyez force de propositions... et écrivez directement à l'ANSFL (ou à moi-même), pour exposer les futurs thèmes que vous aimeriez (ou souhaiteriez) voir abordés dans les prochains numéros de « La Lettre »...

TRANSFORMONS tout cela, vous avez « carte blanche ».

À bientôt alors.

– Olivier « Goldorak » Nappey
07 81 16 17 97
onappey@valtris-patrimoine.com



US ET COUTUMES SUR LES APPORTS PER OS EN COURS DE TRAVAIL

L'harmonisation des pratiques sur les apports per os pour la parturiente est une question qui nous concerne toutes, libérales et hospitalières, et dans nos différents exercices : au cours de la PNP, car il s'agit d'informer les femmes lors de la préparation à la naissance. Pour les MDN et filières physiologiques, dans une perspective de collaboration avec l'équipe obstétricale, il nous semble essentiel d'y réfléchir ensemble et rechercher une position commune.

Ainsi que le dit Solveig Leuvrais (2019) dans son mémoire : « Les recommandations concernant les apports per os des parturientes sont très variables selon les pays et les hôpitaux. La littérature amène des arguments principalement en faveur de l'assouplissement des pratiques. En effet le jeûne n'a jamais été prouvé comme moyen de prévention du syndrome de Mendelson. Il pourrait au contraire avoir des effets néfastes sur

les femmes : physiques, psychologiques et émotionnels, ainsi que sur le bien-être materno-fœtal... ».

Déjà en 1986, Penny Simkin publiait dans *Birth* un article intitulé « *Stress, pain and catecholamines in labor* » (stress, douleur et catécholamines pendant le travail). Elle y montrait que le jeûne imposé aux femmes durant leur accouchement influençait fortement leur vécu. En effet, pour la majorité des femmes interviewées « l'expérience la plus désagréable avait été de se voir refuser toute alimentation ». En outre, 57 % des patientes déclaraient avoir été modérément à très stressée du fait de ne pas pouvoir boire.

35 ans après, en France, peu de changements sont opérés dans les enseignements, dans les protocoles hospitaliers, sur cette thématique. Peu de questionnements sont parta-

gés, peu de discussions collégiales et interdisciplinaires sont amorcées.

Nous vous proposons, depuis vos cabinets, depuis vos maternités de référence, entre collègues, une série de questions susceptibles de faire naître ce débat essentiel pour la physiologie de la naissance :

« Questions autour des apports per os durant le travail. »

Nous vous présenterons ensuite un exemple de pratique à La Casa de Naissance, unité de sages-femmes libérales de Marseille et Aubagne accompagnant l'accouchement à la maternité publique d'Aubagne (Niveau I).

La lettre de l'ANSFL est là pour accueillir vos expériences, réflexions, propositions. Le débat continuera au-delà de ce numéro.

Questions autour des apports per os durant le travail

- Pourquoi le jeune au cours du travail s'est imposé ?
- Quel changement majeur a eu lieu en termes d'anesthésie depuis les recherches de Mendelsson en 1946 ?
- Quelle est la position actuelle de la SFAR (société française d'anesthésie et réanimation) ?
- Citez des lieux, des pays où la pratique est différente, plus libérale...
- Quels peuvent être les conséquences néfastes de l'abstention alimentaire pendant le travail ?
- Quel est l'intérêt d'une prise alimentaire et/ou hydrique pour la parturiente ?
- Dans quelles circonstances pourrait-on avoir une pratique plus souple ?
- Quelles seraient les situations où l'ingestion de tout liquide ou aliment doit rester interdite ?
- Quelle politique sur les apports per os en cours de travail est appliquée dans votre maternité/région ?
- Si vous estimez que l'alimentation et hydratation sont possibles, quels conseils (types d'aliments, de boissons) donneriez-vous à la parturiente ?

Nous vous proposons de nous envoyer vos réponses par e-mail à l'adresse : revue@ansfl.org

Un exemple de pratiques : recommandations et protocole dans l'équipe de La Casa de Naissance

Fiche de recommandations distribuée aux parents pendant la PNP : hydratation et alimentation dans le pré travail et dans la phase de travail à la maison

Importance de l'alimentation

Le corps va travailler comme pour un marathon : il a besoin d'énergie et d'hydratation. Le travail ralentit la digestion, il

faut donc des aliments facilement assimilables. Dans le pré travail on peut être nauséuse, mais il reste essentiel de prendre ces petites collations.

Principes de base

- Pas de corps gras, pas de cru (sauf banane et poire mûres), ni laitage, ni pain ;
- mâcher lentement jusqu'à obtenir une bouillie alimentaire ;
- quand le travail s'intensifie, petites et fréquentes collations. Par exemple trois bouchées par heure avec quelques gorgées de boisson ;
- alimentation à base de sucre lent et sels minéraux :
 - pâtes, riz, pomme de terre, céréales, toast grillé, biscotte ;
 - fruits séchés (dattes, abricots secs), œufs cuits, légumes cuits ;
 - compote, confiture, miel, crème de marrons.

À partir d'un certain stade du travail, la sage-femme vous dira quand cesser de manger et à ce moment vous prendrez des forces avec l'hydratation.

Hydratation

- De préférence des boissons tièdes ou à température ambiante ;
- pas de boisson gazeuse ;
- tisanes à votre goût et si besoin décoction utérotonique : eau, sirop, jus de pomme, bouillon clair ;
- liquide énergétique (en magasin de sport Isostar, Powerade...).

Cahier des procédures et pratiques de La Casa de Naissance

Ce cahier est la référence de nos pratiques pour l'équipe obstétricale de la maternité. Il a été présenté aux équipes (sages-femmes, obstétriciens, ARE, pédiatres, auxiliaires) lors du lancement de projet de collaboration et est réactualisé régulièrement au fil des expériences et des données médicales.

