N°17 • Mai 2023

le Monde de Gynécologie Sans Frontières

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

Mission au Cameroun « Formation des Formateurs»

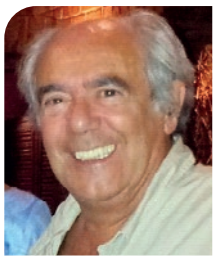
Mission d'évaluation au Rwanda

S'engager pour GSF autrement

Richard Matis au TEDx de Reims

Colloque de sensibilisation aux violences intrafamiliales à Marseille

Edito



Serge Boyer
Secrétaire général de GSF

Voici l'édition tant attendue du printemps 2023 que nous avons bâti avec un plaisir sans cesse renouvelé, pour vous, fidèles lecteurs et amis du « Monde de GSF ».

Nos bénévoles vous emmèneront tout d'abord dans **nos missions africaines de compagnonnage en santé maternelle et en chirurgie gynécologique**. Ainsi seront contées celles à Lodja en République Démocratique du Congo (Drs Anne Marie LECHARTIER et Françoise BAYOUMEU), à Dapaong au Nord Togo (Dr Françoise QUINAUD GREENE et Mélissa JEDDI), à Garoua au Cameroun (Dr Vanina CHAREYRE) enfin celle au camp de réfugiés burundais de Mahama au Rwanda que j'ai eu le bonheur de conduire. Toutes ces missions sont en partenariat avec des ONG africaines remarquables et amies.

Le deuxième grand volet de cette nouvelle publication est dominé par **la prise en charge des violences faites aux femmes et aux enfants**, notamment à travers les communications du dernier colloque marseillais organisé par GSF. Trois communications sur 18 vous sont rapportées ici :

- *Qu'est-ce que la mémoire traumatique ?* par le Dr Clotilde IZABELLE, Psychiatre.
- *La prise en charge des enfants, victimes ou témoins des violences et des assassinats au sein du foyer familial* par notre fidèle compagnon le Bâtonnier Gérard SABATER.
- *Le Repérage précoce et la prise en charge des Violences intrafamiliales envers les enfants* par les Drs Emmanuelle BOSDURE et Violaine BRESSON, pédiatres.

Vous retrouverez également **notre plateforme « *Violence Santé Femme* » au service des patientes et de tous les professionnels engagés** dans cette noble cause. Elle a été inaugurée le 8 mars à l'occasion de la journée internationale des droits des femmes et de l'égalité à travers une tribune signée par plus de 360 soutiens dont de très nombreux artistes sollicités par notre ambassadeur et fidèle ami Olivier SITRUK.

De nouveaux sujets sont aussi abordés :

- ***La Violence Ordinaire*** en milieu scolaire par Elise BRUNET- MAHL
- ***Le Déni de grossesse*** par le Dr Catherine BONNET.

Nous rapportons également la très belle communication TedX du Président de GSF le Dr Richard MATIS « ***L'influence des violences sexistes et sexuelles sur la santé somatique des victimes*** ».

Mélanie GUÉDON nous parlera d'une remarquable BD dans notre rubrique lecture « ***TOUCHÉES*** » de Quentin ZUTTION.

Beaucoup d'autres informations vous attendent à travers ce numéro 17 de 24 pages, colloques, congrès, FGOH, FIGO...

Ce numéro est le dernier que j'ai l'honneur et le plaisir de vous proposer. Une nouvelle équipe rédactionnelle de GSF prendra la relève pour les prochains numéros. Je leur souhaite autant de satisfaction à bâtir ces « rendez-vous » que j'en ai eu pendant ces six dernières éditions.

Bonne lecture. Merci pour votre fidélité et votre soutien

À la Une

Après une grande période de patience dûe à la pandémie, Gynécologie Sans Frontières est de retour à Lodja (RDC) afin de poursuivre la mission d'évaluation débutée en 2019 autour des objectifs suivants :

accompagner, former les équipes et réaliser une évaluation des pratiques et ressources en anesthésie.

GSF de retour en République Démocratique du Congo

A LIRE PAGE 2

Editeur de publication : Serge Boyer, *Secrétaire Général de GSF* - Directeur de publication : Serge Boyer, Communication GSF - Co-rédactrice en chef : Laurence Pecqueux Binet
Crédits photos : GSF, L. Boyer, A.M. Lechartier, F. Bayoumeu, F. Quinaud Greene, V. Chareyre - Crédits textes : Serge Boyer, Françoise Bayoumeu, Anne-Marie Lechartier, Vanina Chareyre, Françoise Quinaud Greene, Melissa Jeddi, Anne-Marie Mouton, Catherine Bonnet, Elise Brunet-Mähl, Mélanie Guédon, Richard Matis, Laurence Pecqueux-Binet, Gérard Sabater, Emmanuelle Bosdure, Violaine Bresson, Clotilde Izabelle, Agathe Bernard Réalisation : Romain Guiho - mbg ouest com
Journal semestriel gratuit de Gynécologie Sans Frontières distribué sans abonnement - Date de parution : Mai 2023
Gynécologie Sans Frontières (GSF) - 9, rue des Trois Croissants - 44000 NANTES - 09 81 79 31 04 / 09 81 05 52 24 - admin.gynsf@gmail.com

À l'international

République Démocratique du Congo – Province du Sankuru – Lodja

Otema le retour...

Docteur Françoise Bayoumeu
Anesthésiste réanimateur & Administratrice de GSF

Docteur Anne Marie Lechartier
Gynécologue Obstétricienne & Trésorière de GSF

En octobre 2019, le Dr Thomas Charbonnier, gynécologue obstétricien, et Laurence Peltier, sage-femme, étaient venus à Otema en République Démocratique du Congo à l'invitation du Docteur Tony Elonge. Ce gynécologue, élève du professeur Denis Mukwege, puis formé en France, est revenu dans sa province, le Sankuru, afin de construire à Lodja l'hôpital « *Otema* ». Le centre est financé par « *La Gerbe* », association française confessionnelle.

Tony Elongé est un homme charismatique, dévoué à sa population. Il souhaitait l'aide et l'expertise de Gynécologie Sans Frontières afin d'améliorer le bloc opératoire et la maternité d'Otema.

A la suite de la première évaluation et après une grande période de patience au regard de la Covid, un nouveau binôme est composé, le nôtre : Dr Anne Marie Lechartier, Gynécologue obstétricienne et Dr Françoise Bayoumeu, anesthésiste. Une équipe constituée pour un retour à Lodja, afin de poursuivre le travail de formation de Gynécologie Sans Frontières autour des objectifs suivants : accompagner, former les équipes et réaliser une évaluation des pratiques et ressources en anesthésie.

DEPUIS 2019, LA SITUATION A CHANGÉ

En effet, Tony, appelé par le nouveau gouverneur de la province, est devenu il y a 7 mois ministre de la santé du Sankuru. Leur défi est de taille !

