**Violences obstétricales, violences faites aux femmes.** P3

**Retour d'expérience au Bénin avec « Sages-Femmes Sans Frontières ».** P4

**Hommage à Simone Veil.** P8

**« Groupe Chirurgie » Un collectif pour la chirurgie humanitaire** P9


# le Monde de Gynécologie Sans Frontières

*GSF agit pour la santé des femmes en France et dans le monde*

N°7 • Octobre 2017


## LE MOT DU PRÉSIDENT : L'été des violences obstétricales et de l'humanitaire

**En France, depuis quelques semaines, on ne parle que des violences obstétricales et du classement des établissements par taux d'épisiotomie annoncé.**
Pour dépassionner ce sujet Bernard Jacquetin propose une analyse raisonnée sur l'épisiotomie : indication médicale ou violence ? Thierry Harvey nous donnera son point de vue sur les violences obstétricales en général.
Cette violence obstétricale ouverte est dans le rapport de mission d'Emeline Lacombe. Envoyée par SFSF *(Sage-Femme Sans Frontières)* au Bénin, Emeline nous prouve tout l'intérêt de la préparation, par la FGOH à la mission humanitaire.

Que ce soit en France, Pays des droits de l'Homme, dans lequel les camps de migrants sont démantelés, sans réelle prise en charge humanitaire, que ce soit en Afrique où les dictatures et le terrorisme favorisent les viols et les meurtres, que ce soit dans les iles, ou s'ajoute le chaos climatique les besoins humanitaires s'emballent dans un silence absolu.
Seule ONG médicale, présente sans interruption depuis novembre 2015, dans le Nord de la France, GSF essaie d'apporter un peu de chaleur et de soins aux migrantes et quand il le faut, les protéger des violences. Isabelle Rieux nous parle de ces femmes en errance, de ces femmes sans droits.

Serge Boyer nous rappelle le long chemin de la conquête du droit des femmes. Et parmi ces femmes qui ont construit le chemin, une nous a quitté récemment. Richard Beddock nous retrace la vie de Simone Veil.
Une forme de violence et un défaut majeur de l'action humanitaire reste l'absence d'accès aux soins chirurgicaux pour tous. Sur 5 milliards d'individus dans le Monde, 16,9 millions mourront par insuffisance ou non accès à la chirurgie. Jean Luc Mouly, de Chirurgie solidaire, à l'initiative du collectif pour la chirurgie humanitaire, nous rappelle les directions à prendre pour lutter contre le déficit Chirurgical Mondial.

A chaque Pays, « *son* » humanitaire ! Philippe Sautier nous parle de la Santé du « *tiers monde intérieur* », les autochtones du Canada. Sa vision identique du bien et de comment bien le faire, nous a rapproché au point de créer une antenne de GSF au Québec.
Encore une fois espérons que le Monde de GSF N°7 déclenchera des vocations et favorisera par tous les moyens, la prise en charge des femmes en souffrance.

***Au moment où nous allions mettre sous presse, nous apprenons le décès brutal du Professeur Jacques Lansac. La Gynécologie-Obstétrique Française est en deuil. Mais il restera présent, vivant par ses souvenirs, ses textes et ses livres pendant des générations. Toutes nos condoléances à sa famille, ses amis, et à tous les membres du CNGOF et de GSF. Au revoir Jacques.***

**Claude Rosenthal**
**Président de GSF**

## EDITORIAL

# L'ÉPISIOTOMIE : UNE MUTILATION SEXUELLE VOLONTAIRE ?

**Ce n'est peut-être pas uniquement à cause de notre fidèle amitié que le Docteur Claude Rosenthal, président de GSF, m'a demandé de rédiger un éditorial pour « Le Monde de GSF » .**
**Le facteur déclenchant était bien entendu les déclarations de la secrétaire d'État à l'égalité hommes – femmes sur les violences (ou maltraitances, selon les préférences !) obstétricales… nous y reviendrons.**
La première raison est sans doute l'organisation le 29 novembre prochain à Clermont-Ferrand d'un colloque organisé par GSF sur le thème « de la sexualité à la violence sexuelle ». Claude Rosenthal connaissait parfaitement les violences faites aux femmes de par son implication dans de nombreuses missions humanitaires, mais il les avait rencontrées de façon plus perturbante encore en France en œuvrant dans « la jungle » de Calais. Il me savait aussi concerné car j'avais créé dans mon CHU en 2000 une unité de victimologie s'adressant aux enfants, jeunes filles et femmes enceintes subissant des maltraitances, et en particulier des violences sexuelles. Je peux déjà affirmer, sans hésiter, que les femmes enceintes risquent plus de violences de la part de leur conjoint que de la part de leur obstétricien !

© Claude Rosenthal

**Les « véritables » mutilations sexuelles ont des définitions internationales précises ; là encore, Claude Rosenthal les a rencontrées dans de très nombreux pays (il a l'intention d'en parler lors de notre colloque) et, depuis peu, en tant qu'expert médicolégal, je suis amené à faire des constats chez des femmes immigrées pour leur dossier d'intégration.** Comment oser comparer l'ablation du clitoris (dans les formes mineures), l'ablation de l'ensemble des organes sexuels externes (dans les formes moyennes), voire la fermeture quasi-complète du vagin (dans la forme majeure, l'infibulation) avec une incision du périnée ?

*Suite page 2*

## Lettre d'un gynéco à Jacques Lansac

Mon cher Jacques,

J'ai appris que tu étais parti pour toujours… comme ça, sans prévenir.
Sais-tu combien tu nous rends tristes, nous tes enfants ?
Sais-tu combien de gynécologues, de sages-femmes à travers le monde entier te doivent leur passion d'exercer leur métier et surtout de le faire bien ?
Faut-il rappeler ton engagement permanent dans tant de domaines : la stérilité (président de la fédération des CECOS), président de la CME du CHU de Tours, président du CNGOF et j'en oublie…
Ton engagement pour le droit des femmes est connu de tous, au travers des actions menées pour les centres d'orthogénie, la médecine humanitaire et en particuliers auprès de Gynécologie Sans Frontières où j'ai eu le plaisir de siéger au Conseil d'Administration avec toi et aussi des actions dans les différents ministères, toujours pour défendre notre profession.

Infatigable, nous, on ne te voyait pas changer. On continuait à te voir partout, sur tous les terrains. Tu es certainement la personne que j'ai le plus croisé dans le TGV entre Paris et Tours…
Tu as toujours été fidèle à toutes tes convictions, personnelles comme professionnelles. C'est aussi pour cela que tu étais bien plus que notre patron.
Ta grosse voix et ton inimitable accent lyonnais vont nous manquer.
Tes coups de gueule et la porte de ton bureau qui restait toujours ouverte pour nous, aussi.
J'ose croire que tu dois être fier de ton œuvre, tu vivras toujours dans le cœur de ceux, comme moi, qui ont eu l'immense chance de te rencontrer.
Je t'embrasse très fort.

**Fabrice Forveille**
**Gynécologue obstétricien et membre du CA de Gynécologie Sans Frontières**

**Éditeur de la publication:** Claude Rosenthal, Président de GSF - **Directeur de publication:** Claude Rosenthal Communication GSF - **Crédits textes** : Claude Rosenthal, Richard beddock, Bernard Jacquetin, Fabrice Forveille, Thierry Harvey, Emeline Lacombe, Isabelle Rieu, Serge Boyer, Jean-Luc Mouly, Philippe Sautier . **Crédits photos** : Claude Rosenthal, Olivier Pain, Delphine Wolff. - **Réalisation :** Comevents - Gynécologie Sans Frontières : Journal semestriel gratuit de Gynécologie Sans Frontières distribué sans abonnement - Date de parution Octobre 2017 - Gynécologie Sans Frontières (GSF) - 2, Boulevard De Launay - 44100 NANTES - Tél: 09 81 79 31 04 / 09 81 05 52 24

# L'ÉPISIOTOMIE : UNE MUTILATION SEXUELLE VOLONTAIRE ? (SUITE)

**La seconde raison nous ramène à l'épisiotomie…** Claude Rosenthal en a fait beaucoup dans sa carrière d'obstétricien (pour la bonne cause lui semblait-il !), et il n'avait pas oublié que j'étais le président du groupe de travail auteur des « recommandations pour la pratique clinique » de notre Collège National en 2005. Que me valait cette responsabilité ? Sans doute l'évolution de ma carrière… après une première partie, passionnante, consacrée essentiellement à l'obstétrique, j'ai secondairement pratiqué la chirurgie réparatrice pelvi périnéale. Pourquoi ? Parce que je m'étais rendu compte que la femme payait bien souvent un lourd tribut à son accouchement (je l'ai dit et écrit…) : incontinence urinaire, incontinence anale, douleur périnéale, insatisfaction sexuelle… Pour mieux comprendre, j'ai appris à maîtriser des explorations telles que l'urodynamique et l'échographie périnéale et à collaborer avec les spécialités concernées, à savoir l'urologie, le digestif, la neurologie, la rééducation…

**Pour aider ces femmes, je me suis investi dans la chirurgie réparatrice des dégâts périnéaux et sphinctériens et des incontinences déjà mentionnées.**

Nous avons compris alors pourquoi une femme sur 10 ayant accouché se plaignait d'incontinence anale (à condition de lui poser la question ! N'est-ce pas un handicap insupportable pour une femme ?). Ne doit-on pas recourir à tous les moyens de prévention possibles de ce handicap, incluant, dans des indications que nous aimerions plus précises, l'épisiotomie.

Pourquoi est-il si difficile d'obtenir un consensus sur un des gestes chirurgicaux les plus simples que nous ayons à effectuer ? Il n'a, certes, pas été très difficile de convaincre que la réalisation quasi systématique d'une épisiotomie chez la nullipare était totalement empirique et non justifiée. Cela ne voulait pas dire pour autant qu'il fallait supprimer ce geste, mais son étude est moins simple qu'il n'y paraît : les études randomisées (épisiotomie systématique contre absence d'épisiotomie) sont impossibles… il s'agit toujours de comparer une épisiotomie « d'usage libéral » à une épisiotomie « d'usage restrictif » ; il y a donc toujours un biais de sélection ! Peut-on comprendre que lorsqu'il s'agit d'accélérer l'accouchement d'un enfant en souffrance (ce que nous savons grâce au monitoring cardiaque systématique…avant, l'enfant naissait mort ou gravement handicapé !), l'épisiotomie ne se discute pas.

**Sans recourir même à la «médecine basée sur les preuves », il est quasi impossible de standardiser la pratique de cette simple incision :** l'incision médiane qui était quasi systématique aux États-Unis a fort heureusement pratiquement disparu (elle ne protégeait pas des lésions sphinctériennes anales, voire les favorisait), mais les incisions médio latérale et latérales n'ont certainement pas les mêmes conséquences, d'autant que certaines sont réalisées à minima et d'autres atteignent volontairement les muscles puborectaux, cette incision musculaire visant à éviter la lésion sphinctérienne anale, voire même rectale. Je ne suis même pas loin de penser (attention, c'est l'avis de quelqu'un qui se croit expert !) qu'à une époque où l'échographie, a fortiori 2D voire 3D, ou l'I.R.M., permettent d'identifier ce que les anglo-saxons appellent l'avulsion des muscles puborectaux (c'est-à-dire leur désinsertion du pubis), cette incision de décharge puisse l'éviter… or il est démontré maintenant le rôle de cette désinsertion dans le prolapsus et même dans la récidive du prolapsus après intervention chirurgicale. Tous les médecins sportifs savent qu'une élongation, voir une déchirure musculaire, cicatrise avec des conséquences modérées sur le rendement musculaire, à condition d'une rééducation adéquate, mais qu'une désinsertion musculaire nécessite une intervention chirurgicale…

Comme tout geste préventif, la probabilité de l'avoir fait à bon escient ou au contraire de l'avoir pratiqué inutilement est difficile à prouver a posteriori. Si je peux comprendre la rancœur de certaines femmes souffrant de leur cicatrice d'épisiotomie, je voudrais leur dire que, peut-être, elle leur a évité une séquelle encore bien plus difficile à vivre.

**Le taux d'épisiotomie a considérablement baissé en France, il est difficile d'en chiffrer le taux idéal…**

Mais, dans les pays scandinaves, qui avant nous ont baissé leur taux d'épisiotomie (de l'ordre de 5 %), une inquiétude grandissante se fait jour : le taux de lésion sphinctérienne anale augmente ! Certains vont rétorquer que le diagnostic de ces lésions (la grande majorité étant ignorée au moment de l'accouchement) est maintenant facilité… il n'en est pas moins vrai que ces lésions existent et que beaucoup sont ou deviendront symptomatiques. Le Professeur Xavier Fritel, du CHU de Poitiers, fera à la réunion annuelle de notre Collège National en décembre une communication sur « épidémiologie et prévention de l'incontinence anale et des lésions du sphincter anal lors de l'accouchement » ; il a eu l'amabilité de me confier son texte ; il va conclure que l'épisiotomie medio latérale pourrait avoir un rôle préventif dans les accouchements à haut risque de périnée complet, mais surtout il plaidera pour le développement et la validation d'un modèle prédictif individuel de ce risque pour poser des indications sélectives d'épisiotomie. Une étude rétrospective sur l'activité de son service de 2005 à 2015 montre aussi une augmentation des déchirures périnéales sévères lors des extractions instrumentales alors que le taux d'épisiotomie avait progressivement diminué (5,7 % chez les primipares et 1,2 % chez les multipares). Dois-je rajouter que l'expert que je suis a déjà vu, mais récemment, trois patientes dans le cadre médicolégal pour incontinence anale post- partum ; à quand une plainte ciblée sur… l'absence d'épisiotomie ?

Redevenons à la polémique : si, comme l'a écrit le CIANE (Comité Inter Associatif Autour de la Naissance), le chiffre de 75 % d'épisiotomie en France avancé par notre secrétaire d'État est « une bourde », prétendre que ces violences obstétricales s'adressent essentiellement « aux femmes très jeunes, étrangères, ou handicapées » est de la diffamation. À juste titre, le président du CNGOF, le Pr Israël Nisand, a vertement répondu, soulignant que c'était notre profession qui était « maltraitée » par ces propos… défense corporatiste diront certaines ! En tout cas, il a souhaité une réflexion approfondie sur cette thématique en créant, sur avis du conseil scientifique, un groupe de travail pour établir de nouvelles recommandations sur « prévention et protection du périnée obstétrical » ; notre première réunion est fixée au 4 octobre, nos conclusions seront délivrées en décembre 2018.