Alimentation pendant le travail

Le contexte est essentiel : il s'agit de femmes sans risque suspecté ou avéré, d'un travail qui se présente comme eutocique. Il s'agit aussi de femmes qui ne présentent pas de contre-indication à l'analgésie péridurale.

La femme adapte d'elle-même ses besoins au cours du travail.

Besoin de s'alimenter au cours du prétravail, période d'attente en cas de RPM et dans le travail précoce.

Nous proposerons :

- collations légères : biscottes, œufs cuits, bouillon clair, légumes cuits, bananes et poires mûres, compotes ;
- ne pas donner laitages, ni boissons gazeuses, ni graisses, ni pain ;
- fractionner la prise alimentaire.

Quand le travail est bien établi, une régulation naturelle se met en place et la femme souvent ne désire plus manger, mais a besoin de boire. Nous veillerons à ce qu'elle s'hydrate bien et proposerons selon la situation des liquides énergétiques. Dans tous les cas ce sont des *liquides clairs* (eau, sirop, jus de fruits sans pulpe, sport drink, café, thé, tisane, bouillon clair) et de préférence boissons tièdes ou température ambiante.

Les femmes à risque lors d'une AG sont a priori non candidates à l'accouchement à la Casa de Naissance.

La sélection est faite tout au cours du suivi de la grossesse et complétée par la consultation d'anesthésie (qui a entre autres pour objectif de dépister les personnes suspectées d'intubation difficile).

Conclusion provisoire

Nous espérons que cette thématique, les questions et l'exemple de pratique proposés seront de nature à provoquer vos réactions et à ouvrir un débat constructif qui pourra nous aider à faire évoluer les pratiques dans le bon sens...

À bientôt,

– Odile Tagawa,
formatrice ANSFL
et coordinatrice formations.

Bibliographie

- Simkin. P. (1986). *Stress, Pain and catecholamines in labor*. Part 1. Birth, 1986, 13, p.588-592.7
- Leuvrais, S. (2019). *Appports per os et accouchement : vers une harmonisation des pratiques à la maternité d'Olympe de Gougues, Saint-Avertin : ESF/IFPS-CHRU Tours.*



Offre réservée aux membres de l'ANSFL

**ABONNEMENT
d'1 an aux
Dossiers de
l'Obstétrique**

(11 numéros par an)

Au prix
exceptionnel
de : **65 €**
au lieu de 79 €



BON DE COMMANDE

À RETOURNER, ACCOMPAGNÉ DU RÈGLEMENT, À :
ESKA - 12 RUE DU QUATRE-SEPTEMBRE - 75002 PARIS

- Je m'abonne pour 1 an aux Dossiers de l'Obstétrique (11 numéros par an) au prix exceptionnel de 65 € (au lieu de 79 €).
- Je suis sage-femme libérale affiliée à l'ANSFL.

VOS COORDONNÉS

M^{me} M^{lle} M.

Nom

Prénom

Adresse

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

Ville

Tél. [][][][][][][][][]

Adresse courriel

FACTEURS PRÉDICTIFS D'INSATISFACTION DE L'ANALGÉSIE PÉRIMÉDULLAIRE OBSTÉTRICALE : ÉTUDE À L'ÉCHELLE D'UNE NATION

Objectif

L'analgésie périmédullaire est efficace et largement utilisée pendant le travail, mais on a peu de données sur la satisfaction qu'en retirent les mères. Nos objectifs étaient d'évaluer le taux d'insatisfaction au sujet de l'analgésie périmédullaire ainsi que les facteurs prédictifs de cette dernière.

Matériel et méthode

Nous avons extrait des données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, une étude transversale en population incluant toutes les naissances survenues pendant une semaine dans toutes les maternités de France.

Cette analyse incluait donc tous les accouchements par voie basse sous analgésie périmédullaire.

La satisfaction maternelle a été évaluée par une échelle de Likert de 4 niveaux lors d'entretiens en post-partum. Une satisfaction incomplète correspondait aux femmes qui étaient « plutôt satisfaites », « insuffisamment satisfaites » et « pas du tout satisfaites ». Nous avons réalisé des ajustements sur des caractéristiques sociodémographiques, obstétricales, anesthésiques et organisationnelles pour pouvoir comparer les femmes incomplètement satisfaites et celles complètement satisfaites.

Résultats

35,2 % des 8538 femmes incluses étaient incomplètement satisfaites de leur analgésie périmédullaire. Les taux d'insatisfaction incomplète étaient supérieurs chez les femmes ayant au départ exprimé un souhait de ne pas utiliser l'analgésie périmédullaire, mais l'ont finalement utilisée (risque relatif 1,21 intervalle de confiance 95 % 1,05-1,39) ainsi que chez celles n'ayant pas utilisé une analgésie périmédullaire contrôlée par la patiente (1,20; 1,07-1,34); les taux étaient plus faibles parmi les femmes ayant utilisé une péridurée combinée (0,53; 0,28-0,99) que chez celles avec une péridurée simple.

Conclusion

La satisfaction incomplète au sujet de l'anesthésie neuro-axiale est un souci fréquent en France. Augmenter le recours aux analgésiques contrôlés par la patiente, à la rachi-péri combinées ainsi que la cohérence entre le projet prénatal d'analgésie périmédullaire et son utilisation réelle pourrait augmenter la satisfaction maternelle.

Mots clés

satisfaction analgésique, analgésie pendant le travail, gestion de la douleur pendant le travail, projet de naissance, analgésie périmédullaire, épidémiologie périnatale.