Le Sankuru, au centre de la RDC, fait 4 fois la superficie du Rwanda pour seulement 4,5 millions d'habitants. C'est une province très pauvre, enclavée. Lodja est la ville la plus importante du Sankuru (200.000 habitants). Sur ce grand territoire, pas un seul mètre carré de bitume, la piste de l'aéroport et toutes les routes sont en terre battue. Il faut une semaine de voiture pour rejoindre Kinshasa... le bout du monde. Notre mission va en fait se déployer à l'échelle de la province. Tony a convoqué des représentants de différents centres de santé et ce sont 12 élèves de chirurgie et autant en anesthésie qui sont présents à Otema pour notre mission.

MALGRÉ LES 5 HEURES DE RETARD DE NOTRE VOL, L'ÉQUIPE DE L'HÔPITAL NOUS ATTEND

L'accueil est chaleureux, et en raison de l'heure tardive, la visite de l'hôpital est remise au lendemain. Dans la soirée, Tony vient à hôtel nous saluer et nous confier le programme : Cours pratiques et théoriques pour Françoise, et pour la chirurgie assurée par Anne Marie : consultations, blocs et cours.

Première nuit à Lodja. Difficile de dormir, nous sommes réveillées par le bruit de l'orage. C'est la saison des pluies. Quand il pleut, plus personne ne circule. Les trombes d'eau transforment les « routes » en lacs faute de caniveaux. Sur les 8 kms qui nous séparent de l'hôpital nous croisons des petites filles qui puisent une eau boueuse dans les mares de la nuit. Les paysans se déplacent à vélo ou à pied, portant pour les vendre au marché, des feuilles de manioc, de la paille pour les toits de chaume ou, denrée plus précieuse, de délicieux vers blancs de palmier.

La pauvreté est grande. La population vit avec 2 $ par jour..., quotidiennement des passants, des familles de patients demandent quelques francs congolais pour manger. Les plantations de café et d'hévéa ont été abandonnées en raison du coût du transport et des taxes (pas moins de 149 taxes officielles et officieuses), nous confiera un professeur d'agronomie belge qui souhaite relancer la production de caoutchouc. Aucune grande société n'est implantée dans la province. L'économie se résume aux petits commerces et exploitations agricoles.

NOUS SOMMES ASSEZ VITE À L'HÔPITAL OÙ NOS ÉLÈVES NOUS ATTENDENT.

Pour l'anesthésie, je (Françoise) vais au bloc et débute la vérification des appareils d'anesthésie, le nettoyage des lieux et l'inventaire des moyens disponibles. Je fais jeter tout ce qui trempe dans des solutions désinfectantes depuis parfois des semaines, les ampoules entamées, les seringues et aiguilles souillées. En deux jours, je suis nommée officiellement « Madame Poubelle ». Je constate rapidement la très grande faiblesse des ressources.

Les élèves sont des médecins ou infirmiers qui font de l'anesthésie. Matin au bloc et après midi cours théoriques. Jamais il n'y avait eu au Sankuru de cours d'anesthésie. Succès complet. La radio va nous interviewer et diffuser le message de nos consultations gratuites à Otema. Radio tamtam fait le reste, nous sommes reconnues au marché comme l'équipe de France qui travaille à Otema. La patiente la plus lointaine viendra de 600 km.

POUR LA CHIRURGIE, LE TRAVAIL EST DIFFÉRENT.

Les annonces radiophoniques font venir un flot de patients. Pour faire de la formation, il faut du temps pour interroger, examiner, discuter les hypothèses. En fin de journée, il faut voir les examens complémentaires, expliquer aux étudiants et à la patiente la démarche de soin et les possibilités de traitement. Nous verrons 86 femmes en 9 jours.

Un tiers venait pour des douleurs (dorsolombaires, sans surprise, mais aussi abdominales, infectieuses, post chirurgicales, etc.)

Un autre tiers vient pour un désir d'enfant. Désir sans fond, stérilité vraie, terrible pour ces femmes vivant dans une société patriarcale où elles n'existent que par la maternité. Plus de la moitié des consultantes vivent en polygamie, bien qu'officiellement interdite en RDC. Le rang entre les coépouses

se compte en nombre d'enfants. Le mari, souvent beaucoup plus âgé, visite chacune à jour fixe mais pour concevoir il faut que ce jour corresponde aux jours féconds de la jeune nouvelle épouse.

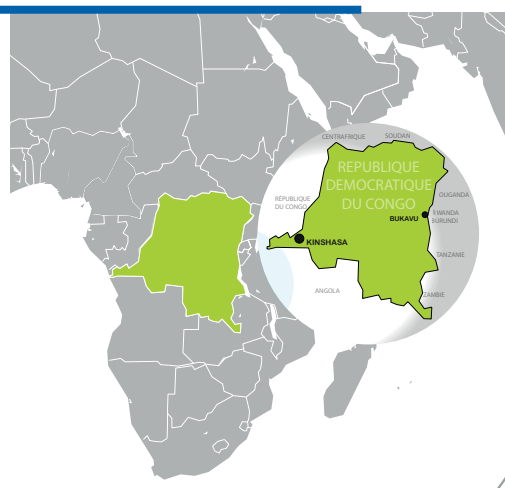
Ces femmes sont exposées à de fréquentes infections sexuellement transmissibles, qui, mal traitées, causent des stérilités.

Enfin, nous avons vu quelques grossesses, dont des grossesses adolescentes liées aux mariages précoces et toutes sortes de pathologies gynécologiques : cancer du col dépassé, endométriose, troubles des règles.

Entre les consultations, il faut planifier les interventions. La moitié des femmes programmées ne vont pas venir car les consommables nécessaires à l'intervention sont trop chers. Nous en parlons au Dr Tony Elonge qui prendra à sa charge les cas des femmes trop précaires pour financer le bloc et dont la chirurgie était indispensable. Tony participera aux interventions. Il est intéressé par la chirurgie vaginale.

Le bloc est peu équipé mais il possède maintenant deux stérilisateurs... au feu de bois. Il faut attendre que le matériel soit stérile et refroidi pour débuter le programme. Le nettoyage est assuré par les « mamas ». Une d'elles travaille avec son bébé dans le dos pour continuer à le nourrir au sein.

Le soir, après les consultations, nous formalisons le programme de cours choisi par Tony et par les participants. Ils ont chacun reçu, comme ils le souhaitaient, une clef USB contenant les documents de manière à pouvoir les partager avec leurs collègues des centres de santé.



La fin des cours donnera lieu à une fête, puis viendra le temps des adieux ; Première anesthésiste à être venue faire de la formation dans le Sankuru, je salue mon fan club. Notre lien avec cette équipe formidable continue par WhatsApp et une aide est apportée à Tony et à son équipe pour constituer de la bibliographie, chose difficile pour eux avec leur mauvaise connexion internet.