Pour conclure, et peut-être rassurer les femmes voulant devenir mères, si le paternalisme ou le machisme sont au cœur de leurs préoccupations, je leur demande de prendre en considération l'évolution de notre profession :

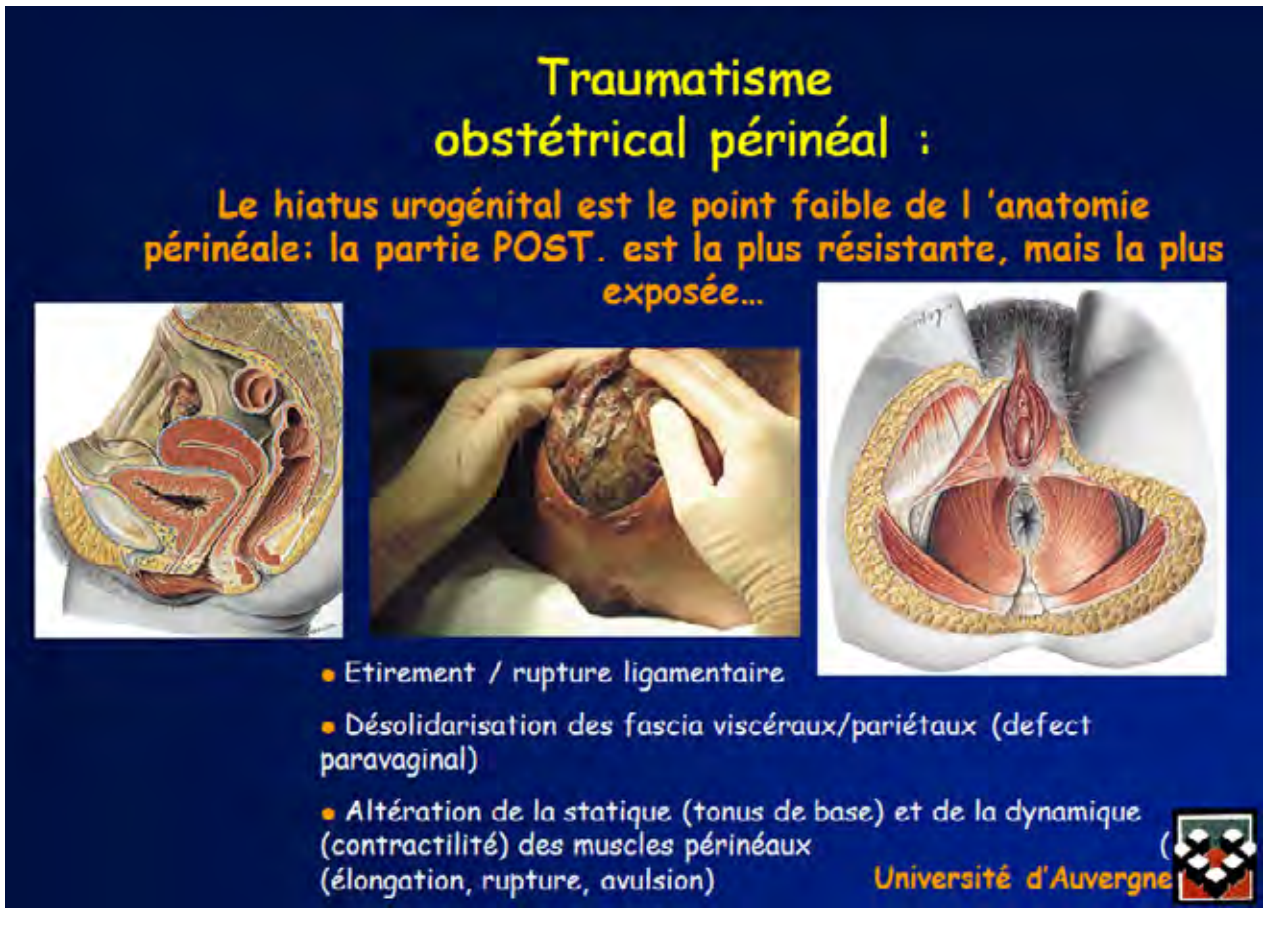
**A-t-on conscience que le suivi de la grossesse et la réalisation de l'accouchement est maintenant à 80 % dans les mains de femmes ?**

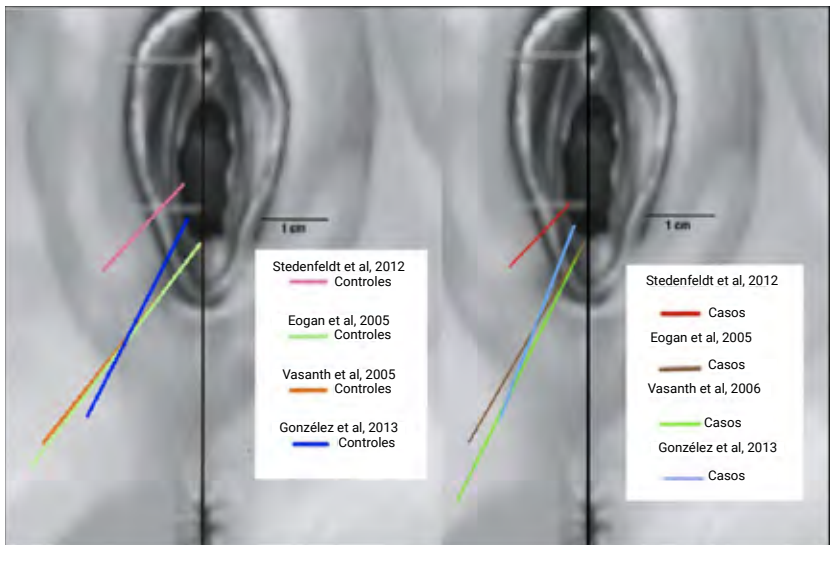
Sachez, Mesdames, qu'il n'y aura bientôt pas plus de gynécologue-obstétricien mâle que de sage-homme (pardon, de maïeuticien)…

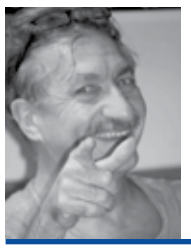
Malheureusement, cette polémique inclue maintenant, bien au-delà de l'épisiotomie, la médicalisation (voir l'hyper médicalisation !) de la grossesse et de l'accouchement… sachez que dans une récente édition du Times, les sages-femmes anglaises font un mea culpa d'avoir voulu s'affranchir de cette médicalisation, conscientes des possibles conséquences négatives sur la mère et son enfant…

La pratique gynécologique n'est pas non plus épargnée : il va devenir difficile de faire un frottis cervical de dépistage, une palpation des seins, une échographie vaginale, un vaccin de prévention du cancer utérin… etc. Sans doute pouvons-nous, devons-nous, améliorer l'information délivrée à nos patientes et l'empathie qui doit être présente dans cette approche intime de la femme, mais la détérioration orchestrée de la confiance de ces femmes vis-à-vis du personnel soignant me semble particulièrement délétère pour l'avenir.

**Bernard Jacquetin, Professeur Émérite de Gynécologie-Obstétrique, CHU Estaing, Clermont-Ferrand.**





# VIOLENCES OBSTÉTRICALES, VIOLENCES FAITES AUX FEMMES...

**Depuis cet été, à la suite d'un blog sur le site du journal le Monde, il n'est pas un jour sans échanges passionnés entre d'un côté des usagers/usagères sur ou super informées, la nuance est réelle et des professionnels pensant à de rares exceptions, faire de leur mieux pour le bien de la mère et de l'enfant.**

Tout commence par l'épisiotomie... oui le taux est encore trop élevé et le sera toujours, vécu comme une mutilation, une agression de la part du tout puissant obstétricien qui lui sait pourquoi il doit la faire, en tout cas le pense-t-il.Pourtant notre collège, le CNGOF, ne recommande pas de la faire systématiquement et loin s'en faut y compris dans les extractions instrumentales métalliques.

Ce geste est donc vécu comme : « *il ne m'a pas fait pousser plus de 3 fois, il a mis les fers, il m'a coupée pour gagner du temps* ». Aie ! si certains ont cette pratique, qui plus est, en suturant et parlant du point du mari, peut être devraient ils s'interroger sur la raison primitive de faire ce métier de galérien... la santé des femmes et des enfants ou des euros ? Et ça continue, les témoignages affluent, merci les réseaux sociaux, et on se rajoute une pétition, dont seuls les pétitionnaires croient en l'efficacité, rajoutons une pincée politique avec une secrétaire d'état, mal renseignée, qui annonce 75% d'épisiotomies et certains collègues moins de 2%... où va-t-on ?

Depuis c'est l'hallali, haro sur les gynécos, nous ne pensons pas aux femmes nous ne les écoutons pas.

Puis les étudiants en rajoutent une couche : « *on m'a obligé, forcé à examiner la mémé pendant qu'elle dormait je n'avais pas envie* » je vais cafter et à qui ? bien sûr pas au chef de service, mais un petit tour sur les réseaux sociaux et hop le blog s'en saisit : « *pénétration des voies génitales sous anesthésie générale, sans consentement éclairé* »(en dehors de la lumière blafarde du scialytique...)

Et ça part en live, les journalistes s'en emparent, invitation de la bloggeuse, mot du président du CNGOF, mot du SYNGOF, gynéco bashing et les anesthésistes s'en prennent une dose avec leurs satanées péridurales qui ralentissent le travail, favorisent les forceps etc...

**On est en septembre, les ouragans prennent le devant de la scène, mais le livre noir des maternités et violences obstétricales est sous presse pour novembre...**

Que faire, continuer à opposer les femmes/usagères au corps médical ? Aucun intérêt, encore faut-il dépassionner, admettre certaines réalités.

En 30 ans la planète médecine a changé plus que dans les cent années précédentes.

Ciblons la gynécologie obstétrique : avant, seule la clinique fine de l'examen permettait d'approcher un diagnostic, et il n'y avait pas de mannequin de simulation, d'où seule solution, dans les services universitaires, le compagnonnage sur personne vivante, acceptant, pas forcément consentante, mais il fallait bien devenir des professionnels confirmés. En échographie, seule solution, le vivant, pas de fantômes à l'époque, l'apparition des sondes vaginales a aussi nécessité un apprentissage, sur personne acceptante...

Que dire des épisiotomies, il fut un temps où celles réalisées pendant la garde de nuit étaient suturées à la file sous anesthésie générale on appelait l'externe de garde, qui ne connaissait pas la patiente, à qui on avait montré comment suturer. Puis ouf les sages-femmes ont eu le droit de suturer. Il fallait dans les années 80 faire systématiquement une épisiotomie en cas de primiparité ou de forceps et certains chefs de service le vérifiaient. En cas de déchirure, voire oh scandale, d'atteinte du sphincter anal, on était soumis à la vindicte d'un jury présidé par le Patron. Dans les années 90, on démontre l'absence d'effet préventif de l'épisiotomie sur les lésions sphinctériennes et les troubles de la statique pelvienne, la péridurale passe en mode injection continue avec des dilutions plus importantes, puis dans les années 2000 moins d'ocytocine synthétique... Toutes ces évolutions sont-elles assimilées ? Certains répondent « *je fais comme cela depuis plus de 25 ans pourquoi changer ?* »

L'apparition des usagers dans les hôpitaux, organisés en associations, comme le Lien qui fête ses 20 ans prochainement, et dernièrement les réseaux sociaux entrainent la constitution de groupes qui s'auto-proclament « sachant » autant que les professionnels qui savent ou pensent avoir un savoir à jour...

Que faire ? Bien sûr écouter, ne pas infantiliser, avoir des arguments, écouter les arguments des uns et des autres et, ensemble, faire au mieux. Pour cela nous, soignants sachants, devons accepter un dialogue avec celles et ceux qui ont parfois plus de temps à passer sur le net que nous auprès des patientes.

Enfin dernière polémique, les vaccins et récemment la recommandation « alcool zéro » pour les femmes enceintes, vécue par certaines, non soignantes, comme un X$^{ème}$ interdit.