Publication de l'équipe EPOPé à l'INSERM (epope-inserm.fr). Traduction de l'abstract initialement paru le 14 août 2021 : ansfl.org/126/pubmed par Charlotte Gauthier pour l'ANSFL.

Affiliation des auteurs

- **Jade Merrer** : Université de Paris, Center of Research in Epidemiology and Statistics/CRESS/Obstetrical Perinatal and Pediatric Epidemiology Research Team (EPOPé), INSERM, INRA, F-75004 Paris, France. E-mail : jade.merrer@inserm.fr
- **Marie-Pierre Bonnet** : Université de Paris, Center of Research in Epidemiology and Statistics/CRESS/Obstetrical Perinatal and Pediatric Epidemiology Research Team (EPOPé), INSERM, INRA, F-75004 Paris, France; Sorbonne University, GRC 29, DMU DREAM, Department of Anaesthesiology and Critical Care, Armand Trousseau Hospital, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Paris, France.
- **Béatrice Blondel, Muriel Tafflet et Babak Koshnood** : Université de Paris, Center of Research in Epidemiology and Statistics/CRESS/Obstetrical Perinatal and Pediatric Epidemiology Research Team (EPOPé), INSERM, INRA, F-75004 Paris, France.
- **Camille Le Ray** : Université de Paris, Center of Research in Epidemiology and Statistics/CRESS/Obstetrical Perinatal and Pediatric Epidemiology Research Team (EPOPé), INSERM, INRA, F-75004 Paris, France; Port-Royal Maternity Unit, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris - Centre, Université de Paris, Paris, France.
- **Anne Chantry** : Université de Paris, Center of Research in Epidemiology and Statistics/CRESS/Obstetrical Perinatal and Pediatric Epidemiology Research Team (EPOPé), INSERM, INRA, F-75004 Paris, France; Midwifery School of Baudelocque, AP-HP, Université de Paris, F-75006 Paris, France.



COLLOQUE DE L'ANSFL

Samedi 26 mars 2022 de 8 h 30 à 17 h à la Halle Pajol
20 esplanade Nathalie Sarraute, 75018 Paris



SE METTRE AU VERT ? L'ÉCOLOGIE DANS NOS PRATIQUES

Accueil des participant·e·s à partir de 8 h 30

9 h Ouverture du colloque

- Eliette Bruneau, présidente

9 h 15 Santé environnementale

- Peggy Roussel, sage-femme

10 h : Pause

10 h 30 Projet MSP : transition écologique

- Annabelle Dauce Monsimer, infirmière, coordinatrice de la MSP des bords de Loire

11 h 15 Développement durable dans les cabinets

- Julie Legrand et Léa Souchon, médecins généralistes

12 h : Repas

14 h Table ronde : L'écologie, facteur d'émancipation des femmes ? Réflexions autour de l'éco-féminisme.

Modérée par Pierre Yves Ginet, co-rédacteur en chef du magazine Femmes ici et ailleurs.

Invité·e·s (liste non exhaustive) :

- Béatrice Kammerer, journaliste spécialisée en éducation et parentalité et autrice

- Elise Thiebaut, biographe de Françoise d'Eaubonne, écrivaine et théoricienne de l'éco-féminisme

17 h 30 Fin du colloque et café de clôture

AG DE L'ANSFL

L'assemblée générale de l'association se tiendra à Paris le vendredi 25 mars 2022 de 14 h à 18 h.
Si vous souhaitez rejoindre le CA, vous pouvez nous adresser votre candidature par e-mail à contact@ansfl.org
accompagnée d'une brève présentation et de quelques phrases exposant vos motivations.



FORMALITÉ D'INSCRIPTION ANSFL POUR LES ADHÉRENT·E·S ET NON-ADHÉRENT·E·S

- Hors groupes constitués : **préinscription sur ansfl.org**
- Groupes constitués : contacter **formation@ansfl.org**



Étudiant·e

- Tarif adhérent·e.
- Formation : l'installation en libéral = ½ tarif avec adhésion gratuite.

Financement total personnel
vous bénéficiez du tarif adhérent·e.

Dans tous les cas, les inscriptions définitives sont enregistrées suivant l'ordre de réception du dossier complet :

- bulletin d'inscription*
- convention*
- règlement

*À télécharger dans l'e-mail de pré-inscription ou dans votre compte sur ansfl.org, dans la rubrique « mes formations ».

FINANCEMENT POSSIBLE

- **FIF-PL** : coût réel de la formation plafonné à 170 € par jour, limité à 750 € par an ;
- **le crédit d'impôt** : il concerne les formations n'ouvrant pas de droits d'indemnités.

Le calcul : nombre d'heures de la formation, plafonné à 40 h/an × taux horaire du SMIC – CERFA 15448*03.

Déclaration sur 2042 C PRO, case 8WD formation chef d'entreprise.



UNE DATE... UN LIEU

DE VOTRE CHOIX
POUR RESTER PLUS PROCHE DES SAGES-FEMMES ET FACILITER
L'ACCÈS À NOS FORMATIONS,

UNE FORMATRICE VIENT À VOUS

Vous constituez un groupe.

Vous êtes responsable du groupe*.

* 1 an d'adhésion gratuite à l'ANSFL **ou** gratuité du colloque annuel (déjeuner compris) **ou** gratuité de la formation (min. 11 inscriptions).

La responsable du groupe s'engage à :

1. Organiser la logistique de la formation :
 - a. fixer la date en accord avec le secrétariat et la formatrice;
 - b. trouver une salle adaptée (le coût de la salle étant à la charge du groupe);
 - c. prévoir un lieu pour le déjeuner (les repas sont pris en charge par l'ANSFL à hauteur de 15 € TTC/SF);
2. communiquer la liste des participants.