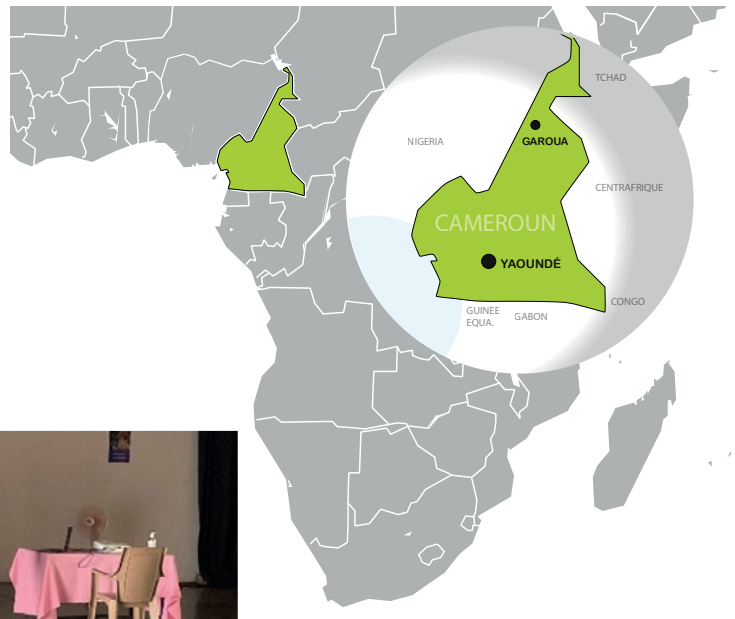
Nous repartirons pour Kinshasa où le pape François vient d'arriver. Dès son premier discours, il reproche aux élites l'appropriation des richesses aux dépends de la population. La RDC regorge de ressources en particulier minières et au Sankuru il n'y a rien ! **La seule richesse de Lodja ce sont ses hommes et ses femmes qui continuent à soigner, à travailler, en attendant un salaire qui ne vient pas toujours**. Ils veulent apprendre encore et encore.

ICI COMME PARTOUT EN AFRIQUE, LA DOCTRINE DE GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES PREND TOUT SON SENS : ACCOMPAGNER, TRANSMETTRE, FORMER SANS SE SUBSTITUER.

Mission « Formation des Formateurs» au Cameroun

Échanger… S'adapter… Rien de tel pour progresser ensemble…

Docteur Vanina CHAREYRE
Gynécologue Obstétricienne - Aubagne (13) - Secrétaire générale adjointe de GSF



Depuis Mars 2021, Gynécologie Sans Frontières travaille en partenariat avec l'ONG humanitaire camerounaise du Dr Georges BWELLE, *ASCOVIME (association des compétences pour une vie meilleure)*, sur un programme SONU (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence) type « Formation des Formateurs ». Ce programme vise à améliorer la prise en charge périnatale et à diminuer la mortalité maternelle et infantile en proposant une formation à des sages femmes, infirmiers accoucheurs, aides-soignants et médecins, venant des 3 régions septentrionales du Cameroun (Nord, Extrême Nord et Adamaoua).

Le programme comporte une partie théorique assez importante… Mais comme dit le philosophe américain John Dewey « *L'expérience donne à la théorie* ***son élan vital et son énergie*** *; la théorie fournit* ***une direction*** *à l'expérience* ». Ce sont 2 éléments inter-reliés. C'est pourquoi depuis le début de ce programme nous avons choisi d'intégrer dans la formation des exercices sous forme de **mise en situation clinique**.

Lors de chacune des missions, nous avions été amenés à établir toujours le même constat : Les participants avaient des niveaux de formation et de connaissance très différents, travaillant pour certains dans des SONU B, pour d'autres dans des centres de santé très isolés (CMI centre médical intégré, CMA centre médical d'arrondissement), ils différaient aussi par leurs motivations à venir à une telle formation, leur tempérament et leur capacité à s'exprimer en public.

L'exercice de mise en situation clinique constitue un outil pédagogique très riche dans le cadre d'une formation : il permet d'appréhender et de mettre en place de nouveaux comportements de manière ludique, ainsi que de déclencher des prises de conscience sans aucune forme de jugement. Il s'inscrit dans une dimension constructive de l'apprentissage : il met l'apprenant au centre de son propre processus d'apprentissage, lui permettant de s'exercer et d'exercer le droit de se tromper dans une atmosphère bienveillante. C'est un modèle simplifié mais juste de la réalité.

Lors de la 4ème mission qui s'est déroulée en octobre 2022, l'équipe GSF était composée de 3 membres (2 sage-femmes, Florence COMTE et Anna FRANCHIN et 1 gynécologue obstétricienne, moi-même, Vanina CHAREYRE). Deux d'entre nous avaient déjà participé à une des trois précédentes missions menées auprès d'ASCOVIME. Durant la phase préparatoire, nous avons voulu profiter justement de notre expérience et des évaluations des participants pour faire quelques modifications dans le but de proposer encore **plus d'échanges** et d'outils pour les ateliers pratiques. Dans ce genre de projet, ce ne sont pas les idées qui manquent… Mais le temps lors de la formation pour les réaliser !!!

NOUS AVONS DÉCIDÉ D'INTÉGRER L'EXERCICE DE MISE EN SITUATION AVANT DE DÉMARRER CHAQUE COURS THÉORIQUE.

Je dis souvent que ce sont des exercices qui permettent aux participants d'apprendre des réflexes, des postures professionnelles… Mais ils nous permettent aussi d'apprendre beaucoup d'eux, des habitudes professionnelles locales. On peut intégrer ces exercices dans les cours qui suivent et faire évoluer nos présentations.

Idéalement, il faut travailler en amont de ces mises en situation, et surtout concernant **l'axe de démarche diagnostique** vers lequel on souhaite amener le participant, car les mises en situation clinique diffèrent des jeux de rôle où le scénario est complètement ouvert, et où il n'y a pas de posture attendue.

Il faut pour cela :

- Définir le contexte, les rôles: le formateur doit définir une situation crédible, un scénario, une consigne qui permettent d'atteindre l'objectif pédagogique recherché.
- Définir les missions d'observation avec si possible une grille d'évaluation.

CHAQUE SCÉNARIO METTAIT UN FORMATEUR (MEMBRE GSF) DANS LE RÔLE DE LA PATIENTE ET UN PARTICIPANT VOLONTAIRE DANS CELUI DU SOIGNANT, MÉDECIN OU SAGE-FEMME.

Ce dernier pouvait, s'il le souhaitait solliciter un(e) confrère (sœur) en cas de difficultés.

Les mises en situation permettent de révéler tous les problèmes liés à la communication : de façon verbale et non verbale ; ce qui n'est pas exprimé, les réactions des personnes dans les échanges et la communication, les différences de perception de la situation.

Pour les participants, cet exercice constitue un moyen de prendre conscience de la différence entre ce que l'on peut faire, ce que l'on pense faire, ce que l'on fait, ce que les autres voient et c'est grâce à cela que c'est un puissant moyen de formation.

Les mises en situation ont de plus l'avantage de positionner les acteurs ensuite en observateurs, afin de leur permettre de visualiser la scène sous un autre angle ; ils changent de vécu et de point de vue. Il est d'ailleurs très intéressant de voir la réaction des autres participants qui sont observateurs.