Où va-t-on ? Je ne sais pas mais on y est ensemble alors DIALOGUONS

**Thierry Harvey**
**Chef de service de gynécologie Obstétrique.**
**Hôpital des Diaconesses, Paris.**

# MISE EN PRATIQUE DE LA FORMATION EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE HUMANITAIRE:

## RETOUR D'EXPÉRIENCE AU BÉNIN AVEC « SAGES-FEMMES SANS FRONTIÈRES »

**« Vendredi 14 juillet 2017, 3ème jour de stage à la maternité du Centre Hospitalier Départemental D'Abomey. 7h30, je rejoins l'équipe de sages-femmes pour les saluer, quand soudain nous entendons un bruit fracassant venant de la salle de naissances.**
**Accompagnée d'une infirmière nous nous y rendons rapidement et retrouvons une jeune femme de 25 ans, primipare, terminant sa crise convulsive à même le sol, la bouche ensanglantée après avoir fait une chute d'1 mètre de haut depuis la table gynécologique, sur laquelle elle patientait en silence pour accoucher.**
**Après un regard échangé avec l'infirmière, cette dernière me lança comme détachée : «crise éclamptique». Je me suis alors précipitée auprès des sages-femmes pour leurs expliquer ce qui se passait à quelques mètres de leur salle de garde.**
**Là, un bref silence, je constate l'attitude lasse et résignée du personnel, mais une sage-femme prend un ordonnancier et prescrit : sulfate de magnésium / diazépam / sonde urinaire, que l'accompagnant devait aller chercher pour entamer les soins.**
**15 minutes après la crise convulsive, alors que la parturiente était toujours étendue à même le sol, toujours le visage baignant dans le sang issu de sa lèvre blessée, le brancardier et l'infirmière la prirent par les pieds et les mains pour l'emmener en salle d'hospitalisation. Puis, la sage-femme et l'infirmière tentèrent de la déshabiller pour l'examiner devant une assemblée de 8 autres femmes hospitalisées, apeurées et impuissantes face à ce qui se passait.**
**Ces patientes, ne sont, en effet séparées par aucun paravent protégeant leur intimité. Malgré les refus de la patiente qui ne voulait pas être examinée à la vue de tous, la sage-femme tenta à 3 reprises un toucher vaginal intrusif pendant que l'infirmière tenait ses membres et la réprimandait afin qu'elle arrête de bouger.**
**2h après sa crise convulsive, la jeune femme n'avait reçu aucun traitement, ni aucun réconfort de la part du personnel soignant. »**

Cette situation vécue fait état des différentes difficultés auxquelles tout professionnel de santé souhaitant partir en mission humanitaire peut se retrouver confronté. Ainsi, il semble important de prendre conscience et de se préparer à plusieurs problématiques rencontrées sur le terrain.
Ayant eu la chance de participer à la FGOH organisée par Gynécologie Sans Frontières en juin 2017 à Lyon, je me suis sentie mieux préparée à affronter ce genre de situations.
La FGOH m'a d'abord permis de mettre des mots sur ce qu'est précisément l'humanitaire, son histoire, son évolution. Au-delà de ces fondamentaux, la FGOH permet avant tout une prise de conscience des contextes politiques et d'extrême pauvreté dans lesquels l'expatrié est amené à apporter son aide. Une prise de conscience des manques de moyens humains et matériels inhérents aux hôpitaux des pays en développement et donc des conditions parfois déplorables dans lesquelles la médecine peut être pratiquée. Dans ces pays où s'exerce parfois une réelle violence médicale, où le respect de la dignité des patients et la notion de secret médical sont inexistants. La considération du patient comme « être pensant », capable de prendre part aux décisions médicales le concernant : sont obsolètes.
Ainsi, l'aide humanitaire doit appliquer plusieurs règles pour être efficace.
Suivant la FGOH, et en partant avec SFSF, j'ai réalisé qu'on ne s'engage pas n'importe comment, n'importe où et avec n'importe qui. Une mission s'organise à la demande du pays, avec des objectifs précis mis en place dans le respect des quatre principes éthiques, et avec des professionnels formés au contexte d'exercice et à leur rôle sur place.
Cet apprentissage acquis au cours de la FGOH m'a permis sur le terrain de savoir ce que je pouvais faire et surtout ne pas faire et m'a donc été d'une grande utilité.
Un autre point central de la FGOH m'a semblé être les témoignages et les partages d'expériences par les membres de GSF et de SFSF. Quelles pratiques ont fonctionné ou pas et pourquoi ? Comment apprendre des erreurs des autres ? Etre et toujours rester humble. Ainsi,* partir en mission nécessite de connaître et d'avoir conscience des contextes dans lesquels nous pouvons nous retrouver, afin de pouvoir prendre du recul face aux situations vécues, de pouvoir s'adapter tout en restant humble : c'est ce que m'a appris la FGOH ! «Ne pas se moquer, ne pas déplorer, mais comprendre» comme l'aurait dit Spinoza, pour pouvoir «Former, Apprendre, Transmettre sans se substituer».
Au cours de ce séjour j'ai également travaillé au sein du dispensaire des sœurs de l'Assomption à Abomey. Ce dispensaire a pu être rénové et agrandi, grâce à l'association « Sages-Femmes Sans Frontières » (SFSF), afin de garantir l'entièreté des soins de santé primaires ainsi que 2 unités d'hospitalisation adultes et pédiatriques, un laboratoire et une pharmacie. SFSF, après avoir formé sur place le personnel local a passé le relais, et les Sœurs et les professionnels qui y travaillent mettent un réel point d'honneur à faire respecter leurs valeurs humaines et empathiques lors de la prise en charge de leurs patients. En effet, chacun, est pris en charge dans le respect de son intimité depuis sa pathologie jusqu'à sa vie morale, sociale, familiale et spirituelle. Il ne se résume pas uniquement à l'organe malade ou à la pathologie dont il souffre.
*Voici quelques exemples non exhaustifs vécus lors de mon stage au dispensaire :*
*La porte était fermée lors des consultations pour préserver l'intimité des patients qui étaient vus un par un. Chaque étudiant(e) était évalué(e). Le responsable de la supervision de la salle des pansements, insistait sur l'importance de communiquer avec le patient, de le rassurer pendant le soin, ainsi que de le remercier à la fin du soin et d'avoir accepté d'être pris en charge par le soignant. Concernant le matériel, une réelle gestion était en place : une sœur s'occupait de la réserve de matériel et de médicaments afin de prévoir et de palier aux manques. Les médicaments étaient distribués à l'unité et juste pour la durée nécessaire du traitement, afin d'éviter le gaspillage et de réduire les coûts. Une autre sœur s'occupait de la gestion financière du dispensaire et faisait en sorte que le patient puisse avoir accès aux meilleurs soins possibles en fonction du budget qu'il avait. Enfin, tous les professionnels soignants avaient accès à une solution hydroalcoolique et les grands principes d'hygiène étaient respectés.*

Pour que ceci fonctionne, un effort quotidien et une rigueur importante de gestion du dispensaire a été mis en place, et chaque professionnel a un rôle précis. Cette gestion garantit des soins de qualités dans l'intérêt du patient.

Ceci fait état des réels progrès qui peuvent être réalisés lorsque des agents humanitaires, tel que Mlle Delphine Wolff (Coordinatrice du projet Abomey-Bénin) et des professionnels locaux travaillent en collaboration dans un objectif commun : faire des centres médicaux : des locaux propres, de qualités, adaptés aux communautés, où s'exercent une médecine efficace et pérenne, dans le respect de la dignité du patient.
Car, comme aime le défendre SFSF et selon le proverbe africain : « Tout seul on va plus vite, Ensemble on va plus loin ».

**E. Lacombe, élève Sage-femme,**
**en stage au Bénin avec « Sages-Femmes Sans Frontières »**

SAGES-FEMMES SANS-FRONTIERES
Sages-Femmes Sans Frontières
S.F.S.F. ONG
Organisation non gouvernementale - *Non governmental organization*
« POUVOIR DONNER LA VIE SANS LA PERDRE, ET RESTER EN VIE »

# FEMMES MIGRANTES, FEMMES EN ERRANCE

**Être femme aujourd'hui dans notre pays, c'est devoir rappeler très souvent que les droits sont les mêmes pour chaque individu. Au point où il a fallu légiférer sur la parité et autre !**

Victimes de la guerre, des persécutions religieuses, de la famine, tu décides de partir loin de ton pays, loin de ce chaos vers un Eldorado, une liberté de vivre, de penser, une terre promise. Mais promise par qui, des ombres sombres, qui te vendent le merveilleux. Alors être femme migrante, kurde, irakienne, érythréenne, éthiopienne, iranienne, est complexe car la notion de vulnérabilité et d'inégalité est décuplée de manière exponentielle, accentuée par l'isolement, la langue, les coutumes et par-dessus tout, coiffée par une précarité psychologique, physique et sociale.

Lorsqu' elles ont esseulées, le parcours a été chaotique dès le départ, empreint de violences physiques, sexuelles, d'humiliations...

Alors pour avoir ce sentiment de sécurité, elles se regroupent, essaient de former une horde, protégeant leurs enfants, protégeant les femmes enceintes qui portent en elles le sordide souvenir de la brutalité d'hommes, de passeurs, profitant de leur non-statut et n'hésitant pas à prêter leur proie contre monnaie.

Toi, Bexhem , tu décides de partir loin, de quitter ta ville natale avec les tiens. Tu pars pour survivre, pour que tes 2 petites filles aient une vie meilleure mais le chemin est dangereux, violent. Pour réussir, il te faut tout laisser, je dis bien TOUT, ces liens avec ton passé, tes racines, tes souvenirs, ton métier, ingénieur en génie civil. Tes enfants doivent faire un choix cruel dans leur naïveté enfantine. Que prendre dans ce voyage sans retour? Ton compagnon, un cadre supérieur, te supplie de ne prendre que l'essentiel et ne montre pas son inquiétude, mais il est « chef de famille » et doit garder toute sa réserve.

## Quel est cet essentiel qui doit tenir dans un petit sac à dos ?

Ta vie et celle de tes enfants et de ton mari se résume à ce petit compagnon de toile.
Dans ta déchirure, te voilà partie sans papier, après avoir payé, une somme conséquente, sur la route, dormant ici ou là, quelque fois dans un abri isolé pour ne pas se faire attraper et ne pas se retrouver en garde à vue avec prise des empreintes digitales.
A la merci des passeurs, proxénètes de la misère, maquereaux du désarroi, passeports noirs, tu imagines et espères une liberté avec un grand L.
Alors tu avances dans cette espérance de ce monde meilleur mais le prix est renier ta culture, cet ancrage, tes racines, il te faut apprendre une autre langue pour communiquer, te faire comprendre, te faire accepter.

©Olivier Pain

Après ce périple de souffrances psychologiques, physiques, sexuelles pour certaines isolées, tu crois être arrivée dans ce sas de repos, la France mais tout n'est pas terminé.
Tu es lasse, tes enfants sont épuisés, ton compagnon, vidé, se bat contre la fatigue. Lorsque le camp de la Linière existait, il fallait un bracelet spécifique, un sésame pour le répit. Mais déjà distribués, les ombres malfaisantes vendaient à la sauvette un faux bracelet, payer, encore payer, pour un repos, une sécurité toute relative.

## Autre violence, subir les passeurs et leur loi du plus fort.

Chaque passeur a son aire d'autoroute, et les bons camions. Les meilleurs, les fruits et légumes car lorsque les douaniers anglais contrôlent le taux de CO2, ta respiration stressée passe à l'as. Pour pallier au besoin physiologique, ton compagnon demande des préservatifs. Quant aux enfants, il ne faut surtout pas qu'ils pleurent, alors tu utilises du sirop contre la toux et toi tu demandes des protections hygiéniques.
Lorsque le camp a brûlé, vous avez été mis dans des gymnases. Un représentant de l'état te promet un centre d'accueil et d'orientation, logement pour te reposer, toi et les tiens. Mais, tu refuses car encore trop loin de Calais. Alors, malgré des pourparlers longs avec l'office d'émigration, tu refuses toujours. Tu es fatiguée, et les enfants courent et rient dans leur naïveté. Les autorités menacent d'évacuation si tu ne veux pas. Les CRS se sont harnachés en protection anti émeutes. Dans ce chahut, les enfants se réjouissent, ne comprennent pas, comme si « on préparait un départ en vacances ». Encore une fois, tu fais ce petit sac, cet essentiel. En famille, vous montez dans des autobus. J'assiste à ce départ, les enfants font des coucous à l'arrière, rient, crient, mais tu ne souries pas, et dans tes yeux encore un périple à envisager...revenir pour passer, revenir à tout prix, passer à tout prix.

Tu es revenue et vit dans une jungle. Mais cette jungle n'a pas son super héros, son Tarzan défendant les plus faibles. Tu dors par petits instants, les enfants blottis contre toi. Les moustiques, les tiques, s'acharnent. Tu ne manges plus qu'une fois par jour, car les autorités empêchent les associations de distribuer les 3 repas. Impossible de se laver, cela fait 4 semaines que tu n'as pas pu faire ta toilette. Chaque matin, les CRS te délogent, tu plies tes couvertures de survie et une nouvelle journée commence. Ton compagnon contacte les passeurs pour un nouvel espoir cette nuit.

Tu t'appelles Selam, tu es érythréenne, tu dis avoir 16 ans, mais en fait tu en as 13. Tu dis avoir un grand frère, mais c'est ton « maître ». Tu as été vendue et dans ton périple, tu passes par la Lybie. Pays de tous les dangers, emprisonnée dans un hangar, tu subis viols, tortures : le « maître » t'a louée. A Calais, dans ta jungle, ton regard n'est plus triste, il est vide. Tu as dépassé le stade de la tristesse, tu es dans le chaos, le néant. Il nous faut rentrer en contact avec toi, «t'apprivoiser», pour t'aider à te délivrer des griffes. On essaye de te voir chaque jour, et tout doucement par le biais du «prendre soin», te convaincre que tu as des droits et te présenter à l'association qui s'occupe des droits des migrants et des mineurs. Pour l'instant, tu es encore dans la peur et l'emprise, tu refuses catégoriquement.

Elles s'appellent Sargol, Shana, Martha, Selam, Baran, Bexhem. Pour les plus chanceuses, les plus riches, la France est juste terre de transit, pour les plus démunies, qui ont tenté leurs chances plusieurs fois, la France est devenue terre d'errance avec son lot de violences, d'humiliations.
Désespérances et espoirs sont vos crédos journaliers et pourtant, dans ce chaos, vous gardez cette énergie incroyable, inimaginable, je dirais « cette folle envie de survivre et de vivre» malgré tout, d'avancer coûte que coûte. Je ne sais pas où vous trouvez cette énergie, où vous puisez cette force ?
Donnez-moi la réponse.
Femmes vous êtes, entièrement à part du fait de ce statut, mais à part entière du fait de votre détermination et de votre courage.

**Isabelle Rieux**
**Infirmière Missionnée GSF**

*Promouvoir la santé, développer des solidarités, autant de valeurs partagées avec Gynécologie sans Frontières*

Harmonie mutuelle
En harmonie avec votre vie

## HARMONIE MUTUELLE SOUTIENT GSF

Harmonie Mutuelle soutient GSF et en particulier son programme MADAMAGORE visant à réduire la morbidité et mortalité maternelle à Madagascar par l'amélioration de la prise en charge gynécologique et obstétricale.

Acteur global de santé, Harmonie Mutuelle milite pour l'accès à des soins de qualité pour tous tout au long de la vie. Militant de la solidarité et de l'engagement, Harmonie Mutuelle s'implique auprès de nombreux projets et associations (Fondation Armée du Salut, Emmaüs…) en faveur du handicap ou des plus démunis.

Promouvoir la santé, développer des solidarités, autant de valeurs partagées avec Gynécologie sans Frontières.