L'ANSFL s'engage à :

1. Assurer la prestation de formation;
2. fournir le programme et les supports pédagogiques;
3. gérer les documents administratifs : facture, convention de groupe et convention individuelle, attestation de présence et convention individuelle, attestation de présence et règlement;
4. relayer l'information aux adhérents (niveau régional ou national) si vous souhaitez compléter le groupe.

Secrétariat Formation

Martine Chayrouse

📍 8 boucle des Dauphinelles
05120 L'Argentière-la-Bessée

✉ formation@ansfl.org

☎ 07 82 19 11 59



L'INSTALLATION EN LIBÉRAL

14 h - Visio

Vous avez le statut d'étudiant-e ? ½ tarif avec adhésion gratuite. Sans emploi et/ou avec financement personnel ? Cette formation vous est proposée au tarif adhérent-e avec l'adhésion gratuite.

Si vous êtes déjà installé-e, la formation « cadre réglementaire et cotations » serait plus adaptée.

Pour les sages-femmes qui se questionnent sur l'exercice libéral et envisagent de s'installer, l'ANSFL propose d'apporter des informations pratiques sur : les formalités; les locaux; le matériel; l'activité conventionnelle; la fiscalité et la comptabilité; assurance « dommage », et assurance de personnes, crédit immobilier, Loi Madelin, Loi Pacte (PER), règles fiscales.



Intervenants : Laurence Platel, sage-femme et Olivier Nappey, courtier en Assurances, spécialiste de la protection sociale.



Dates (visio) : les 17, 18, 24 et 25 février 2022, de 9 h à 12 h 30.

LA PRATIQUE LIBÉRALE : CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS

8 h - Visio

Cette formation permet aux sages-femmes de connaître leurs obligations et leurs droits afin d'exercer en toute sérénité.

- Est-ce que je peux ouvrir un cabinet secondaire, créer un cabinet dans la même rue qu'une autre sage-femme, m'associer à un naturopathe ?
- Suis-je obligée de signer un contrat de remplacement, d'association ?
- Quels sont mes droits et devoirs vis-à-vis de mon collaborateur ?
- Comment appliquer la nomenclature générale des actes professionnels ?
- Est-ce que je peux facturer un acte de nuit pour une consultation après 20 h, une consultation pour le nouveau-né ?
- Comment coter une consultation d'allaitement ?
- Est-ce qu'une femme a le droit de s'absenter de son travail pour une séance de préparation ?
- Dans quels cas la rééducation périnéale est-elle prise en charge au titre de l'assurance maternité ?



Intervenante : Laurence Platel, sage-femme.
Dates (visio) : 12 et 13 mai 2022, de 8 h 30 à 12 h 30.



FACILITER L'EVIDENCE BASED MIDWIFERY (EBM)

14 h - Visio

- Faire une recherche bibliographique sur PubMed ;
- Sélectionner les sources d'informations et la littérature selon leur validité et leur utilité ;
- Lire et interpréter les résultats d'une synthèse méthodique ;
- Lire et interpréter les principaux résultats d'études scientifiques : rapport de cotes (odds ratio), intervalle de confiance, petit « p » ;
- Mettre à jour régulièrement vos connaissances par rapport à l'état de l'art.



Intervenante : **Amélie Battaglia, sage-femme.**
Dates (visio) : 2, 3, 9 et 10 juin 2022 de 9 h à 12 h 30.

CONSULTATION DE NOURRISSON

14 h

Professionnelle médicale, la sage-femme sait trouver des réponses qui ne sont pas exclusivement techniques. Les réponses sont d'ordre éducatif et préventif, la surveillance des nourrissons en bonne santé est une occasion d'échange et de dépistage de risques tant médicaux que relationnels.

C'est avant tout un moyen de rassurer des parents inquiets et de leur éviter des consultations de spécialiste ou en service d'urgence.

- Prise en charge de la surveillance des nourrissons en bonne santé ;
- Savoir répondre aux questionnements des mères devant les petits problèmes ;
- Restituer la sage-femme dans son rôle éducatif autour de la famille.



Intervenante : **Jacqueline Lavillonnière, sage-femme.**
Vous souhaitez constituer un groupe dans votre région ? Contactez-nous par e-mail à : formation@ansfl.org

L'ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ – ANP

14 h par session

Analyser et structurer votre accompagnement périnatal, pour vous permettre d'améliorer votre pratique par l'acquisition d'outils concrets.

Session I : construire et faire évoluer sa PNP

Cette formation s'inscrit dans une démarche d'analyse et de soutien de la pratique d'accompagnement de la sage-femme. Elle s'adresse aux sages-femmes libérales ayant déjà une expérience professionnelle, que celle-ci soit récente ou déjà bien établie.

Il ne s'agit pas d'enseigner une « nouvelle méthode de préparation », mais d'offrir un cadre de travail pour que chaque sage-femme puisse faire le point sur sa pratique, mieux la penser, mieux la structurer.

La proposition est de la confronter aux références réglementaires et théoriques, mais aussi à celle de leurs collègues, dans un esprit de partage, de soutien et d'enrichissement mutuel.

- Structurer la PNP pour mieux soutenir le cheminement des parents vers la naissance ;
- Inscrire sa pratique dans le cadre de la relation d'aide ;
- Organiser les séances de PNP par objectif ;
- Animer un groupe.

Session II : construire et faire évoluer son accompagnement du postnatal

Prérequis : avoir suivi la session I

Cette session a pour objet l'analyse du soutien postnatal au travers des visites à domicile, du post-partum et du temps de rééducation périnéale. Elle permet aussi de mieux construire les séances de PNP concernant la période postnatale

L'accompagnement aux premiers liens, à la réorganisation de la vie conjugale et familiale sera interrogé à partir de cas cliniques et de simulations.