A la fin de la mise en situation, un débriefing de groupe est réalisé. C'est une phase essentielle, en débutant par le recueil des impressions à chaud du participant-acteur. Ensuite, les observateurs ont la parole, juste avant les formateurs qui donnent leur évaluation en dernier. On peut revenir sur les extraits les plus significatifs. Il est important de mettre l'accent sur les points forts et sur les leçons à tirer. **Pour être vraiment efficace, il est indispensable de ne pas se focaliser sur les points faibles mais plutôt de parler des points d'amélioration ou d'axes de progrès**.

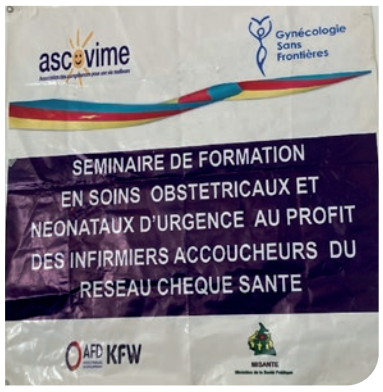
En début de semaine de formation, cet exercice a tendance à effrayer, de susciter la peur de se tromper, de ne pas bien s'exprimer en public, d'être jugé… Mais progressivement il est perçu comme un moment de pause au milieu de la théorie, où on peut interagir et échanger.

C'EST UN OUTIL D'ANIMATION TRÈS PRATIQUE ET CONVIVIAL ET L'OUTIL PAR EXCELLENCE DU TRAVAIL SUR LES COMPORTEMENTS.

Pour ma part, j'ai eu plaisir à voir évoluer les participants au cours d'une même semaine mais également une de mes collègues sage-femme, Anna (première mission avec Ascovime) qui se glissait dans la peau de la patiente et qui s'est rapidement prise au jeu, reprenant des expressions verbales utilisées par les participants, insistant sur des signes cliniques afin d'amener le participant à poser les questions adéquates…

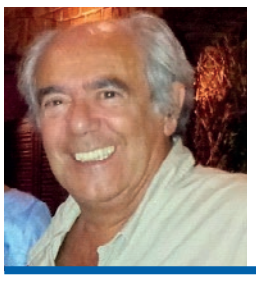
Lors de cette 4ème mission, le Dr Georges Bwellé était arrivé à organiser une séance pratique en centre de santé lors de la dernière journée avec réalisation de consultations au centre médical d'arrondissement (CMA) de LAINDE (Garoua).

Lors d'une demi-journée, nous avons pu observer et évaluer chaque participant dans le cadre de consultations de suivi de grossesse, en bénéficiant également de l'encadrement de la sage-femme responsable du centre médical.



Par petit groupe, un participant réalisait une consultation en présence de ses collègues ; ces derniers intervenant, conseillant si nécessaire. Nous avons pu constater les réflexes acquis suite aux échanges et remarques des jours précédents. Cette demi-journée à contribuer à **orienter notre choix des participants pressentis comme capables, à leur tour, d'être formateurs locaux**.

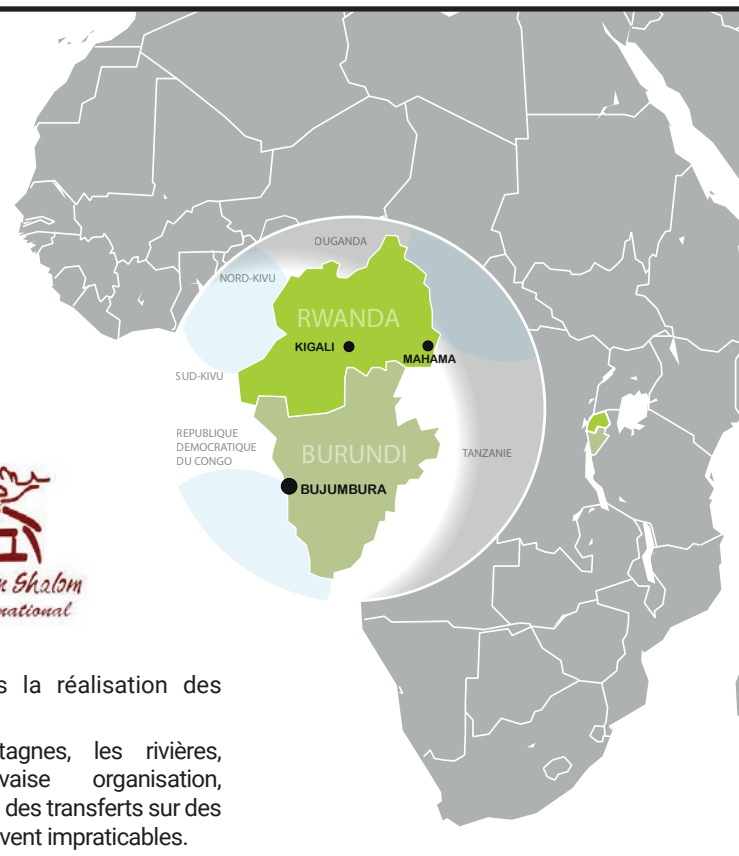
Les évaluations réalisées par les participants à chaque fin de formation nous ont convaincues de l'apport de cette approche. A peine rentrées en France, nous avions déjà des idées pour une prochaine mission…. Au mois d'avril 2023 !



Gynécologie Sans Frontières au Rwanda

Mission d'évaluation au camp de réfugiés de Mahama

Docteur Serge BOYER
Secrétaire général de GSF - Gynécologue Obstétricien - Draguignan (83)



Comme vous avez pu le lire dans le Monde de GSF n°16, Gynécologie sans Frontières a été sollicitée au printemps 2022 par ses amis de *MAISON SHALOM* (M.S) et par l'ONG *Save the Children* (S.C) référente santé dans le camp de réfugiés de MAHAMA depuis 2015, pour intervenir et renforcer les capacités médicales du nouveau Centre de Santé Médicalisé baptisé *MAHAMA II*.

Ce programme est fortement soutenu par le gouvernement rwandais qui souhaite en faire un camp d'élite dans cette province Est du Rwanda, district de KIHERE, où la santé prodiguée devra être égale à celle du reste du pays.

Nous avons mené une mission d'évaluation en santé maternelle - soins obstétricaux et néonataux d'urgence - Sonu C du 7 au 14 novembre 2022.

Le centre de santé du camp de MAHAMA II prendra en charge les 58 500 réfugiés (dont 28.000 femmes), composés de 39000 burundais, 19000 congolais et 500 d'autres nationalités. Il va devenir un centre médicalisé doté d'une nouvelle maternité, d'un bloc opératoire avec possibilité de transfusions sanguines, avec des médecins, sages-femmes, infirmiers en nombre suffisant en ce début d'année 2023 afin de recevoir également toute la population rwandaise voisine du camp, qui jusqu'à présent devait se rendre dans trois centres de santé périphérique de base, BUKORA, MAHAMA et RUSUMO, soit 86 000 personnes.