Harmonie Mutuelle, c'est plus de 4,3 millions de personnes protégées représentées par 1 730 élus au sein des instances de la mutuelle, 55 000 entreprises adhérentes, 4 600 collaborateurs, plus de 250 agences, 2,5 milliards d'euros de cotisations santé.

www.harmonie-mutuelle.fr

# PORTRAITS DE FEMMES

**Simone Veil nous a quittés. Elle nous avait fait l'honneur de présider la 2eme journée humanitaire, organisée par GSF, sur la santé des femmes dans le monde, en 2009.**
**Il nous a semblé opportun de rappeler, à travers le portrait de quelques femmes d'exception, le chemin parcouru pour le Droit des femmes depuis la Révolution Française, en passant par les lois sur la laïcité (1905) jusqu'à nos jours.**

## CE CHEMIN FUT LONG ET PÉNIBLE, ET IL N'EST PAS ENCORE ACHEVÉ. DEUX SIÈCLES ET PLUS !

Dès **1772**, Diderot publie des essais remarquables «sur les femmes » où il invite à perfectionner l'éducation des femmes notamment pour se débarrasser d'un reste de pudeur produit par… la religion.
Condorcet, seul philosophe des Lumières à avoir connu la Révolution, rédige en **1788** « sur l'admission des femmes au droit de cité », attaquant la misogynie et la phallocratie de l'époque. Il prônait une instruction identique pour les filles et les garçons, en affirmant que les femmes pouvaient être des citoyennes éligibles et électrices dans les affaires de la cité. Au nom de l'universalisme, il disait : « *quand elles votent c'est l'humanité qui s'impose en nous* ».

*Olympe de Gouge*

## 1 Lors de la Révolution française

**Succédant aux Lumières de 1789 et jusqu'aux Ténèbres de la Terreur en 1793, pour la première fois la parole a été prise publiquement par les Femmes.**
Michel Onfray, écrit dans « La force du sexe faible, contre - histoire de la Révolution française » (1) : « *la vision dominante et institutionnelle de la Révolution française est jacobine, masculine, construite autour de l'icône de Robespierre, chantre de la Terreur. Elle a toujours fait abstraction du rôle et des combats des femmes* ».
Les idées philosophiques des Lumières, la liberté, l'égalité des sexes, l'universalisme de Condorcet, de Voltaire ou de Diderot, sont repris par les Girondins et les Girondines, mais rejetés par Robespierre, Danton et Mirabeau. Ces derniers se retrouvant plus chez J.J Rousseau avec la Nature prédominante, sa misogynie et le rejet des femmes.
J.J Rousseau dans l' « Emile » décrit les femmes comme de grands enfants, l'homme est actif, la femme passive et faible. Il crée, elle procrée. Soit belle et tais-toi, déjà, incapable de penser. Et de rajouter : « *Il lui faut un bon naturel dans une âme commune, car rien n'est plus ridicule qu'une femme lettrée* ».
Ces idées de justice et de liberté seront reprises par une femme d'exception, Girondine et déjà féministe, le mot n'existait pas encore, **Olympe de Gouge**, (2) : la liberté et l'égalité pour les femmes.
Dans sa « Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne » (3) on retrouve les notions de Liberté, d'Egalité, de résistance à l'oppression, mais aussi des propositions favorables aux femmes, droit de vote, éligibilité, partage des fortunes, pension alimentaire, droits des enfants dans les successions, protection des prostituées, mariage des prêtres. L'article VIII a traversé les siècles pour rentrer dans la postérité : « *La femme a le droit de monter à l'échafaud, elle doit avoir également le droit de monter à la tribune* ».
Pour ses écrits, remplis idées « contre-révolutionnaires » disaient ses opposants pour la faire taire, on lui a coupée la tête le 3 novembre 1793. La Terreur affichait un antiféminisme radical.
Mais avant, elle avait également beaucoup écrit et publié, à ses frais, sur le mariage, l'adultère, le divorce, la bâtardise, l'harmonie des sexes, l'esclavage, le racisme. Dans « *Réflexions sur les hommes nègres* » en 1788 elle dénonce le colonialisme, le racisme, la discrimination due à la peau. Elle est déjà militante et universelle. Elle veut des assistantes maternelles, l'ouverture de ce que l'on appellera plus tard des Maternités, une amélioration des conditions d'hygiène lors des accouchements. C'était le temps où les femmes qui accouchaient avaient un pied dans la tombe. Elle aspire à l'Egalité des hommes et des femmes, en souscrivant à l'intelligence, à la raison et au bon sens.
Le Tribunal révolutionnaire durant les 18 mois de son activité a envoyé à l'échafaud 2700 condamnés, le tiers étaient des femmes dont Olympe de Gouges, Charlotte Corday, Théroigne de Méricourt, Germaine de Staël et bien d'autres qui ne sont pas rentrées dans l'Histoire, écrite …par des hommes pour des hommes.
Toutes ces femmes ont voulu prendre la parole en public pour revendiquer l'égalité, ce qui a choqué terriblement la bourgeoisie de l'époque. Quand cette dernière prit le pouvoir en 1793 les femmes furent renvoyées à la maison. La bourgeoisie française révolutionnaire a symbolisé le triomphe de Rousseau contre Condorcet.
Comme nous venons de le voir 1793 a été un grand échec pour les femmes.
Durant tout le XIXème siècle une chape de plomb et de silence est retombée sur les balbutiements des Droits des femmes. Les Droits des Femmes étaient mort-nés surtout après le Code Napoléon de 1804 confirmant l'infériorité des femmes et leur incapacité juridique.
Elisabeth Badinter parle de « la théorie de la complémentarité des rôles » : dans l'ordre de la Nature, la femme est le complément de l'homme, à lui les droits, à elle les devoirs.
Elle rappelle que J.J Rousseau a dressé un portrait affligeant de la femme à travers le portrait de Sophie dans « l'Emile ». « Sophie devra être dans sa maison comme une nonne dans un couvent ». C'est l'enferment de la femme. Ne pas accepter ce rôle, c'est défier la Nature.
Tant que le schéma du primat de la Nature a dominé, les rôles et les droits furent attribués en fonction de la physiologie des sexes et du discours religieux. Quand on a cassé beaucoup plus tard le modèle, le féminisme a pu naitre, se répandre, et s'exprimer. On a commencé à parler de féminisme dans la deuxième moitié du XIXème siècle.

## 2 Durant tout le XIXème siècle

Une chape de plomb et de silence est retombée sur les balbutiements des Droits des femmes. Les Droits des Femmes étaient mort-nés surtout après le Code Napoléon de 1804 confirmant l'infériorité des femmes et leur incapacité juridique.
Elisabeth Badinter parle de « *la théorie de la complémentarité des rôles* » : dans l'ordre de la Nature, la femme est le complément de l'homme, à lui les droits, à elle les devoirs.
Elle rappelle que J.J Rousseau a dressé un portrait affligeant de la femme à travers le portrait de Sophie dans « l'Emile ». « Sophie devra être dans sa maison comme une nonne dans un couvent ». C'est l'enferment de la femme. Ne pas accepter ce rôle, c'est défier la Nature.
Tant que le schéma du primat de la Nature a dominé, les rôles et les droits furent attribués en fonction de la physiologie des sexes et du discours religieux. Quand on a cassé beaucoup plus tard le modèle, le féminisme a pu naître, se répandre, et s'exprimer. On a commencé à parler de féminisme dans la deuxième moitié du XIXème siècle.
**Dans les années 1870**
Jules Ferry ouvrit les écoles aux filles pour « *fournir des compagnes républicaines aux hommes républicains* ». En 1882, l'école primaire devient obligatoire et gratuite pour les filles comme pour les garçons.
**Nous arrivons à 1905.**
Pour Elisabeth Badinter, « *la loi de1905, la séparation de l'Eglise et de l'Etat est le résultat incontestable d'une lutte de la République contre le pouvoir de l'Eglise, c'est le résultat d'une grande bataille livrée entre le civil et le religieux. Il y eut bien après, une prise de conscience de son utilité pour le féminisme et l'égalité des sexes* ».
La Laïcité a été la condition sine qua non de la libération des femmes car elle les a soustraites à l'oppression qui pesait sur elles dans les trois religions monothéistes. La Laïcité a accouché dans la douleur après de longs et pénibles efforts du féminisme d'une certaine façon, et du Droit des femmes.
Dans beaucoup de pays, où la laïcité n'existe pas, où existe par contre un pouvoir religieux et patriarcal, supérieur au pouvoir politique, le droit des femmes n'existe toujours pas.

## 3 L'entre deux guerres

La Grande Guerre, comme toutes les guerres, avait opéré une implacable remise en ordre des sexes. Pendant quatre ans, elle avait mis les femmes au travail, elles avaient remplacé les hommes aux champs, dans les bureaux, à l'usine. Elles avaient rendu possible l'effort de guerre et la victoire. Mais la paix venue … on les renvoya au foyer, leur refusant toute émancipation, toute autonomie et jusqu'au droit de vote pour lequel elles devront attendre vingt-cinq ans encore, et une autre guerre.
**Dans les années 20/30**
« *l'Eternel féminin* » est de retour. Les femmes sont fermement invitées à obéir à la Nature, c'est-à-dire à se soumettre à leur vocation d'épouse et de mère. Cette politique nataliste bloquera pour les femmes toute chance d'échapper à la fatalité biologique et tout espoir de pouvoir prendre en main leur vie.
Car non seulement la loi de 1920 sur la politique nataliste, aggrave la répression des pratiques abortives, mais elle interdit toute espèce d'information sur la contraception. Elle restera en vigueur pendant plus de cinquante ans et sera responsable de centaines de milliers d'avortements clandestins chaque année et de milliers de mortes. C'est en son nom qu'on guillotine le 30 juillet 1943 au petit matin, sous le régime de Pétain, Marie Louise Giraud, une blanchisseuse coupable d'avoir aidé des femmes à avorter. Ce sera la dernière femme exécutée en France, où il était en somme moins risqué d'assassiner son conjoint que de supprimer un embryon.
Evoquons une autre femme de lettres, **Colette.** Ce fut une femme libre dans ses écrits et dans sa vie. Pas véritablement féministe, comme le sera Simone de Beauvoir, mais engagée pour les femmes, soulignant leur courage, leur force, leur endurance au quotidien notamment dans un article consacré aux violences conjugales. Elle fut libertaire, plaidant pour les avortements libres, refusant les horreurs des avortements clandestins et mortels.
Au décours de la deuxième guerre mondiale, en avril 1944, le Général de Gaulle par ordonnance donna le droit de vote aux femmes, peut-être pour les remercier du rôle immense qu'elles avaient joué pendant la Résistance. Elles deviennent électrices et éligibles. La même année elles sont admisses dans les jurys d'assisses.


Rogé Cavaillès soutient Gynécologie Sans Frontières

## EN FRANCE APRÈS COLETTE, QUATRE FIGURES DU FÉMINISME ONT TRAVERSÉ LE SIÈCLE ET NOUS ÉCLAIRENT ENCORE AUJOURD'HUI :

### SIMONE DE BEAUVOIR

Elle posa en **1949** les fondements modernes de la réflexion sur la condition féminine avec « le Deuxième Sexe » (5). La sortie du livre fit scandale, son influence dépassa largement la France, théorisant cette idée : ***« On ne nait pas femme, on le devient ».***

### SIMONE VEIL

Femme de droite, européenne convaincue, vient de nous quitter.
Elle porta courageusement la loi pour le droit à l'avortement en **1974** après les luttes pour la libération de la contraception.

### ELISABETH BADINTER

Philosophe engagée, qui continue d'incarner la défense des valeurs universalistes du féminisme.

### BENOITE GROULT

Elle nous a quittés en **2016.** Son livre, fondateur d'une certaine vision du féminisme, « Ainsi soit-elle » (4) a bercé mon engagement militantiste de gynécologue de base. Il reste toujours d'une actualité brulante.

## 4 Les années 70

**Benoite Groult** écrit dans « *Ainsi soit-elle* » paru en 1975 : « *Dans la foulée de Mai 68, chaque femme s'était mise à espérer que l'égalité allait enfin s'inscrire au quotidien, que le féminisme allait se réveiller de son sommeil léthargique qui durait depuis plus de trente ans* ».
Et puis arriva par un beau printemps, Mai 68, avec sa vague de fond, portée par une aspiration violente de liberté et au rejet de tous les pouvoirs qu'incarnait le système patriarcal. Mais au lendemain des utopies vite retombées, les jeunes femmes nées après-guerre comprirent qu'elles seules devaient prendre les affaires en main et ne plus attendre la bonne volonté des hommes.

Ainsi naissait le 29 aout 1970, au lendemain du dépôt symbolique et provocateur d'une gerbe en hommage à la Femme du Soldat Inconnu sous l'Arc de triomphe à Paris, le MLF, le Mouvement de Libération des Femmes. A ce moment, les partis politiques sont dépassés, mais essayent de faire de la récupération. Valéry Giscard d'Estaing crée en 1974 le premier secrétariat d'Etat à la Condition féminine dont Françoise Giroud prend la direction pour disparaitre dès …1976.
**C'est en 1967**, que Lucien Neuwirth, fait passer avec beaucoup de controverse, une loi sur la contraception, celle-ci ne sera remboursée qu'en 1974.
**En 1971** on se souvient de la couverture du Nouvel Observateur : la liste des 343 françaises, appelées par certains les 343 salopes, qui ont le courage de signer le manifeste : « *Je me suis faite avorter* ».
C'est en 1974 que sera votée grâce au courage et à l'obstination de Simone Veil, et malgré des débats ignominieux de la droite conservatrice et réactionnaire, la loi sur l'interruption volontaire de grossesse.
**1975** est déclarée par l'ONU année de la Femme, on attend toujours une deuxième année ! Et en **1977** le 8 mars devient la journée internationale de la Femme.
La parole commence à se libérer. Les réalités longtemps occultées telles que l'inceste, sujet tabou, les femmes battues, sont révélées à travers les magazines féminins et dans la presse. Mais en raison de « *l'implacable résistance des hommes* », écrit Gilles Lipovetski, dans « *la Troisième femme* » (6), l'égalité des sexes reste un rêve. Beaucoup de femmes ont cru que c'était arrivé, mais la fin de la recré fut rapidement sifflée !
Benoite Groult se souvient : « *Le MLF devenait un épouvantail, la féministe une caricature synonyme de lesbienne, et de châtreuse d'hommes et le féminisme un mot qu'on osait plus prononcer* ».
Avec l'arrivée de la Gauche au pouvoir en **1981**, **Yvette Roudy** dirige le 1er Ministère des Droits de la femme, mais en 1986 il est remplacé par un secrétariat d'Etat, puis par une simple délégation, puis par rien du tout jusqu'à ces dernières années. Sous la présidence de François Hollande, revient un secrétariat aux Droits des femmes et à l'Egalité (Pascale Boitard) dans un ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes (Laurence Rossignol).
Durant les années suivantes nous verrons les premières campagnes nationales sur les violences conjugales, la reconnaissance du viol entre époux en 1980, et en 1992 les lois sanctionnant le harcèlement sexuel au travail.
Toutes ces années nous les avons vécues ensemble, ou à coté, ou derrière pour d'autres parmi nous, permettant de mieux comprendre que ce fut pour certaines le combat de leur vie. Une libération pour l'EGALITE. Je rappelle cette phrase de Simone de Beauvoir, illustrant parfaitement tout ce travail d'initiation « *On ne nait pas femme on le devient* ».