Les repères théoriques seront progressivement introduits pour permettre à la sage-femme de mieux concevoir et structurer son aide auprès des parents ainsi que sa mission de prévention psychique précoce. Comme pour la première session les propositions de jeux, de mise en situation, permettront de rendre concrets les apports théoriques.

- Repérer les signes de souffrance psychique (mère, bébé, interactions) ;
- Connaître les besoins du nouveau-né et de la famille ;
- Développer ses compétences d'observation et de guidance interactive ;
- Préparer et anticiper le postnatal.



Intervenante : **Odile Tagawa, sage-femme.**
Vous souhaitez constituer un groupe dans votre région ? Contactez-nous par e-mail à : formation@ansfl.org



LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE PHYSIOLOGIQUE

Les situations pratiques et cas cliniques, proposés tout au long de ces journées de formation (échographie et biologie), seront un temps dédié à l'analyse des pratiques professionnelles et permettront d'intégrer rapidement les données théoriques.

Échographie (visio ou présentiel)

- L'image échographique et le principe de fonctionnement;
- Innocuité des ultra-sons et limites de l'examen échographique;
- Connaître le calendrier des échographies de la grossesse et les recommandations.

À l'issue de la formation, vous serez capable :

- D'analyser l'examen échographique afin de pouvoir dispenser aux patientes une information claire sur les enjeux, les limites et les résultats;
- Les situations pratiques et cas cliniques, proposés tout au long de ces journées de formation (échographie et biologie), seront un temps dédié à l'analyse des pratiques professionnelles et permettront d'intégrer rapidement les données théoriques.



Intervenante : **Évelyne Rigaut, sage-femme échographiste.**

Vous souhaitez constituer un groupe dans votre région ? Contactez-nous par e-mail à : formation@ansfl.org



L'EUTONIE : RÉÉDUCATION EN POSTNATAL

14 h par session

Session I : Découverte

Cette formation propose des bases de travail corporel global pour : découvrir les bases de l'eutonnie et les intégrer à la pratique de rééducation postnatale; cheminer avec la patiente dans l'éducation thérapeutique; enseigner une utilisation corporelle optimale afin de minimiser les risques de ptôses et d'incontinence urinaire.

Date et lieu : **3 et 4 mars 2022 à Saint-Germain-Mont-d'Or (69).**

Session II : Approfondissement

Prérequis : avoir suivi la session I

Traiter les pathologies urinaires en eutonnie : incontinence urinaire d'effort (externe et interne); les instabilités vésicales; les prolapsus; les émotions et les symptômes urinaires; les inversions de commande.

Session III : Mobilité et le dynamisme après accouchement

Prérequis : avoir suivi la session II

Percevoir les mouvements respiratoires jusqu'au périnée; équilibrage de l'axe par un travail sur la colonne vertébrale; recentrage, équilibrage du bassin; relaxation en eutonnie.

Date et lieu : **31 janvier et 1^{er} février 2022, à Saint-Germain-Mont-d'Or (69).**

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

Prérequis : avoir suivi la session III

Les principes thérapeutiques s'acquièrent par l'écoute des sensations corporelles dans le mouvement, le contact ou le transport.



Intervenante : **Martine Gies, sage-femme.**

Vous souhaitez constituer un groupe dans votre région ? Contactez-nous par e-mail à : formation@ansfl.org



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

21 h

Comment devenir parents tout en restant amant ? Grossesse et post-partum.

Une question devant laquelle se trouvent confrontés de nombreux couples après la naissance de leurs enfants.

Cette formation permet aux sages-femmes d'acquiescer une connaissance autour de la physiologie de la sexualité, favorisant ainsi une communication facilitée avec leurs patientes et leur conjoint.

Elle abordera :

- Généralités en sexologie clinique, notions de base
- Étude des dysfonctionnements sexuels féminins
- Étude des dysfonctionnements sexuels masculins
- Sexualité et période périnatale
- Éléments péjoratifs de nos pratiques obstétricales
- Troubles du désir et motifs de non-reprise de la vie sexuelle après la naissance
- Sexualité et cancer
- Sexualité et troubles du comportement alimentaire
- Violences sexuelles
- Étude du Kamasutra



Intervenante : **Nicole Andrieu, sage-femme.**
Dates et lieu : 26, 27 et 28 janv. 2022 à Lille (59) et 13, 14 et 15 mai 2022 à Obernay (67).



LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES PHYSIOLOGIQUES

14 h

Comment observer, préserver et valoriser les différents aspects physiologiques d'une grossesse, de la mère et de son enfant ?

Cette formation permet de mettre en avant les compétences cliniques de la sage-femme dans l'accompagnement de la physiologie du couple mère/bébé et le dépistage de tout ce qui pourrait venir la perturber. Elle permet également d'initier les participants à l'utilisation de la médecine par les preuves (Evidence Based Medicine) dans une pratique clinique quotidienne en cabinet de ville.



Intervenante : **Amélie Battaglia, sage-femme.**
Dates (visio) : 10, 11, 17 et 18 mars 2022, de 8 h 30 à 12 h.

NAISSANCE PHYSIOLOGIQUE — ACCUEIL DU NOUVEAU-NÉ

2-3 jours (en fonction des thèmes abordés)

Formation destinée aux sages-femmes libérales, adaptée aux sages-femmes travaillant en maison de naissance.