« *On s'attend donc à ce que cela réduise :*

- *Des retards dans l'accès aux services d'urgences obstétricales tels que les SONU.*
- *Le surpeuplement et les pressions sur les hôpitaux de district du fait d'une offre de services élargie.* »

(Source S.C)

L'équipe des bénévoles de GSF se composait de Mesdames Florence COMTE Sage-Femme, Laetitia ROUSSEL BOYER Infirmière DE et du Dr Serge BOYER Gynécologue Obstétricien.

Nous avons successivement rencontré tous les partenaires :

- 1/ Du domaine de la Santé :
  - La nouvelle équipe de soignants du camp de MAHAMA II : l'équipe de SAVE THE CHILDREN.
  - L'équipe de soignants des 3 centres de santé des villes voisines de BUKORA, MAHAMA, et de RUSUMO.
  - Le directeur général le Dr Jean Claude MUNYEMANA et 2 médecins chefs de l'hôpital du district de KIHERE.
- 2/ Les « représentants » du gouvernement :
  - Le Maire adjoint du district de KIHERE, Monsieur Modeste NZIRABATINYA.
  - Le Camp Manager de MAHAMA, Monsieur André AVUGANEZA.
- 3/ Les représentants de SAVE THE CHILDREN à KIGALI et à KIHERE, dont Madame Maggie KORDE, la Country Director pour le Rwanda et le Burundi.
- 4/ Les représentants de MAISON SHALOM et son Directeur Général Monsieur Emery EMERIMANA

Rencontre avec le Manager du Camp

TOUTES CES RENCONTRES SUR LE TERRAIN, ANTICIPÉES ET PRÉPARÉES AU PRÉALABLE, ONT EU UN DOUBLE OBJECTIF :

- **Poser « un diagnostic »** en très peu de temps, c'est-à-dire effectuer une photographie la plus réelle possible de la situation sanitaire actuelle en Santé Maternelle et projeter le fonctionnement du centre médical de MAHAMA II dès son ouverture début 2023.
- **Proposer des recommandations** avec un accompagnement « à la carte » et un dispositif pédagogique adapté aux acteurs en place et aux structures existantes, tout ceci pour concourir à un renforcement des compétences et tendre vers l'excellence.

La photographie sanitaire du Rwanda est exposée dans les cadres de cette page.

Rappelons que la mortalité maternelle et infantile dans les pays où GSF intervient est due essentiellement aux classiques « trois retards »:

- Retard dans la décision de rechercher des soins
  - Le manque de compréhension des complications
  - Acceptation de la mort maternelle
  - Statut inférieur des femmes
  - Les obstacles socio-culturels à la recherche de soins
- Retard dans la réalisation des soins
  - Les montagnes, les rivières, la mauvaise organisation, problèmes des transferts sur des routes souvent impraticables.
- Retard dans la réception des soins
  - Manque de fournitures de base
  - Peu de personnel qualifié avec une attitude parfois punitive
  - La pauvreté

Ces 3 retards constituent un axe prioritaire de réflexion pour préparer nos missions de développement afin d'adapter et préparer notre compagnonnage dont l'objectif est de renforcer les compétences locales.

LES FORCES SANITAIRES ACTUELLEMENT PRÉSENTES :

A/ Les trois centres de santé

3 centres de santé du district de KIHERE, BUKORA, MAHAMA, et RUSUMO prenant en charge une population de 86.000 personnes, vont être mis en réseau avec MAHAMA II. En 2021, 1670 naissances ont eu lieu dans ces trois centres sans tenir compte des transferts de grossesses pathologiques et césariennes vers l'hôpital actuel de référence de KIHERE. Ces transferts rencontrent de nombreuses difficultés logistiques (recherche de véhicules et personnels disponibles, trajets longs et difficiles sur les pistes...)

B/ Le centre hospitalier de référence du dictrict de KIHERE

- 6000 naissances par an, recrutement direct et transferts en provenance des 19 centres de santé dont MAHAMA II, MAHAMA, RUSUMO, et BUKORA.
- Au total 12.000 à 13.000 naissances dans le district dont 22 à 25% de césarienne.
- En cas de très gros problèmes à l'hôpital de KIHERE : transfert dans un hôpital de niveau 3.
- 11 médecins généralistes et 3 internes, 2 postes de médecins gynécologues obstétriciens non pourvus actuellement. 17 sages-femmes. 14 infirmières et 7 en salle d'opération.

Vue du camp de Mahama

Informations Générales sur le Rwanda

(Principales sources : FMI, Banque Mondiale, l'OMS, ...)

La population du Rwanda compte environ 13.276.000 habitants (2021) pour une superficie de 26.338 km². L'évolution annuelle de la population est de 2,5%.

La santé est une préoccupation majeure du gouvernement rwandais depuis de très nombreuses années. Il dépense près de 15% du budget à la santé.
La Couverture Santé Universelle est assurée pour 80 % des rwandais en 2019. Si les familles rwandaises ont acquitté la « Mutuelle Santé », elles ne payent que 10% des soins ; mutuelle qui coûte entre 3000 et 7000 Francs rwandais, soit 3 à 7 euros par an et par personne, selon les revenus.

En 2021 l'espérance de vie moyenne était de 69,4 ans, 72 ans pour les femmes, 67,1 ans pour les hommes.

C'est un pays « jeune », comme beaucoup de nations africaines, où la population de moins de 15 ans en 2021 était de 39%, avec un âge médian de 24,4 ans.

Les enfants représentent 83,5% de la population rurale du pays (2020).

Le taux d'alphabétisation des adultes (+ de 15 ans) est de 73%, celui des jeunes (15 à 24 ans) est de 86%. Le taux de scolarisation est de 93% en primaire.

39% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (<1,3 $/jour).

En 2010 le Rwanda comptait 1 médecin pour 16.000 habitants, en 2020 il en compte 1 pour 8.247 habitants, mais encore mal répartis dans le pays.

L'IDH est au 160ème rang sur 189.

La Prévalence du VIH, homme/femme en 2021 est 2,3%.

La santé Maternelle : quelques chiffres

- Nombre de naissances : 380 000/an (2017).
- 94% des naissances sont assistées (2020). Les accoucheuses traditionnelles ont disparu.
- Evolution de l'Indice de fécondité (2021) : moyenne 3,75 enfants par femme, (3,4 en zone urbaine, 4,3 en zone rurale). Il était de 6,1 en 2005.
- Taux de natalité : 29,8 / 1000 femmes en âge de procréer.
- Près de 50% des femmes se rendent à la 1ere CPN à 6 mois de grossesse, seulement 8% font la 1ere visite à moins de 4 mois.
- La prévalence contraceptive pour les femmes entre 15 et 49 ans est de 34%, dont 58% sont en couple.
- 7% des mariages ont lieu avant 18 ans en 2020.
- Grossesse chez les adolescentes en 2020 : 41 / 1000

La Mortalité

- 960 femmes sont mortes durant une grossesse en 2017.
- Mortalité néonatale : 17,9 / 1 000 (Cameroun 23,9 - France 3)
- Mortalité des moins d'un an : 30,3 /1000.
- Mortalité des moins de 5 ans : 40,5 / 1 000 en 2017, 34/1000 en 2021 (France: 3,6).