## 5 En 2017 en France

Il serait malhonnête de dire que rien n'a changé. Les relations entre les sexes ont profondément évolué depuis quarante ans. La loi du 4 août 2014 sur l'Egalité « Réelle » hommes /femmes est exemplaire en politique. On se rapproche de l'égalité Homme/Femme à l'Assemblée Nationale.

Le changement majeur aujourd'hui c'est que la domination masculine ne s'impose plus avec l'évidence de la loi Naturelle. Bien sûr, reste l'immense dossier des violences faites aux femmes, violences sexistes, physiques, verbales, morales. Violences conjugales, harcèlement sexuel et moral au travail, dans le sport.

*Yvette Roudy et Najat Vallaud-Belkacem Belkacem*
*Les 30 ans du Ministère des droits de la femme 2003/2013*

*Le Manifeste GSF signé au Ministère du droit des femmes (Najat Vallaud Belkacem ) 2014*

## NOUS DEVONS TOUS RESTER CONCERNÉS.

Nous nous mobilisons à GSF contre les violences, pas seulement les 25 novembre de chaque année, lors de la journée mondiale de lutte contre les violences faites aux femmes.
Nous devons diminuer la tolérance collective et individuelle à la violence en nous tournant vers les victimes avec une attitude empathique, active, pour rompre le silence.
La prise en charge doit être globale, médico-sociale, juridique, judiciaire sans laisser ces infractions tomber dans l'intimité. Nous devons réunir tous les maillons de cette chaine.

## NOUS DEVONS CONTINUER À LIBÉRER LA PAROLE ET ÊTRE À L'ÉCOUTE.

Mais «l'impouvoir» des femmes reste flagrant, écrivait encore récemment Benoite Groult.
En poursuivant : « A toutes celles qui vivent dans l'illusion que l'Egalité est acquise et que l'Histoire ne revient pas en arrière, je voudrais dire que rien n'est plus précaire que les Droits des femmes». Rappelons l'exemple des Algériennes, des Iraniennes, des Afghanes, des Tunisiennes et de tant d'autres dans les pays totalitaires où règne la théocratie. Certaines avaient gouté aux premiers fruits de la liberté et, sous des prétextes religieux ou politiques, ont été condamnées à disparaitre sous un voile … de silence.
La reconnaissance de l'altérité n'implique pas que nous soyons contraints d'entériner des coutumes et des traditions qui sont contraires à nos valeurs républicaines.
Plus que jamais la femme est l'avenir de l'homme, comme l'homme, débarrassé de ses certitudes, deviendra aussi l'avenir de la femme.

**Serge Boyer**
**Secrétaire général de GSF**

### POUR ALLER PLUS LOIN :

(1) « La force du sexe faible »
**M Onfray**

(2) « Ainsi soit Olympe de Gouge »
**B Groult**

(3) « La déclaration des droits de la femme et de la citoyenne »
**Olympe de Gouge**

(4) « Ainsi soit-elle I »
**B Groult**

(5) « Le Deuxième Sexe »
**S de Beauvoir**

(6) «La Troisième femme »,
**Gilles Lipovetski**

# HOMMAGE À SIMONE VEIL

**J'ai toujours considéré Mme Veil comme une incarnation de lutte pour la cause des femmes ; Son décès est l'occasion de lui rendre hommage.**

On ne peut restreindre l'héritage de cette femme d'état à son implication et à ses actions, une vie entière, dans la lutte pour la santé des femmes. Pourtant la tentation est grande pour nous, puisqu'elle nous permet de faire le lien avec les actions de Gynécologie Sans Frontières, et d'admettre qu'en poursuivant cette lutte, nous sommes en quelque sorte ses héritiers… La tentation est d'autant plus grande que nous l'avons côtoyée en 2009, lors de nos secondes Journées Humanitaires pour la Santé des Femmes, alors qu'elle présidait le fond de soutien aux victimes de guerre à la Cour Pénale Internationale (CPI) à La Haye.

**Elle nous avait elle-même confié que, travaillant encore, elle était « soulagée et joyeuse » de nous voir relayer ses combats.**

Oui, Simone Veil a été pendant quelques heures aux côtés de GSF, présidente de notre seconde Journée Humanitaire, au Sénat. Nous en sommes fiers, et pas près de l'oublier !

Niçoise de naissance, au sein d'une famille d'origine juive et athée, Simone Veil est déportée à l'âge de 16 ans et perd ses parents pendant la guerre. Le décès de sa mère, atteinte de typhus, lors de la libération des camps, la prive précocement de référence féminine parentale, et la marquera à vie. Elle expliquera ainsi son combat incessant pour remettre la femme à sa place au sein de la société : au centre. Diplômée en droit de l'Institut d'Etudes Politiques, elle se marie et devient mère de trois enfants. Elle fait alors le choix de travailler, et devient l'une des premières femmes magistrate en France. Elle vit un temps en Allemagne et fait apprendre l'allemand à ses enfants. On la voit rapidement pro-européenne et partisane de la réconciliation entre les peuples.

Sa première collaboration en cabinet est logiquement dans le domaine de la justice, où elle œuvre pour l'amélioration des conditions carcérales. C'est pourtant à la Santé qu'elle occupe son premier poste de ministre en 1974, avant d'y retourner en 1993. On connait tous ses travaux pour l'élargissement de l'accès à la contraception et la légalisation de l'avortement au sein du gouvernement dirigé par Jacques Chirac. En relisant des documents de l'époque, j'ai été troublé de voir à quel point Simone Veil insista sur son athéisme, qui lui permit de recevoir avec rigueur et bienveillance les responsables religieux de l'époque lors des concertations précédant la rédaction de la loi. Par ailleurs, l'urgence de l'époque fut aussi remarquable, avec une pression sociétale incroyablement forte, autant du côté des pro que des anti IVG… Avoir nommé une magistrate à ce poste et avec ce projet souligne bien à quel point cette problématique de la maitrise de la régulation des naissances était complexe. Sa résolution ne pouvait en aucun cas se restreindre à une réflexion purement sanitaire. Les compétences et la personnalité de Simone Veil ont été déterminantes. Elle a été la femme de la situation : au bon moment, au bon endroit.

*Simone Veil au Sénat lors de la deuxième Journée Humanitaire pour la santé des femmes de GSF le 6 mars 2009*

Après son action politique nationale, elle est en 1979 la première femme élue présidente du Parlement européen, et en 2008 la sixième (seulement) à entrer à l'Académie Française. Elle fait alors graver sur son épée d'Immortelle « 78651 », son matricule en camp de concentration. Sa mémoire sera bientôt à nouveau honorée lors de son entrée au Panthéon. Elle succèdera à mesdames Geneviève De Gaulle et Germaine Tillion, dernières entrées en 2015, aux cotés de Jean Zay et Pierre Brossolette.

Quels messages nous laisse-t-elle ? Elle nous faisait part en 2009 du besoin absolu qu'elle avait de rappeler sans cesse le combat pour la cause des femmes. Elle affirmait que ce combat avait été pavé d'avancées et de succès, qui demeuraient fragiles, et que les femmes de sa génération étaient désolées de voir à quel point les inégalités de genre persistaient. Ses fonctions auprès de la CPI lui ont permis de voir combien les femmes sont les plus concernées par ce fond de pension, car les éternelles victimes prises pour cibles lors des conflits armés, violées puis tuées. Elle dénonçait aussi ce qu'elle voyait lors de ses visites partout dans le monde, où les femmes ont moins d'accès à la scolarité, où elles vivent cloitrées, parfois voilées par obligation, sous le joug des hommes…

**Son constat était simple : les acquis sont fragiles et les progrès à faire considérables.**

En 2017, le constat demeure identique : l'accès à l'IVG est toujours remis en cause et présenté comme une convenance personnelle dans certains pays européens. La lutte pour la promotion de la santé des femmes partout, tout le temps, et sans conditions, doit rester une priorité : c'est LA priorité de GSF.

Merci à Simone Veil de nous avoir démontré qu'une femme en politique peut soulever des montagnes à force de travail et de ténacité ; elle est et restera un modèle de rigueur et de courage dont toute notre classe politique, des deux sexes, devrait s'inspirer.

**Richard BEDDOCK**
**Vice-Président de GSF**

anesf
Association nationale des étudiants sages-femmes

**Aux origines de cette structure, nous retrouvons le bien-être étudiant. En effet, la volonté lors de sa création en 1987 était de rassembler les étudiants sages-femmes de France afin d'améliorer les conditions de la formation et de stage. Un gros défi qui au cours des années s'est trouvé, entre autres, comme compagnons de route le statut de l'étudiant et l'intégration universitaire. Mais aujourd'hui, l'Anesf c'est aussi une multitude de petites idées devenues de grands projets. Ceux-ci ont pu se développer grâce à l'investissement des étudiants au local tant qu'au national.**

**D'un côté cinq lettres, de l'autre cinq axes : la représentation, l'innovation sociale, l'administratif, les partenariats et la trésorerie mais également le réseau avec la communication, les élections, la formation, les relations internationales… A partir de ces branches, les initiatives fleurissent et les étudiants peuvent ainsi agir sur plusieurs fronts.**

**Regroupant l'enseignement supérieur et la recherche, le tutorat, les questions sociales, et les problématiques professionnelles, la représentation est aujourd'hui le quotidien de son bureau.** Le dossier récurrent de l'intégration universitaire est associé aux actualités récentes comme les expérimentations PACES, mêlant tutorat et enseignement supérieur.
Le tutorat s'ancre lui dans un réseau pluridisciplinaire en association avec d'autres filières en santé. Les questions sociales, quant à elles, permettent d'aborder des sujets de fonds reliés au bien-être étudiant, racine de l'Anesf. L'implication du réseau de l'Anesf dans ces problématiques a permis de grandes avancées : le statut de l'étudiant sage-femme, l'alignement des bourses des régions sur les BCS, … En outre, les problématiques professionnelles donnent l'occasion aux étudiants de découvrir les organismes professionnels qui existent dans le monde de la maïeutique.

En fait l'Anesf est un peu comme un bon enregistrement de rythme cardiaque fœtal : oscillante et réactive. Oscillante car l'activité de l'Anesf évolue continuellement en fonction des dossiers et de l'actualité et elle est mise en avant par des moments de mobilité, de projets, de représentation, etc. Il s'agit d'une organisation dynamique en perpétuelle évolution qui saisit des opportunités, les développe et parvient à mener à bout ses idées. Là se trouve sa réactivité.
La force de ce réseau réside en tous ses adhérents qui chaque année se mobilisent pour lui donner une visibilité. Grâce à une collaboration constante entre les membres du bureau national et les administrateurs, la communication est simplifiée à la fois dans le sens ascendant et descendant. Afin de favoriser le rapprochement entre l'Anesf et ses associations locales, un tour de réseau physique a été mis en place. De ce fait les étudiants de 2e année ont la possibilité de rapidement rencontrer les membres du bureau national ce qui permet une meilleur cohésion du maillage Anesfien. Des week-ends de formation sont aussi proposés à chaque association souhaitant approfondir ses bases, formations assurées par le pool de formateurs de l'Anesf.

A ces moyens de cohésion sont ajoutés les Journées nationales des Etudiants Sages-Femmes (les Jn'ESF) en février et le Congrès National en juillet. Ces deux événements nationaux permettent échanges, rencontres, formations tant associatives que professionnelles. Ils participent à construire leur future vie professionnelle et offrent une ouverture d'esprit par des groupes de travail et des tables rondes. Au final, il n'est pas rare que des congressistes repartent la tête remplie d'idées et un carnet d'adresse plus conséquent. Ces week-ends sont des souvenirs inoubliables dans le cursus d'un étudiant sage-femme, ils vous le diront tous, même les anciens !

Au cœur des priorités de l'Anesf il y a évidemment des projets de solidarité, de prévention, de citoyenneté, de santé publique et de culture : tout cela forme l'innovation sociale. L'année est rythmée par de nombreux évènements comme la journée internationale des droits de la femme ou encore le téléthon permettant de lancer des campagnes à des moments donnés. Mais ce pôle trouve également sa place tout au long de l'année, animé par des initiatives au local (association humanitaire par exemple) et aussi en rebondissant sur les faits d'actualité. C'est un peu comme les vitrines de Noël devant lesquelles on s'arrête pour regarder la diversité des animations proposées, celles que l'on aime revoir d'une année sur l'autre, celles sans qui la structure serait beaucoup moins attrayante.