Intervenante : **Jacqueline Lavillonnière, sage-femme.**
Dates et lieux : 8 et 9 mars 2022 à Genève (Suisse) et 3, 4 et 5 février 2022 à Clermont-Ferrand (63). Vous souhaitez constituer un groupe dans votre région ? Contactez-nous par e-mail à : formation@ansfl.org



LES PERTURBATEURS ENDOCRINIENS

3 h 30 - Visio

Les perturbateurs endocriniens : mieux les connaître pour mieux en parler

Mieux communiquer sur les perturbateurs endocriniens dans nos messages de prévention. Les années 90 marquent l'émergence du terme de perturbateur endocrinien et du concept de « Wildlife/Human connection ».

La communauté scientifique souligne l'apparition d'un danger commun à la faune et à l'espèce humaine via la diffusion de certaines substances chimiques.

Dans le plan santé nationale environnement 2015-2019, la France s'est dotée d'une stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens dans le but de mobiliser les chercheurs autour de leurs repérages et de leurs effets sur la santé de la population.

Depuis de nombreuses années, ces substances occupent régulièrement les tribunes des médias.

Leur présence dans notre quotidien (alimentation, cosmétiques, pollutions environnementales anciennes) ainsi que la connaissance partielle actuelle, génèrent des questionnements fréquents chez les patients.

Les consultations de la sage-femme, quel que soit le moment dans la vie d'une femme ou d'une famille, sont des moments privilégiés pour répondre à ces questions et diffuser un message de prévention autour de cette thématique.



Intervenante : **Amélie Battaglia, sage-femme.**
Dates (visio) : 20 mai 2022 de 8 h 30 à 12 h.



EUTONIE « FORMATION SUR MESURE »

Une formation selon vos besoins, avec plusieurs objectifs :

- répondre à vos difficultés lors de vos pratiques ;
- découvrir de nouvelles propositions pour étayer votre pratique ;
- une ou deux journées à part pour prendre soin de vous !

Faites-nous part de vos propositions de lieu, de temps, de vos besoins, de vos souhaits ! Vous établissez le programme sur un ou deux jours en concertation avec la formatrice



Intervenante : **Martine Gies, sage-femme.**

VIOLENCES SEXUELLES EN PÉRINATALITÉ – PRÉVENTION, DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE

Contribuer à l'éradication des violences sexuelles en formant les sages-femmes et les professionnels de la périnatalité au dépistage et à l'accompagnement des parents aux antécédents personnels de violences sexuelles, durant la période périnatale, ainsi qu'à la prévention éducative pour leurs enfants.



Intervenante : **Nicole Andrieu, sage-femme.**
Dates et lieux : 9 et 10 fév. 2022 à Orléans (45), 26 et 27 avril 2022 à Nantes et 17 et 18 juin 2022 à Obernai (67).

L'ANSFL VOUS PROPOSE DES FORMATIONS « SUR MESURE »

Photo par Louis Mornaud sur Unsplash :
unsplash.com/photos/L80cC_5nAFI

Une formation selon vos besoins. Pourquoi ?

Selon le code de santé publique, la sage-femme se doit de proposer à ses patients, une prise en charge validée sur le plan scientifique.

Pour cela, elle se doit de tenir compte des dernières données de la littérature... Pourtant le temps des professionnels de santé en ville, à l'hôpital, en PMI est précieux et il est parfois difficile, voire impossible, de prendre du recul sur une situation/une thématique pour y réfléchir.

- **Analyser** une thématique particulière (par exemple : la naissance dans l'eau);
- **comprendre** les dysfonctionnements d'une situation qui a posé un problème (exemple : réhospitalisation d'un nouveau-né pour ictère);
- **se mettre à jour** sur les nouveaux traitements préconisés, les dernières recommandations (exemple : revue de la littérature sur la supplémentation en vitamine D), semble nécessaire et pourtant trop rarement mis en place.

C'est pourquoi nous vous proposons des missions « à la carte » selon vos besoins de réflexions et les situations que vous pouvez rencontrer dans votre pratique quotidienne.

Une formation selon vos besoins. Pour qui ?

Les sages-femmes à travers leurs différents modes d'exercice.

Une formation selon vos besoins. Comment ?

Ces temps de réflexions/formations peuvent être organisés en présentiel ou en virtuel.

Les honoraires sont de 100 euros de l'heure et comprennent les frais de déplacements et de restauration. Ils comprennent également la fourniture de supports pédagogiques dématérialisés.

Thèmes proposés

Analyse de pratique

- **Durée 2 h** — Organisation de la réunion, définition de la thématique et des besoins (revue de la littérature, organisation d'un retour sur expérience...).
- **Durée 10 h** — Préparation : revue de la littérature, production de documents de synthèses, réflexions à aborder.
- **Durée 5 h** — Animation (présentation du doc de synthèse, animation de toute l'analyse, animation de travaux collectifs), compte-rendu de la journée et diffusion.

Rédaction, mise en page de documents et diffusion

- **Durée 4 h par document** (cette option n'est réalisable que si l'analyse de pratique a été réalisée au préalable) — Procédures, protocoles, recommandations, outils conçus en travail collectif.

Retour sur expérience (REX) en utilisant une grille d'analyse de causes

- **Durée 1-2 h** (en fonction du nombre d'intervenant-e-s concerné-e-s) — Organisation de la réunion (programmation de l'évènement, rassemblement des personnes concernées).
- **Durée 2 h** — Animation de la réunion, rédaction, diffusion du compte-rendu.

NB : une mise à jour en analyse de pratique et/ou dans la rédaction d'un document diminue le temps de préparation et/ou de rédaction. Les formules sont donc à adapter selon vos besoins.

Un programme et un devis seront établis lorsque vous aurez choisi les prestations souhaitées.

Intervenante :
Amélie Battaglia, sage-femme.