La Mortalité maternelle au Rwanda a bien diminué ces dernières années.

- 2008 : 540 / 100 000
- 2015 : 290 / 100 000
- 2020 : 203 / 100 000

Comparaison avec les pays où GSF a mené des missions ces dernières années (chiffres de 2017) :

- RCA : 829
- Guinée : 576
- Mali : 562
- Burundi : 548
- Cameroun : 529
- Congo : 473
- Togo : 396
- France : 8

C/ Quelle est la situation dans le camp de Réfugiés de MAHAMA et le Centre de Santé de MAHAMA II en novembre 2022 ?

Dans le camp de MAHAMA existent deux centres de santé depuis sa création en 2015 sous la responsabilité de SAVE THE CHILDREN.

Le gouvernement rwandais a décidé de médicaliser le centre de santé MAHAMA II, accueillant 58 000 réfugiés, pour éviter les transferts vers l'hôpital de district de KIHERE avec toutes les difficultés citées précédemment. (Trajets difficiles, 1H30 minimum...).

Il a été équipé en ressources humaines, médecins, sages-femmes, infirmiers anesthésistes, et matériel : salle de naissance, bloc opératoire avec stérilisation et possibilité de transfusion sanguine.

CE SERA UN SONU C SELON LES NORMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ RWANDAIS.

Jusqu'à cette fin d'année 2022 le centre accueille environ 750 naissances par an, aucune césarienne sur place et 600 transferts à l'hôpital de KIHERE avec les six ambulances de SAVE THE CHILDREN.

Aucune mortalité maternelle n'a été déplorée sur place. Les transferts sont effectués pour les indications suivantes : utérus cicatriciel, souffrance fœtale, présentation dystocique, grossesse multiple, menace d'accouchement prématuré.

Il ne semble pas exister de véritable dossier de transferts. Pas de véritable référence contre référence.

Pas de véritable revue de Morbi -Mortalité.

La couverture contraceptive moderne dans le camp est de 39% des femmes qui en bénéficient (15 à 49 ans).

Une sage-femme se déplace dans la communauté auprès des jeunes pour faire la prévention en santé sexuelle et reproductive.

Les ressources humaines ont été très augmentées pour la médicalisation du centre de santé :

- 5 médecins en journée dont le médecin directeur mais aucun gynécologue obstétricien
- 11 sages-femmes
- 3 infirmiers de bloc opératoire
- 15 infirmiers généralistes
- 2 infirmiers anesthésistes
- 4 techniciens de laboratoire

Equipe GSF avec Mme Maggie KORDE Directrice Rwanda de Save The Children

La maternité est équipée du matériel suivant :

- 5 lits de pré travail, 3 tables d'accouchements séparées par un rideau avec matériel d'accouchement, ventouse, lampe sur pied, chariot d'urgence.
- Une table de réanimation BEBE avec Ambu et O², couveuses.
- 5 lits de post partum (24H).
- Présence d'un échographe à venir.

Le bloc opératoire est équipé avec :

- 1 table d'opération,
- 1 respirateur d'anesthésie,
- 2 scialytiques plafonniers plus un sur pied,
- 1 aspiration électrique,
- 3 lits de salle de réveil,
- 7 lits post op pour césarienne,
- 1 salle de stérilisation.

Consultations et service d'échographie

Le Laboratoire prend en charge :

- Les tests rapides sanguins et urinaires.
- Les analyses en microbiologie, bactériologie et hématologie.

A NOTER : une banque de sang est en cours de réalisation. La distribution du sang est effectuée par drones. Une trousse de transfusion est à disposition.

QUELLES SONT LES PERSPECTIVES 2023 ?

Nous avons analysé quelles seront les activités et les difficultés à prévoir à l'ouverture officielle en début 2023 du centre médicalisé de MAHAMA II afin de bien préparer l'équipe et anticiper les nouvelles situations d'urgence et/ou de pathologie médicale et chirurgicale.

Ils devraient assister à une montée en charge forte et rapide, vu les enjeux de santé publique et l'attractivité due à l'ouverture de ce nouveau centre médicalisé de la part de la population réfugiée et des populations autochtones voisines du camp :

- Nous estimons que dès l'année 2023 sont à prévoir environ 2000 accouchements par an dont 600 césariennes (taux de 30%, moyenne nationale) avec possibilité de transfusions sanguines. Un véritable centre SONU C.
- Passage de 750 à 2000 naissances, soit 3 fois plus qu'actuellement mais essentiellement des césariennes, des grossesses pathologiques à hospitaliser et à surveiller, et les urgences gynécologiques (grossesse ectopique, kyste ovarien tordu…).
- Il ne devrait plus y avoir de transfert vers l'hôpital de KIHERE, sauf les cas qui nécessitent une prise en charge très spécifique. De ce fait les trois retards classiques (expliqués plus haut), grands pourvoyeurs de graves complications (mort fœtale ou maternelle, maladies handicapantes dont les fistules obstétricales) vont se réduire. C'est l'objectif d'un SONU.C.
- Il faut également noter que MAHAMA II va récupérer environ 680 transferts pour césarienne venant des trois centres de santé MAHAMA, RUSUMO et BUKORA, actuellement dirigés vers l'hôpital de KIHERE, (1670 naissances en 2021 ont eu lieu dans les trois centres).
- Les trois centres prennent en charge une population d'accueil de 80.000 personnes. Le centre médicalisé de MAHAMA II va donc prendre en charge cette population d'accueil en plus des 58.000 réfugiés soit un total d'environ 140.000 personnes.

UNE COORDINATION FRANCHE ET RESPECTUEUSE DOIT S'INSTAURER RAPIDEMENT ENTRE CES TROIS CENTRES DE SANTÉ, MAHAMA, RUSUMO ET BUKORA, L'HÔPITAL DE DISTRICT DE KIHERE, ET BIEN ENTENDU LE CENTRE MÉDICALISÉ DE MAHAMA II

Les points forts, ils sont nombreux :

- Une équipe médicale nouvelle avec de nombreux soignants.
- Un nouveau centre de santé, neuf et adapté à la prise en charge de la santé maternelle, et assimilé à un SONU C.
- Une volonté « politique » forte de faire bénéficier de la même qualité des soins en santé maternelle la population réfugiée et la population d'accueil autochtone voisine.
- Ce programme a tout pour réussir, mais la tâche nous semble énorme et périlleuse sur les deux premières années.

Les points faibles, ils sont également nombreux :

- Le manque de médecins seniors en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie néo natale.
- Un manque d'expérience sur les dossiers et situations pathologiques.
- La jeunesse de l'équipe. Un manque d'expérience en organisation d'équipe notamment en situation d'extrême urgence : on ne passe pas facilement d'une gestion de 600 accouchements eutociques simples à 2000 avec, au minimum, 600 césariennes et toutes les complications obstétricales possibles (pas de code rouge instauré). Difficultés à faire face à une logistique de gestion des accueils d'urgence, des lits d'hospitalisation, de l'entretien du matériel médical et des locaux... Absence de préparation au stress : une mutation rapide va s'opérer, un service qui a l'habitude de transférer tous ses cas difficiles va devenir un service qui va recevoir des pathologies graves et en nombre conséquent d'où de possibles situations de confusion.