**anesf c'est :**

**33 écoles, près de 4 000 étudiants et plus de 80 élus.**

**Voilà. L'Anesf résumé dans sa pluridisciplinarité, son hétérogénéité et sa volonté de dynamisme. Nous espérons que ce réseau vous plaira et à bientôt, qui sait, pour de nouvelles aventures Anesfsienne !**

# « GROUPE CHIRURGIE » UN COLLECTIF POUR LA CHIRURGIE HUMANITAIRE

**La chirurgie connaît depuis environ un demi-siècle, un contexte global défavorable dans de nombreux pays en développement. Il se manifeste par des difficultés dramatiques d'accès à la chirurgie essentielle, qui ne cesse d'augmenter pour les populations du Sud. Un remarquable rapport du Lancet « Global surgery 2030 », publié en avril 2015, fait état d'une insuffisance de la chirurgie (anesthésie) pour 5 milliards d'habitants de notre planète, dont 2 milliards n'ont aucun accès à la chirurgie. Ceci entraîne, pour l'année 2010 (année d'étude de la commission), 16,9 millions de décès par absence ou insuffisance de la chirurgie ; soit un tiers de la mortalité dans le monde. Actuellement tout laisse penser que ces chiffres ne se sont pas améliorés ! Une des causes est le sous-financement de la chirurgie considérée comme trop onéreuse et donc peu et mal intégrée à la politique de santé publique des états.**

Les interventions de diverses ONG n'ont cessé de développer un savoir-faire indiscutable en matière de chirurgie essentielle et spécialisée ; sans compter de belles actions de coopération–formation par des projets élaborés avec les équipes chirurgicales des pays concernés. Mais le temps où chaque association humanitaire évoluait sans tenir compte des autres est révolu. Une mutualisation des efforts des acteurs de l'aide internationale est essentielle pour faire face aux évolutions de notre monde en perpétuel mouvement. Evolutions politiques qui remettent en jeu les impératifs sécuritaires, évolutions techniques qui réclament la complémentarité dans nos formations de plus en plus spécialisées, évolutions économiques qui nécessitent des actions de plaidoyer pour rappeler les engagements des pays riches pour plus de justice entre les peuples. La mise en commun des moyens financiers, logistiques et surtout humains permet de créer un réseau qui nous renforce, autant qu'une concurrence peut nous nuire.

Dans cette orientation, un groupe « chirurgie » s'est créé en octobre 2015, à l'initiative de la CHD (Coordination Humanitaire et Développement) et de Chirurgie Solidaire. Il veut constituer un partenariat entre associations qui ont une activité chirurgicale sur le terrain des pays en développement, et permettre un échange de pratiques, pour s'enrichir mutuellement des expériences de chacun dans le respect des diversités. Il regroupe des associations : Médecins Sans Frontières, Médecins Du Monde, la Chaîne de l'Espoir, Humaniterra, Alima, Gynécologie Sans Frontières, Les Enfants de l'Aïr, Chirurgie Solidaire, L'ordre de Malte ; mais aussi l'Académie de Chirurgie et des chirurgiens militaires. L'harmonie d'ensemble ne peut s'établir que par le développement des relations humaines entre les membres de ces associations.

## CE GROUPE COLLECTIF « CHIRURGIE » S'EST DONNÉ QUATRE DIRECTIONS À PRIVILÉGIER :

### 1 - Une mutualisation des expériences de terrain et des ressources humaines

Les lieux de mission de nos différentes associations sont nombreux et il est important d'échanger sur les modes de vie et coutumes, autant que sur les infrastructures chirurgicales rencontrées et les motivations des personnels soignants et administratifs. Sans compter des renseignements pratiques sur la vie quotidienne. A ce propos, une carte du monde, sur le site de la CHD, permet à chaque association d'inscrire ses lieux de mission. C'est un moyen efficace et facile de savoir qui interroger avant de partir.

Un autre partage : celui de nos ressources humaines, et une première conséquence pratique de ce groupe a été de diffuser auprès des adhérents des différentes associations, les besoins en personnels soignants sur nos terrains d'intervention. Cela a permis un renforcement des équipes chirurgicales sur certains lieux.

### 2 - Le recrutement et la formation de jeunes praticiens pour partir en mission

Le point crucial du renouvellement des chirurgiens, anesthésistes et infirmières de bloc opératoire, avec rajeunissement des professionnels de santé de nos ONG nécessite une formation adaptée au terrain de nos interventions, bien différent des CHU de nos pays européens. Notamment la formation des jeunes chirurgiens qui est maintenant très spécialisée, s'accorde mal avec nos missions qui demandent une connaissance étendue des techniques chirurgicales diverses. Pour y remédier, plusieurs pistes : créer un DU de chirurgie en situation précaire avec des intervenants de terrain, ou tenter de mettre en place une formation inter associative. Mais il s'avère qu'il existe déjà, entre nous, des formations pour s'adapter au « terrain chirurgical » de nos missions. C'est le cas de L'armée avec CACHIRMEX, de Médecins Sans Frontières par des Journées de formation de chirurgie traumatologique avec un complément pour le viscéral, de Gynécologie Sans Frontières avec 2 sessions par an de formation à l'obstétrique et à la chirurgie gynécologique par voie basse. Enfin Chirurgie Solidaire a élaboré des manuels de chirurgie adaptés à nos missions de formation, pour la chirurgie de base, pour la coelio chirurgie, et en chantier pour la chirurgie plus spécialisée. L'Académie serait disposée à accompagner et soutenir des modules de formation à la chirurgie d'urgence sur la base d'un partenariat tripartite associant les universitaires motivés, les militaires et les grandes ONG.

Mais un bon apprentissage pratique reste, quand cela est possible, d'emmener des jeunes chirurgiens, anesthésistes, infirmiers de bloc dans nos missions, encadrés ainsi par des seniors. Avec une attention pour qu'ils ne prennent pas la place de ceux que nous voulons former dans les pays où nous allons.

Sur le plan universitaire enfin, établir des accords inter-universités Nord-Sud, et faciliter une reconnaissance locale de nos formations sur place. Il est important également de favoriser les formations Sud-Sud, dans tous les pays où cela est possible.

Nous sommes au début d'un processus et des chantiers importants sont encore à explorer. Parmi ceux-ci : la coordination des programmes chirurgicaux touchant à la formation, le compagnonnage, et la coopération universitaire est un enjeu majeur pour notre groupe.

### 3 - La communication et le plaidoyer

Notre communication entre associations doit encore se développer, mais aussi et surtout diffuser à l'extérieur pour sensibiliser le public à nos actions et mieux faire connaître et valoriser la cause humanitaire chirurgicale.

Le lobbying et le plaidoyer auprès des institutions est incontournable pour constituer une force d'action crédible pour une reconnaissance des actions menées.

### 4 - La recherche de financements

Elle est une conséquence de cet ensemble « communication et plaidoyer », pour faire pression et sensibiliser à ces problèmes difficiles des recherches de financements auprès de l'AFD, mais aussi des bailleurs privés. Le « levier » de l'académie pourrait être puissant sur les ministères pour une meilleure répartition des crédits pour la santé, à l'international.

Pour cela il est indispensable de mutualiser les moyens pour établir les dossiers de demande de financements qui sont de plus en plus lourds, trop lourd pour toutes les petites ONG, et de partager les informations concernant les axes de recherche des subventions diverses

Savoir parler d'argent est un moteur indispensable pour nos actions humanitaires.

## EN CONCLUSION

**Après un peu moins de 2 ans d'existence pendant lesquels, nous avons pu apprendre à nous connaître, à écouter et intégrer nos diversités et nos complémentarités, il semble temps de passer à la vitesse supérieure et mieux structurer notre collectif chirurgical. La coordination du groupe doit se développer, et des projets collectifs d'envergure peuvent voir le jour.**

Le moment pour passer à cette vitesse supérieure paraît bien choisi, parce que : La période que nous venons de connaître a été bénéfique pour une connaissance et une reconnaissance mutuelle, et il est temps de comptabiliser ces avantages. Nous avons avec nous l'académie de Chirurgie qui apporte un « aura » indiscutable à notre groupe. Des jeunes semblent vouloir se réinvestir sur le terrain des missions après des années de désertions. L'article récent du Lancet, cité plus haut, tire le signal d'alarme sur la mortalité dans le monde par absence ou insuffisance de la chirurgie. La chirurgie française est à défendre dans son rapport d'excellence, au sein d'une école de chirurgie hétérogène.

Ce groupe « Chirurgie » a été initié et conduit par Chirurgie Solidaire, plus petite des associations présentes, ne fonctionnant que sur le bénévolat. Elle ne pourra pas assurer cette montée en puissance. Un nouveau leadership apparaît nécessaire, avec « Humaniterra » qui pourrait détacher un coordonnateur salarié temps partiel pour notre groupe. Après ces deux années bien utiles pour l'initiation et la connaissance mutuelle, nous pouvons ainsi, avec beaucoup d'enthousiasme, mais aussi bien conscients des obstacles sur notre route de la solidarité internationale, contribuer à relever le défi de l'avenir de la chirurgie dans un monde qui en a bien besoin.

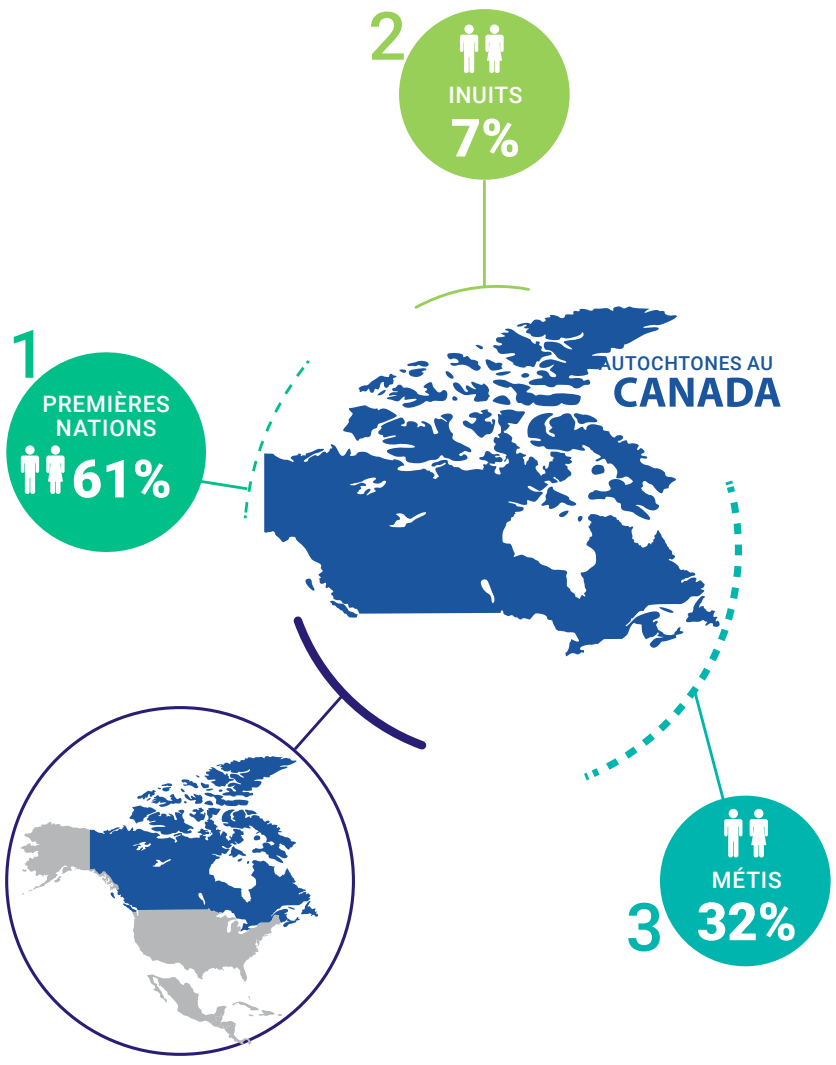
**Docteur Jean-Luc MOULY (Chirurgie Solidaire)**

# LA SANTÉ DES FEMMES AUTOCHTONES : LE TIERS-MONDE INTÉRIEUR AU CANADA

**En accord avec Dr Jimenez, nous pouvons affirmer que « *le sort actuel des Autochtones s'explique largement par une histoire de conquête et de dépossession avec un dysfonctionnement post-traumatique intergénérationnel. Les efforts pour corriger la situation, le plus souvent sincères, tout comme les milliards de dollars que l'on dépense, n'ont pas permis les progrès souhaités* ».**
**Selon les indices du développement humain de l'OMS, le Canada se classe au 6e rang mondial. Les Premières Nations, quant à elles, se placent au 68e rang. Des ententes officielles ont été conclues pendant des siècles et bafouées à répétition. Les Premières Nations entretiennent aujourd'hui une attitude de méfiance à l'endroit du gouvernement, de ses représentants, de ses politiques et de quiconque étant perçu comme exerçant une quelconque autorité.**

## LES AUTOCHTONES

On dénombre plus de 370 millions d'Autochtones dans le monde et les premiers peuples d'Amérique du Nord et leurs descendants en font partie. Cela représente 1.4 millions de personnes au Canada en 2011 soit 4% de la population. Trois peuples constituent les Autochtones au Canada : Les Premières Nations (61%), les Inuits (7%) et les Métis (32%). **Ces 3 groupes ont leur propre histoire ainsi que leurs propres langues, pratiques culturelles et croyances.**




**La population féminine Autochtone a augmenté de 20% entre 2006 et 2011 comparativement à 5% pour la population féminine non Autochtone.** 12.1% des femmes Autochtones obtiennent un titre universitaire, soit égal ou plus élevé à un baccalauréat (bachelor), en comparaison de 27.8% chez les femmes non Autochtones. 50% des Autochtones ont moins de 25 ans alors qu'on ne retrouve que 30% de moins de 25 ans dans la population non Autochtone.
**En 2011 on dénombrait 26 280 Autochtones à Montréal** ainsi que dans de nombreuses autres grandes villes du Canada. 36% des femmes et filles des Premières Nations vivaient dans une réserve et 43% habitent en milieu urbain. Contrairement aux idées reçues, une importante proportion de cette population vit dans les grandes villes du Canada et de nombreux groupes linguistiques sont reconnus à travers les territoires traditionnels.

### 1 Les Premières Nations

Elles sont constituées de **630 collectivités**, représentant plus de **50 nations** et parlant plus de **50 langues**. Elles sont regroupées dans **6 régions** géographiques du Canada *(Régions boisées des forêts boréales de l'est, Iroquoises, les Prairies, le Plateau, la Côte du Pacifique et le Bassin des fleuves Mackenzie et Yukon)*.

### 2 Les Inuits

(155 000 personnes) habitent au Canada, au Groenland, en Alaska et en Russie. **53 collectivités, soit 43 455 Inuits**, vivent dans des régions du nord du Canada appelées Nunangat qui signifie « *L'endroit où vivent les Inuits* ». Quatre régions sont reconnues au Canada soit l'Inuvialuit des territoires du nord-ouest et du Yukon, le Nunavut, le Nunavik du nord du Québec et le Nunatsiavut du Labrador.