- LE PODCAST -

OÙ L'ON VOUS PARLE SANS TABOU DE GYNÉCOLOGIE,
CONTRACEPTION, GROSSESSE, MÉNOPAUSE,
BREF DE LA SANTÉ DES FEMMES.



PRODUIT PAR L'ASSOCIATION NATIONALE
DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES

À ÉCOUTER SUR...



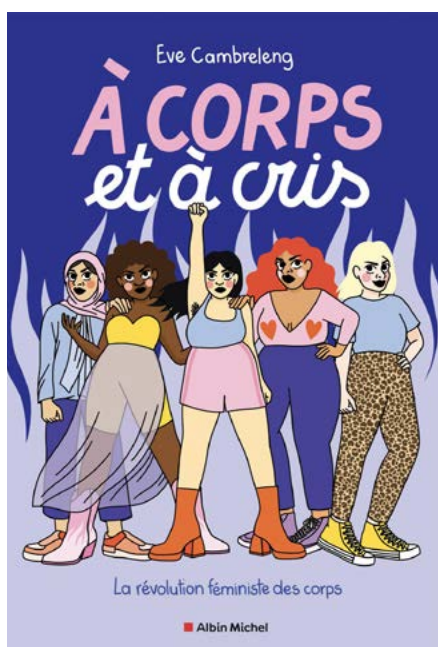


LE PETIT GUIDE DE LA FOUFOUNE SEXUELLE

84 pages — Julia Pietri — Better Call Julia — Juin 2021

Encore un livre pour enfant sur le consentement... Oui, MAIS. Là où beaucoup de livres sur ce thème oscillent entre militantisme et solennité, ce guide est à la fois bien plus léger et plus complet. Il aborde le corps et les émotions. Avant de parler de nudité, de pudeur et d'intimité, on parle du corps extérieur et mais aussi de ce qui se cache à l'intérieur : ce qu'on peut toucher (les os), sentir (les battements du cœur), et ce qui en sort comme le prout qui fera d'autant plus de bruit qu'il va vite. Rigolo, non ? Ensuite viendront le respect de soi... et des autres, de son consentement... et de celui des autres, la sororité, l'amitié, les relations familiales, amoureuses, bref toutes les sortes d'amours... et les interdits. Plus encore, cet ouvrage resitue toujours l'enfant comme un être d'interaction avec lui-même, l'autre, sa famille et même le monde du vivant. Et qui grandit et évolue, des « graines de vie » au grand âge en passant par la puberté. Malgré plusieurs tentatives, il est difficile de résumer cet ouvrage. Comme le vante la quatrième de couverture, il est vraiment adapté à tous de 4 à 12 ans, avec différents niveaux de lecture selon leur maturité. Bref... un must have à laisser volontiers traîner sur la table du salon pour y revenir encore et encore !

L'adolescence, pleine période de changement(s), d'ébullition, de questionnement(s)... Surtout pour les premier·ère·s concerné·e·s ! Certains ouvrages, sous le format BD et dans la veine des « Culottées » de Pénélope Bagieu, ouvrent la voie des réponses d'un point de vue féministe et abordent sans détour le consentement, le droit à disposer de son corps, la levée du tabou des règles, la notion de genre... Ils sont de vrais coups de cœur, et peuvent aussi être utiles en consultation ou à conseiller à nos plus jeunes patient·e·s (et leurs parents !).



À CORPS ET À CRIS

124 pages — Eve Cambreleng — Albin Michel — Mai 2021



LES RÈGLES... QUELLE AVENTURE !

72 pages — Elise Thiébaud, Mirion Malle — La Ville Brule — Novembre 2017



LA LIGUE DES SUPER FÉMINISTES

64 pages — Mirion Malle — La Ville Brule — Janvier 2019

UNE SUR TROIS

312 pages — Philippe Faucher — Robert Laffont — Avril 2021

Une sur trois, c'est le nombre de femmes qui aura recours à l'IVG dans sa vie. Dans cet ouvrage, Philippe Faucher raconte son parcours de gynécologue-obstétricien qui, comme tant d'autres praticiens, a été jugeant et même maltraitant envers les femmes recourant à l'IVG. Mais il raconte aussi comment à force de rencontres et d'écoute, il devient le gynécologue des « femmes à la marge ». Un des premiers à s'occuper des femmes porteuses du VIH quand personne ne voulait les soigner, avant de devenir un des spécialistes de la chirurgie réparatrice des femmes victimes de mutilation sexuelles. Co-fondateur du REVHO, il dirige aujourd'hui l'unité d'orthogénie de l'hôpital Trousseau à Paris et demeure très engagé. Mais surtout, cet ouvrage revient sur l'avortement dans le monde et en France, son histoire, sa réalité et les combats qu'il reste à mener. On ne résistera pas au plaisir de la liberté de ton de l'auteur, qui égratigne au passage des pontes à l'attitude pour le moins ambiguë face aux droits des femmes.