QUELLES SONT LES RECOMMANDATIONS ET LES PROPOSITIONS DE GSF ?

Quatre domaines d'interventions ont été proposés pour que MAHAMA II devienne un SONU C effectif rapidement

- 1/ Mise au point et renforcement des compétences de base en Gynécologie Obstétrique pour tous les personnels soignants.
- 2/ Formation sur la prise en charge des pathologies gynéco obstétricales en situation d'urgence.
- 3/ Optimisation des organisations, collaborations, et transmissions, (référence et contre référence, revue de morbi-mortalité) en contexte médico chirurgical.
- 4/ Développement de la prévention en santé sexuelle et reproductive.

Nous avons proposé un programme personnalisé de « Formation de Formateurs» en partenariat avec les équipes du centre hospitalier de KIHERE, médecins, soignants, pour être au plus près des besoins et des demandes.

Il est souhaitable de renforcer les compétences des soignants du centre de santé médicalisé de MAHAMA II mais aussi ceux des trois centres de santé des zones rurales autour du camp afin de renforcer la collaboration :

- Compagnonnage en salle de naissance, au bloc opératoire, en salle d'échographie, en hospitalisation, en CPN….et cours théoriques, mais surtout ateliers pratiques et mises en situation avec du matériel de simulation (mannequins obstétricaux type MamaNatalie, bassin maternel osseux, mannequin nouveau-né pour réanimation, Ambus, ventouses, DIU…) durant lesquels les échanges d'expériences seront bénéfiques, où il n'y a ni maitre ni élève, mais des compagnons, sans s'estimer supérieur, sans juger ni dénigrer.

Notre investissement aura deux directions : le renforcement des connaissances des professionnels, basé sur les compétences déjà acquises, et l'organisation des soins autour de la patiente, en respectant un principe cher à GSF « ***Former, Transmettre, Accompagner sans se substituer*** ».

ORGANISATION PRÉVISIONNELLE DES FUTURES MISSIONS DE DÉVELOPPEMENT

- Programme basé sur 2 missions annuelles, de quinze jours chacune, pendant 2 ans.
- Encadrements cliniques et compagnonnage de tous les professionnels de santé le matin.
- Formation théorique et pratique tous les après-midis sous forme d'ateliers et de conférences.

A/ Le lieu de la formation :

Sera le Centre de santé de MAHAMA II : en Salle de naissance, au bloc opératoire, dans les suites chirurgicales, en consultations, et en salle d'échographie, du lundi au vendredi, matin et après-midi.

B/ Les Formateurs

L'équipe GSF : 4 personnes

- 2 médecins gynécologues + 1 sage-femme + 1 infirmière
- ou 1 médecin gynécologue + 2 Sages-femmes + 1 infirmière (selon les missions).

C/ Les Participants

- Tous les acteurs de S.C. (20) du centre médicalisé de MAHAMA II, (médecins, sages-femmes, infirmiers, aide-soignants)
- 2 participants (sage-femme et infirmier) de chaque centre de santé MAHAMA, RUSUMO et BUKORA par semaine.

D/ Les Supports Pédagogiques

La formation théorique et pratique : conférences, ateliers pratiques, mises en situation, se fera à la « carte » selon les souhaits exprimés par les participants.
Diaporamas, films, mannequin Réa BB, bassin obstétrical et BB pour manœuvres, ventouses, matériel de sutures….
Support écrit des enseignements, donnés sur clé USB.

E/ Le temps de l'évaluation des missions de développement

Tout au long de ces deux semaines passées sur place, une évaluation journalière sera effectuée, elle sera réciproque et mutuelle, les « enseignants » et les « participants » s'évalueront au fil des jours afin de réajuster les enseignements et effectuer des remédiations au plus proche des besoins des participants.

3 PRINCIPES FONDATEURS GUIDE NOTRE PÉDAGOGIE : LE SAVOIR, LE SAVOIR FAIRE, ET LE SAVOIR ETRE.

Emery EMERIMANA, Président Directeur de Maison Shalom

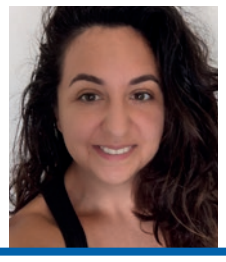
NOS CONCLUSIONS

Au terme de cette mission d'évaluation réalisée à la demande des ONG SAVE THE CHILDREN et MAISON SHALOM, nous tenons à remercier tous les partenaires rencontrés.

Nous avons établi un rapport détaillé, objectif et complet afin d'apporter des recommandations à la mise en route du centre médicalisé de MAHAMA II pour une meilleure prise en charge des femmes réfugiées et celles des populations autochtones voisines.

Si nos recommandations sont retenues, en totalité ou en partie, nous établirons dans les meilleurs délais un programme de formation détaillé de ce partenariat et évaluerons son coût. En conséquence, une convention de partenariat devra être signée entre SAVE THE CHILDREN et Gynécologie Sans Frontières.
Ce programme pourrait porter le nom de : « **ELITE MATERNITY PROJECT** ».

A ce jour, début mai 2023, nous sommes toujours dans l'attente du financement de ce superbe projet.



Dapaong, au Nord Togo – Nov. 2022

Autour de la naissance

Docteur Françoise QUINAUD GREENE
Gynécologue obstétricienne, bénévole GSF

Melissa JEDDI
Sage-femme, bénévole GSF

19 novembre 2022, nous partons. C'est une délégation composée de deux équipes : une équipe de *Pédiatres du Monde*, (PDM) (3 pédiatres et une puéricultrice) menée par le Dr Bernard BOURDAILLIEZ et une équipe de *Gynécologie Sans Frontières*, Françoise QUINAUD GREENE (GO) et Mélissa JEDDI (SF) pour une mission de formation dans le Nord Togo intitulée « Autour de la naissance ».

Cette mission comporte deux particularités :

- C'est une mission de **formation délocalisée** par rapport au lieu de travail des équipes, lieu qui nous est inaccessible pour des raisons de sécurité et qui se tiendra donc dans la ville de Kara
- C'est la première mission organisée en **partenariat à l'international** entre les ONG Pédiatres du Monde et Gynécologie Sans Frontières

Cette mission a été élaborée avec le Dr Walliy SALIFOU, chef du Centre de santé Maguy, situé à Dapaong (nord Togo), avec un programme sur des sujets sélectionnés par les soignants togolais.

LE TOGO EST ACTUELLEMENT UN DES PAYS LES PLUS PAUVRES DU MONDE, ET LE NORD TOGO EST LA RÉGION LA PLUS PAUVRE DU TOGO.