### 3 Les Métis

En 2011, **418 380 canadiens se sont déclarés Métis dont 35 465 au Québec**. Un Métis est une personne qui doit démontrer qu'elle fait partie d'une communauté métisse existante qui peut elle-même démontrer ses origines remontant à une communauté métisse historique possédant une culture distincte.

## ÉTAT DE SANTÉ DES AUTOCHTONES

L'espérance de vie à la naissance, selon les projections pour 2017, est de 78 ans chez les femmes des Premières Nations comparée à 83 ans pour l'ensemble du Canada. Cette espérance de vie est de 73 ans à peine pour les Inuits. L'état de santé des canadiens, publié en 2016 par le chef de la santé publique, couvrant la perception de l'état de santé, les revenus, l'éducation, l'alimentation, le tabagisme et la tuberculose, démontre que tous ces paramètres sont en défaveur des Premières Nations et plus particulièrement des Inuits (c.f. tableau ci-dessous).

| | P. Nations | Métis | Inuits | Non Autochtone |
|---|---|---|---|---|
| Espérance de vie naissance (femmes) | 78 ans | 80 ans | 73 ans | 83 ans |
| Bonne santé physique (perception) | 50 % | 54 % | 55 % | 63 % |
| Bonne santé mentale (perception) | 66 % | 67 % | 65 % | 75 % |
| Faible revenu | 30 % | 20 % | 22 % | 15 % |
| Études secondaires | 67 % | 79 % | 52 % | 88 % |
| Études post secondaires | 45 % | 55 % | 36 % | 65 % |
| Insécurité alimentaire | 22 % | 15 % | 27 % | 7 % |
| Tabagisme | 40 % | 36 % | 48 % | 21 % |
| Tuberculose | 19 / $10^5$ | 3 /$10^5$ | 198 / $10^5$ | 20 / $10^5$ |

## LA SANTÉ DES FEMMES AUTOCHTONES

**Plusieurs études ont été effectuées et des données ont été publiées en 2016 dans le cadre du rapport statistique fondé sur le sexe par Statistique Canada et particulièrement sur la santé des femmes des Premières Nations, des Métis et des Inuits. En 2011, il y avait 718 500 femmes et filles Autochtones soit 4% de la population féminine au Canada.**

### SANTÉ DES FEMMES

Le taux des femmes Autochtones de moins de 20 ans enceintes est de 18%, soit 3 fois supérieur aux femmes non Autochtones. Le taux de fécondité est d'environ 2.2 par femmes Autochtones comparé à 1.6 pour les femmes non Autochtones.
Des études plus spécifiques menées par l'INSPQ (Institut National de Santé du Québec) en 2004 ont démontré que 82 % des femmes Inuits au Québec avaient subi un PAP test dans les 2 dernières années. Malgré ce dépistage du cancer du col qui semble adéquat, 15% des cancers chez les femmes Inuits comparé à 1.5% en moyenne chez les femmes canadiennes sont représentés par le cancer du col utérin. Ce cancer est le plus fréquent chez les femmes Inuits et on le découvre majoritairement entre 20 et 39 ans avec un très haut taux de mortalité.

### SANTÉ MENTALE

Dans ces données, nous pouvons relever que 53% des Inuits fumaient tous les jours, de même que 29% des femmes des Premières Nations vivant hors des réserves et 27% des Métis. 25% des femmes Autochtones âgées de 15 ans et plus ont déclaré faire une consommation abusive d'alcool. On note aussi que 22% des femmes Autochtones, âgées de 18 ans et plus, avaient sérieusement songé à se suicider à un moment quelconque de leur vie, comparativement à 12% des femmes non Autochtones.

### SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

L'allaitement seul n'est utilisé que par 30% des femmes, l'allaitement mixte par 40% et 29% des femmes utilisaient exclusivement le biberon. Seules 54% des femmes ont reçu un supplément de fer durant leur grossesse et 49% un supplément de vitamines. La consommation d'alcool et de tabac était aussi excessive et présente chez 44% des grossesses. Seules 28% de ces femmes utilisent la contraception.

**La mortalité infantile est 5 fois supérieure chez les Autochtones comparée au reste du Canada.**

Les enfants Inuits ont le plus haut taux de problèmes de santé de la petite enfance, de mortalité, d'anomalie congénitale, de prématurité et de retard de croissance intra-utérin que partout au Canada. Finalement, le taux de mortalité maternelle est difficile à évaluer en l'absence d'un registre national officiel et des différences importantes, en particulier dans les zones géographiques des Autochtones.

**En résumé, La pauvreté, l'insécurité alimentaire et le manque de nourriture saine sont les problèmes de santé principaux en particulier chez les Inuits.**

La violence conjugale est en général 4 fois supérieure, sauf pour les femmes vivant dans les réserves où elle est moindre. Le taux de dépression est 2 fois supérieur à la population générale et on note clairement un taux d'obésité, de tabagisme, de diabète gestationnel, d'anomalie congénitale, de perte fœtale, de complications maternelles et périnatales et de prématurité plus élevés que dans la population générale.

## LES PISTES DE SOLUTIONS

**En 2000, une déclaration de principes de la SOGC (Société d'Obstétrique Gynécologie du Canada, Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples Autochtones) a été publiée. Un comité de 10 personnes constitué de sages-femmes, de médecins et d'infirmières et la contribution de 22 personnes de tous les horizons ainsi que le soutien de 10 organismes canadiens ont permis cette publication. Elle tient compte du contexte socioculturel des peuples Autochtones du Canada et a permis l'élaboration de 8 recommandations :**

- Avoir une connaissance des noms autochtones appropriés à utiliser
- Avoir une connaissance démographique de base de ces populations
- Connaître les territoires géographiques traditionnels
- Être sensible à l'impact négatif qu'a eu la colonisation sur la santé
- Reconnaître que les défis sociodémographiques actuels ont un impact important sur l'état de santé
- Comprendre le besoin de fournir des services de santé aussi près que possible du domicile
- Avoir une connaissance de base des obligations et des politiques gouvernementales
- Reconnaître le fait que les Autochtones ont besoin d'appui pendant cette période de transition vers l'auto-détermination.

En 2013, de nouvelles directives cliniques de consensus à l'intention des professionnels de la santé œuvrant auprès des Inuits, des Métis et des Premières Nations ont été publiées par la SOGC. L'objectif est de fournir aux professionnels de la santé du Canada les connaissances et les outils qui leurs permettront d'offrir des soins sûrs sur le plan culturel aux femmes des Inuits, des Métis et des Premières Nations et par leur intermédiaire à leur famille, en vue d'améliorer la santé au sein des peuples. Ce document comprend 17 déclarations et 24 recommandations, toutes associées à des niveaux de preuves.

Commission de vérité et réconciliation du Canada (2010-2015) :

En 1880 un « système de permis » visait à confiner les peuples des Premières Nations dans leurs réserves. De 1830 à 1990, la « politique indienne » du Canada visait à éliminer les gouvernements et à ignorer les droits des Autochtones pour mettre fin aux traités conclus. Ce processus d'assimilation, pour que les peuples Autochtones cessent d'exister en tant qu'entité légale, sociale, culturelle, religieuse et raciale, a été poursuivi durant toutes ces années. De 1880 à 1990, 139 pensionnats religieux catholiques ont permis la séparation de 150,000 enfants de leurs parents qui étaient considérés comme « inaptes ».

La commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR) a été créée dans le cadre de la convention des règlements relative aux pensionnats indiens. La CVR entendait mobiliser les Autochtones et les Canadiens et les guider dans un processus menant à la réconciliation et à de nouvelles relations fondées sur la compréhension et le respect mutuel. De 2010 à 2015, 6 000 témoins ont permis l'établissement d'un document dont le sommaire fait plus de 500 pages. Le plus important a été la reconnaissance d'un génocide culturel par le gouvernement canadien. Poursuivant cette démarche, le premier ministre Trudeau a demandé, lors de son entrevue avec le Pape François le 29 mai 2017, que l'église catholique s'excuse pour les pensionnats Autochtones.

**Enquête nationale sur les femmes et les filles Autochtones disparues de 2016 à 2018**

On signale un taux de violence, y compris de violence familiale et les agressions sexuelles, de 3.5 fois plus élevé chez les femmes Autochtones que les femmes non Autochtones. Entre 1997 et 2000 le taux d'homicides chez les femmes Autochtones était presque de 7 fois supérieur à celui des femmes non Autochtones. Une enquête nationale sur les femmes et les filles Autochtones, disparues ou assassinées, a été mise en place mais celle-ci rencontre toujours d'importantes difficultés et les discussions sont en cours actuellement.

**En conclusion, je laisse à nouveau la parole au Dr Vania Jimenez qui souligne que « dans certaines régions les femmes Inuits ont réussi à ramener la naissance et les accouchements dans leurs territoires. Des sages-femmes blanches, main dans la main avec les femmes Inuits, ont développé des maternités dans lesquelles les sages-femmes sont Inuits. Dans ces maternités, dans une fierté tranquille, une reconstruction de l'identité s'amorce ».**

La recherche a démontré que la mise en œuvre de stratégies visant la compétence culturelle menait à l'amélioration des issues de santé et à celle de la satisfaction de la patiente. Pour appréhender ces difficultés il m'apparaît fondamental de poser notre regard et notre réflexion, tant individuelle que collective, sur la question de l'identité : celle des Autochtones… et la nôtre.

**Philippe Sauthier, MD**
**Chef du département d'obstétrique gynécologie (CHUM)**
**Adjoint médical du Centre Intégré de Cancérologie (CHUM)**
**Professeur agrégé (Université de Montréal)**

## BIBLIOGRAPHIE

**2000**
Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones.
J Soc Obstet Gynaecol Can 2000;22(12):1082-1094

**2003**
Healey SM et al. A ten year of cancer in Nunavut 1992-2001.
Nunavut Department of Health and Social Services. Public Health Agency of Canada.

**2004**
Enquête de Santé auprès des Inuits du Nunavik 2004, INSPQ.

**2006**
Cancer of the Cervix in North American Indian Women: A literature review.
Ottawa: National Aboriginal Health Organization.

**2013**
Directives cliniques de consensus à l'intention des professionnels de la santé œuvrant auprès des Inuits, des Métis et des Premières Nations.
J Obstet Gynaecol Can 2013 :35(6) :554-558.

La Médecine dans le Grand Nord,
Dr Jimenez, M.D, Médecins Francophones du Canada.

**2015**
Verstraeten BSE et al., Canada's pregnancy-related mortality rates: doing well but room for improvement.
Clin Invest Med 2015; 38 (1): E15-E36.

**2016**
État de santé des Canadiens 2016 : Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique.

Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe. Les Femmes des Premières Nations, les Métisses,et les Inuites. Statistique Canada.

**2017**
Initiative en matière de santé des Autochtones de la SOGC. http://www.aboriginalsexualhealth.ca.

L'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. http://www.mmiwg-ffada.ca.

La commission de vérité et réconciliation du Canada. http://www.trc.ca/

# RETROUVONS-NOUS DU 5 AU 8 DÉCEMBRE 2017 À LILLE

CNGOF

41 ES JOURNÉES NATIONALES
5 AU 8 DÉCEMBRE 2017
LILLE
COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS

**NOUVEAUTÉ 2017**
RENCONTRER LES PROFESSEURS ET LES EXPERTS

**3 JOURS DE CONGRÈS** | 4 RPC ENDOMÉTRIOSE, HERPÈS, ACCOUCHEMENT NORMAL, CANCER DE L'ENDOMÈTRE | 7 THÈMES D'ATELIERS PRATIQUES | 31 SESSIONS SCIENTIFIQUES

**CNGOF-CONGRES.FR**

---

**05/06 FEV. 2018**
PALAIS DES CONGRES
ISSY LES MOULINEAUX

## 16e Journées du Collège National des Sages-Femmes de France

CNSF Collège National des Sages-Femmes de France

# PROGRAMME *

### Lundi 5 février

**9 : 00 Ouverture des journées**

**VIOLENCES OBSTÉTRICALES : SUR LE CHEMIN DE LA BIENTRAITANCE**
*Modérateurs : S. GUILLAUME - Intervenant CIANE*
- **De quoi parle t-on ?** *M. DECHALOTTE*
- **Qu'observe t-on dans les pratiques médicales** - *P. MILLET*
- **Améliorer l'accueil du nouveau-né : bénéfices des stimulations multimodales** - *L. VAIVRE-DOURET*

**10 : 30 Pause et visite des stands**

**11 : 00** *Modérateur : S. PAYSANT*
- **Questionnaire sur le vécu de l'accouchement** - *M-J. GUITTIER*
- **Présentation de l'étude EOLE** - *C. BARASINSKI*

**12 : 30 Déjeuner libre**

**14 : 00** *Modérateur : A. WEBER*
- **Présentation des prix du CNSF et de la fondation Mustela**
- **Enquête Périnat 2016 : les principaux indicateurs** - *B. BLONDEL*
- **Rapport sur la mortalité maternelle** - *C. DENEUX-THARAUX*
- **Où en est la recherche en maïeutique en France ?** *S. GOYET*

**15 : 30 Pause et visite des stands**

**16 : 00** *Modérateur : Anne BATTUT*
- **Actualité sur la rééducation pelvi - périnéale : les nouvelles recommandations internationales de l'ICS : de l'anténatal au postnatal** - *F. HAAB - A. BOURCIER*
- **Périnée - sport et rééducation périnéale** - *C. MAITRE*

**17 : 30 Fin de la journée**

### Mardi 6 février

**9 : 00 ACCOUCHEMENT NORMAL OU PHYSIOLOGIQUE, RECOMMANDATIONS HAS** - 1ère Partie
*Modérateurs : S. GUILLAUME - J. LAVILLONIERES - B. HEDON*
- **Définitions : accouchement normal, accouchement physiologique** - *K. PETITPREZ*
- **Prise en charge des phases de latence et de dilatation** - *C. LE RAY*
- **Prise en charge des phases de descente, d'expulsion et du post-partum** - *V. LEJEUNE*
- **Surveillance de la mère et du foetus pendant le travail** *M. NADJAFIZADEH*