▶ Entrevue avec l'auteur : youtu.be/deMstXZaJ1U



LES OISELLES SAUVAGES

208 pages — Pauline Gonthier — Éditions Julliard — Octobre 2021

Les Oiselles sauvages est un roman dans l'air du temps qui aborde avec affection des sujets de société très actuels, tels que le féminisme, le droit à l'IVG et l'ouverture de la PMA aux couples de femmes. C'est aussi et surtout deux histoires d'amour fortes et sincères. Les chapitres alternent le récit croisé de deux femmes. Madeleine, témoin directe d'une révolution en marche qui assiste à la naissance du MLF dans les années 1970 qui s'engage alors dans des études de sage-femme pour devenir « une militante active du droit des femmes » et dont l'époque et l'éducation catholique l'empêchent d'accepter son attirance pour Jeanne, qu'elle fréquente au sein du mouvement. Mathilde, ancrée dans notre présent qui découvre son homosexualité et s'interroge sur la possibilité d'être mère, tout en comprenant auprès d'Alix que tous les combats féministes sont loin d'avoir été gagnés. Avec ce premier roman au croisement de l'intime et du politique et rigoureusement documenté, Pauline Gonthier rend hommage aux militantes et militants avec délicatesse et tendresse. Un vrai coup de cœur pour ce premier roman écrit par ma petite sœur :-)

— Sophie Jouve

CALL THE MIDWIFE

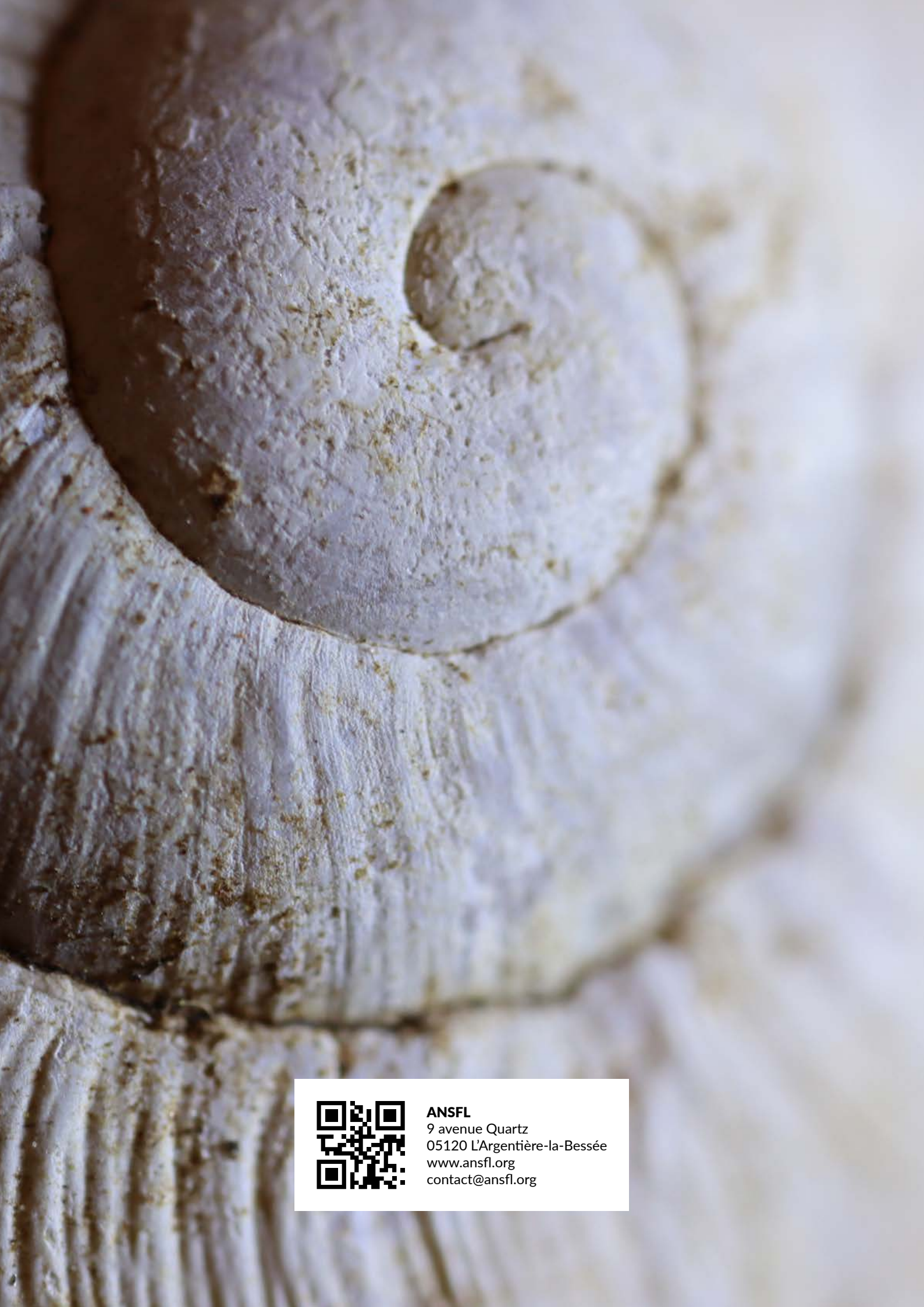
Série — Heidi Thomas — Depuis 2012

Initialement inspirée des mémoires de Jennifer Worth, la série « Call the midwife » et ses 10 saisons déjà diffusées sur BBC one ont connu un succès mérité. Au fil des épisodes, on plonge dans le quotidien de ces sages-femmes des 50's, exerçant en plein cœur d'un Londres en reconstruction et d'une population marquée par l'après-guerre. Bien au-delà de la simple soirée TV-tisane-plaid, il s'agit là d'un vrai témoignage des évolutions sociales et des droits (parfois encore fragiles) des femmes à disposer de leurs corps et de l'indispensable accompagnement prodigué par ces soignantes avec de nombreux thèmes abordés : grossesses non souhaitées, prémices de la contraception, avènement de l'IVG... quand bien même l'intrigue a pour place une maison religieuse! Enfin, dans des épisodes criants de réalité, on croirait assister à de vraies naissances, qui glissent doucement du domicile vers les maternités, le tout avec une forte notion du compagnonnage entre pairs.

À savourer, et en VO qui plus est :)

— Mylène Tortajada





ANSFL
9 avenue Quartz
05120 L'Argentière-la-Bessée
www.ansfl.org
contact@ansfl.org