**10 : 30 Pause et visite des stands**

**11 : 00** 2ème Partie
- **Prise en charge médicamenteuse de la douleur** - *A-S. DUCLOY*
- **Prise en charge non médicamenteuse de la douleur** - *C. SCHANTZ*
- **Bien - être maternel au cours du travail** - *F. PIZZAGALLI*
- **L'information des patientes** - *C. BERNARD - F. ARTZNER*

**12 : 30 Déjeuner libre**

**14 : 00 PROJET TRAJECTOIRES PRECARITE SANTE MATERNELLE ET PERINATALITE**
*Modérateur : V. TESSIER*
- **Précarité maternelle et suivi prénatal sous optimal** - *E. AZRIA*
- **Soins de la grossesse : une véritable (en)quête des femmes** *R. RICO-BERROCAL*
- **Soins différenciés aux africaines : le cas de l'HTA pendant la grossesse** - *P. SAUVEGRAIN*

**15 : 30 Pause et visite des stands**

**16 : 00** *Modérateur : F. TEURNIER*
- **RPC sur la prise en charge de l'Herpes au cours de la grossesse** *M-V. SENAT - Y. SELLIER*
- **L'actualité sur l'infection congénitale à CMV** *M. LERUEZ-VILLE - Y. SELLIER*

**17 : 00 Clôture des journées**

* Sous réserve de modification

Lundi 5 février de 12h30 à 14h00
SYMPOSIUM A VENIR

Mardi 6 février de 12h30 à 14h00
SYMPOSIUM A VENIR

Des ateliers en sessions parallèles vous seront proposés
Plus de détails sur www.cerc-congres.com

Renseignements et inscriptions : Cerc-Congrès
17 rue Souham - 19000 TULLE I Tél. 05 55 26 18 87 I Mail : inscription@cerc-congres.com
**N° De formation du CNSF : 1194062794**

---

STRASBOURG DU 16 AU 20 OCTOBRE 2017

BRUXELLES DU 18 AU 22 JUIN 2018

# LA FORMATION EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DE GSF

**IL NE SUFFIT PAS DE FAIRE LE BIEN , IL FAUT SAVOIR BIEN LE FAIRE .**
**N'est pas humanitaire qui veut. L'humanitaire ne s'invente pas , l'humanitaire s'apprend .**

La Formation en Gynécologie Obstétrique Humanitaire (FGOH) proposée, deux fois par an, par Gynécologie Sans Frontières, réunit pour vous, des intervenants riches d'expériences et d'expertise, pour vous permettre d'appréhender l'humanitaire, de réfléchir à un projet, de partir en mission, de savoir revenir avec pour bagages supplémentaires une riche et inoubliable expérience humaine. Rejoignez-nous !

**STRASBOURG DU 16 AU 20 OCTOBRE 2017**
Pôle de Gynécologie-Obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - SCHILTIGHEIM
**BRUXELLES (BELGIQUE) DU 18 AU 22 JUIN 2018**
Centre Avicenne CHU St Pierre - Bruxelles

**CONTACTS :**
Elisabeth VAZ DO PIO :
09 81 05 52 24
Roselyne BARON :
09 81 79 31 04
admin.gynsf@gmail.com

TÉLÉCHARGER LE BULLETIN D'INSCRIPTION
http://gynsf.org/fgoh-article/

**LE DOSSIER D'INSCRIPTION COMPORTE :**
**- Bulletin d'inscription dûment rempli**
**- Curriculum vitae (maximum 1 page)**
**-Courrier de motivation**
**- Chèque des frais d'inscription à l'ordre de GSF**
À ENVOYER À :
Gynécologie Sans Frontières
2, boulevard De Launay
44 100 Nantes

**TARIFS**
- Internes, sages-femmes, infirmiers DE, étudiants : 450€
- Médecins : 650€
- Dans le cadre d'une convention pour la Formation Continue Agrément N° 52 44 07353 44 :
700 €uros : Internes, SF, IDE, étudiants - 1200 €uros : médecins

**Votre inscription sera prise en compte à réception du dossier d'inscription. Les frais d'inscription permettent de couvrir les frais relatifs à l'organisation logistique de la formation**

# 6 ème journée humanitaire pour la santé des femmes

***Le vendredi 9 mars 2018***
***à l'auditorium des Diaconesses***
*16 rue du sergent Bauchat 75012 Paris à 9 heures*

**Cette journée sera consacrée à deux thèmes : la prise en charge sanitaire materno-infantile des femmes exilées en france et l'etat des recommandations actuelles pour la prise en charge des Mutilations sexuelles féminines (MSF) .**

Nous tacherons ensemble de répondre à différentes questions : Qui sont ces familles? quels sont leurs besoins sanitaires ? Notre système de soins accueille t il les migrants de façon satisfaisante ? Quels progrès doit-on faire ?

Nous discuterons aussi de la prise en charge des MSF pour faire le point sur les standards actuels de prise en charge .
Comment bien structurer cette offre de soins globale ? Est elle diffusée sur le territoire et accessible ?

## Programme

**Accueil sanitaire materno infantile des migrantes : le système de santé français mis à l'épreuve**
-L'épreuve du parcours migratoire
-Epidémiologie et évaluation sanitaire des migrants en France
-Organisation en Ile de France de l'accueil des migrants
-Etat de santé et accès aux soins de périnatalité des migrantes en France
Missions d'accueils sanitaires dans différents cadres
- Les missions en France de Gynécologie Sans Frontières
- Dispense de soins maraude en Ile de France
- Les missions actuelles de soins aux exilées des autres ONG.
- Prendre en charge les violences psychiques des migrantes

Table ronde : Plaidoyer pour un plein accès au système de soin de santé materno-infantile français coodonné sur tout le territoire.

**Accueillir les Femmes victimes de Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) en 2017**
-Donnes épidémiologiques actualisées sur les MSF en France
-Diagnostic et Accueil des Femmes victimes de MSF
-Etat des lieux national des structures d'accueil de prise en charge globale des MSF
Différents lieux pour différentes approches :
-L'Institut de Santé Génésique
-La Maison des Femmes
-l'unité de prise en charge des MSF du Kremlin Bicêtre

Table ronde : Plaidoyer pour une standardisation nationale des bonnes pratiques de prise en charge globale des MSF

**L'INSCRIPTION SERA GRATUITE ET OBLIGATOIRE SUR NOTRE SITE *gynsf.org***

**SAMEDI 28 JANVIER, DU HAUT DE LEURS TALONS AIGUILLES, ELLES ONT COURU POUR LA BONNE CAUSE**

## UNE COURSE EN TALONS AIGUILLES

**Organisé pour aider l'association Gynécologie sans Frontières, le Relais de Cendrillon a, en effet, attiré 25 équipes de 3 filles qui n'ont pas hésité à jouer de la gambette haut perchées (avec des talons de 8cm minimun !) dans des relais 3x50m. De la vraie science fiction pou beaucoup de femmes ! D'autant que ces dames ne fesaient pas semblant de courir, et ce sans ce départir de leur sourire. Chapeau bas les filles !**

*Organisation : Claudine Martinez. Gynéco-Obstétricienne GSF*

À l'appel des organisateurs, ces femmes sont donc venues en simples copines, coureuses de clubs, collègues de magasins ou autres services de santé. Et questions déguisements, le ridicule n'ayant jamais tué personne, comme chacun sait, elles ont là aussi joué le jeu à fond. On pouvait donc rencontrer les filles du docteur Mach, les brunettes, les vamps etc... Certains messieurs ont d'ailleurs manifestement apprécié certains déguisements. Au total en plus des inscriptions, 18 euros par équipe, la buvette et les dons sont venus grossir la cagnotte de 500euros. Les stands proposés ont aussi contribué à faire de cet aprés-midi une jolie parenthèse de féminité, de franche rigolade et de solidarité.

# Rappelons

Qu'encore de nos jours, **1 femme sur 10** a été, est ou sera victime de violences conjugales en France.

Que chaque année **86.000 femmes** âgées de 18 à 75 ans sont victimes de viols ou tentative de viol. **11% des victimes** déclarent avoir déposé plainte.

Que chaque année **250.000 femmes**, âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences conjugales, physiques, psychiques ou sexuelles. Parmi elles **16%** seulement portent plainte.

En 2015, Chiffre du Ministère de l'intérieur, **122 femmes et 22 hommes** ont été tués par leur conjoint ou ex conjoint. **36 enfants** ont été tués par un parent ou beau parent dans le même temps. Une femme meurt en France tous les trois jours sous les coups de son conjoint.

## Qui sommes nous ?

- Gynécologie Sans Frontières a été créée en 1995.
- Organisation Non Gouvernementale (ONG) composée de professionnels de la périnatalité ...
- ... préoccupés par la santé de toutes les femmes en situation de précarité médicale, psychologique ou sociale, en France et dans le monde.
- Gynécologie Sans Frontières organise deux fois par an une formation en « Gynécologie obstétrique humanitaire ».
- Gynécologie Sans Frontières regroupe près de 450 membres adhérents répartis dans toute la France, Dom-Tom, Europe et Afrique.

## GSF en France et à l'Etranger

En France :
Formation, sensibilisation des professionnels de santé aux violences faites aux femmes (excision, violences conjugales)

Missions d'urgences de prise en charge médico-psyco-sociale auprès des populations migrantes et/ou réfugiées

A l'étranger : Côte d'Ivoire, Haïti, Laos, Madagascar, Mali, République Démocratique de Congo, Togo, etc...

Depuis sa création,
Gynécologie Sans Frontières
a organisé dans 20 pays ...
plus de 200 missions ...

## Comment aider GSF ?

- En adhérant à l'association.
- En devenant membre actif.
- En faisant connaître Gynécologie Sans Frontières par la diffusion de ses plaquettes auprès des professionnels de santé et du grand public.
- En vous proposant pour partir en mission.

**AIDEZ-NOUS À FAIRE CONNAÎTRE GSF !**

En nous aidant à distribuer notre plaquette de présentation
En faire la demande par mail :
**admin.gynsf@gmail.com**

## Un jeu pour parler de sa santé

Imaginé par le Dr Catherine Pintas, médecin généraliste de l'unité gynéco-obstétrique médico-psycho-sociale (UGOMPS) du CHU de Nantes, ce jeu de l'oie aborde la contraception, les infections sexuellement transmissibles et les relations filles-garçons.

Disponible sur : *http://gynsf.org/je/*
Prix 35 € + frais de port de 10 euros pour la france métropolitaine

© Claude Rosenthal

# LA TRANS-CORRÈZIENNE 2017

**Pour la 7eme année consécutive, le Lions Club Brive Pays de Brive organise pendant le week end de l'ascension, un Raid 4x4 au profit de l'association Gynécologie Sans Frontières.**

Le tracé du 7eme Raid trans-correzien, préparé par de nombreuses reconnaissances de terrain, a conduit 22 véhicules et 50 personnes, à travers les bois et les près jusqu'aux ruines de Merle et à Curemonte.
Cette année, l'argent récolté garce à cette 7ème Trans corrézienne , soit 5000€ permettra de mettre en place une mission exploratoire de GSF à Sikasso, en partenariat avec l'association Brive –Sikasso .Cette mission devrait permettre d'accompagner et d'améliorer la formation des médecins Maliens en chirurgie gynécologique et en SONUS (Soins obstétricaux et néo-nataux d'urgence).
Et en clôture de cette manifestation amicale, un chèque de 20 000 euros a été remis par le Président de la Caisse d'Epargne régionale Midi Pyrénées, Monsieur Bernard Roux, au Président de l'association gynécologie sans Frontières , le Dr Claude Rosenthal . Ce soutien permettra de continuer la lutte incessante de Gynécologie Sans Frontières pour la Santé des Femmes en France, en particulier pour celle des migrantes du Nord de la France, toutes victimes de violences.... mais souvent violences victimes de l'indifférence et de l'oubli.

**Claude Rosenthal**
**Président de GSF**

**SOUTENEZ LES ACTIONS DE GSF EN FAISANT UN DON ET SUIVEZ NOTE ACTUALITÉ SUR : HTTP://WWW.GYNSF.ORG**

Gynécologie Sans Frontières

## Bulletin d'adhésion

***Parce que je souhaite agir pour la santé des femmes dans le monde,***
***J'ADHÈRE À GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES !***

Prénom : ..... Nom : .....
Profession : .....
Date de naissance : .....
Adresse : .....
Ville : ..... Code Postal : .....
Tél. : ..... Portable : .....
Courriel: .....

☐ Je fais un don* à l'association d'un montant de :
- ☐ 50 €
- ☐ 100 €
- ☐ Autre : ..... €

*sauf mention explicite, un don égal ou supérieur à 40 euros ne vaut pas adhésion

☐ J'adhère à l'association Gynécologie Sans Frontières pour l'année 20 ..... et je m'acquitte de la cotisation annuelle** d'un montant de 40 euros.

**adhésion du 1er janvier au 30 novembre de l'année en cours, au 1er décembre la cotisation vaut pour l'année suivante

*Une attestation fiscale vous sera adressée en retour : réduction d'impôt de 75 % pour tout don inférieur à 529€ et de 66 % au delà dans la limite de 20% des revenus imposables.*

Bulletin à remplir et à retourner accompagné d'un chèque établi à l'ordre de **Gynécologie Sans Frontières** à l'adresse suivante :

**Gynécologie Sans Frontières (GSF)**
2 boulevard De Launay - 44100 NANTES
Tel : 09 81 79 31 04 / 09 81 05 52 24 - admin.gynsf@gmail.com

www.gynsf.org


Rogé Cavaillès soutient Gynécologie Sans Frontières

INNOVATION

# Mon intimité hydratée toute la journée* !

ACTION 12h*

*Étude d'auto-satisfaction, réalisée sur 40 femmes déclarant une sensation d'hydratation, après 14 jours d'utilisation.

## Découvrez le nouveau soin de toilette Sécheresse intime de Rogé Cavaillès

Développé avec des gynécologues, il vous procure jusqu'à **12 heures* d'hydratation intense** avec sa formule aux actifs naturels micro-encapsulés libérés en continu. Extra-doux, il respecte parfaitement votre intimité.

**À CHAQUE PRESCRIPTION DE SPÉCIAL SÉCHERESSE, FAITES UNE BONNE ACTION**
pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Gynécologie Sans Frontières
*Des gynécologues et des sages femmes agissent dans le monde pour la santé des femmes*