Le Centre Maguy, tenu par l'association VIE (Vivre dans l'espérance, vivredanslesperance.org), a acquis une solide expérience de soins dans l'accompagnement des patients porteurs du VIH (l'épidémie a fait des ravages dans cette région dans les années 1990-2000). Ce centre répond maintenant à une demande de plus en plus élargie de soins jusqu' à la création d'une maternité incluant la nécessité d'accompagnement pédiatrique dans lequel l'association PDM s'est impliquée depuis 2017, proposant un projet sur 4 ans de formation de sage-femmes et de médecins ; en partenariat avec GSF pour le volet obstétrical.

L'instabilité géopolitique de la région - proche de la frontière avec le Burkina Faso - liée aux mouvements djihadistes a rapidement conduit à la mise en zone rouge de cette région et a donc obligé à stopper le projet, les équipes médicales ne pouvant se rendre sur site de façon secure.

Des visio-conférences ont été réalisées par PDM avec la participation de GSF, mais avec le temps, celles-ci se sont essoufflées, raréfiées, conduisant à une formation en présentiel à la demande des Médecins Togolais. Délocalisée et organisée à Kara, ville universitaire située à 200kms plus au sud et donc accessible pour nous, et en y faisant venir des équipes du nord pour un renforcement des connaissances déjà acquises des agents en santé, sage-femmes, médecins ; optimisant avec l'intégration des soignants venant des structures de santé environnantes (CHR, Polyclinique, dispensaires) et de structures de santé de la région de Kara, c'est au total une vingtaine de participants qui nous ont rejoint.

Sur place la semaine de formation s'est articulée selon de multiples niveaux :

- Formations plus théoriques le matin, avec l'ensemble des participants et des ateliers en petits groupes l'après-midi, laissant des temps de discussions très enrichissants.
- Formation autour du volet obstétrical et du volet pédiatrique
- Des interventions mutualisées avec des spécialistes de Kara ; interventions à « 2 voix » très appréciées des participants.

LES POINTS REMARQUABLES DE CETTE MISSION :

- Le bon niveau de connaissances de base des participants, très actifs, dynamiques, motivés, s'impliquant fortement dans les discussions et dans les ateliers pratiques.
- Les sujets abordés : ictère, risque infectieux du nouveau-né, réanimation néo natale pour la pédiatrie, suivi de grossesse et signes d'alerte , HTA et éclampsie, partogramme, HPP pour l' obstétrique, ont largement débordé sur des discussions autour de leurs réalités quotidiennes.
- Ces discussions ont permis des **interactions entre les participants** venant des différentes structures, réunis à l'occasion de cette formation, heureux d'**échanger sur leurs pratiques et de pouvoir proposer l'élaboration commune de projets**, par ex : fiches de conduite à tenir, fiches de transfert etc…
- L'excellente organisation par les Togolais de Dapaong d'une mission hors de « leurs terres », ce qui impliquait de nombreuses contraintes et qui n'était pas facile.
- Les échanges constructifs de pratiques entre les spécialistes de Kara, les participants, et l'équipe GSF
- **La très bonne complémentarité du travail des 2 équipes, GSF et PDM** ; il est clair que ce binôme gynéco-pédiatrie est une plus-value pour les participants qui, sur le terrain, sont pour la plupart les mêmes sur ces 2 fronts de compétence
- La création d'une boucle WhatsApp entre tous les participants, avec des demandes d'avis, ou d'infos et qui perdurent au-delà de la formation, maintenant, à distance, le lien et les effets de cet enseignement
- Enfin, la rencontre avec Sœur Marie Stella, âme du Centre Maguy et personnalité hors du commun pour qui l'amour des autres a un sens au quotidien par ses actions. Son charisme, son efficacité, son énergie et sa gentillesse nous ont fortement impressionnés.

PARTIS LE 19 NOVEMBRE, REVENUS LE 27 NOVEMBRE… REVENUS ? PAS TOUT À FAIT… PEUT-ÊTRE…

Cette mission se poursuit dans nos têtes et dans nos cœurs et nous espérons qu'elle se poursuivra dans le temps avec une continuité possible autour de ce beau projet de collaboration PDM/GSF auprès des équipes de Dapaong, de Kara…

Renouvellement du Partenariat-Mécénat VYV-GSF

GROUPE vyv

Depuis plus de cinq ans, le Groupe VYV soutient un certain nombre de projets de GSF particulièrement en Afrique. Il a notamment encouragé nos programmes visant à réduire la morbidité et mortalité maternelle mis en place à Madagascar (2017) en Guinée Conakry (2018), à Sikasso au Mali (2018), au Togo (2018-2019), Cameroun (2021) RCA (2021).

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

Nous avons donc décidé conjointement de poursuivre ce partenariat pour les années 2022-2023 et 2024, en faveur des actions menées par notre ONG afin de venir en aide aux femmes en situation de précarité et vulnérabilité en France et à l'International.

Harmonie mutuelle · mgen · mmg · MNT · SMACL Assurances · vyv³ · groupe Arcade vyv
SANTÉ ASSURANCES & RETRAITE - SOINS & ACCOMPAGNEMENT - LOGEMENT
GROUPE vyv

La santé des femmes est un sujet qui mérite d'être mieux pris en charge tant les inégalités hommes/femmes sont aussi un sujet de santé. Dans certains pays, ces inégalités s'accompagnent de violences et de discriminations qui font des femmes les premières victimes des crises et conflits armés. Mieux s'occuper de leur santé est un des moyens de contribuer à la place des femmes dans la société et finalement à aider au développement humain, politique et économique.

Pour toutes ces raisons, le Groupe VYV soutient l'action de Gynécologie Sans Frontière. Premier groupe mutualiste de protection sociale en France, notre groupe promeut la solidarité et le partenariat avec les acteurs non lucratifs qui font avancer la société. La santé et les droits des femmes comptent au premier rang de nos combats.

Texte communiqué par le groupe VYV que nous remercions chaleureusement

Formations

Formations en Gynécologie Obstétrique Humanitaire

En 2023, GSF propose deux sessions en formule classique à :

- Bayonne (64) - Clinique Belharra - du 12 au 16 juin 2023
- Bordeaux (33) - Clinique Saint Augustin - du 13 au 20 novembre 2023

*En formule **Classique**, les droits d'inscription couvrent l'enseignement dispensé, les déjeuners du lundi au vendredi inclus, les pauses-cafés matin & après-midi, le dîner convivial du mercredi soir. Les frais d'acheminement, d'hébergement et des repas non-cités sont à la charge du participant.*

Tarifs formule classique

- Internes, sages-femmes, infirmiers DE, étudiants : 450€
- Médecins : 650€

Formation Continue

- Gynécologie Sans Frontières est enregistrée auprès de la préfecture des Pays de la Loire en tant qu'organisme de formation sous le numéro d'enregistrement : 52 44 05694 44.
- Ce numéro peut permettre la prise en charge financière totale de la formation dans le cadre d'une convention pour la Formation Continue. Dans ce cas, les frais d'inscriptions sont les suivants :
  - Internes, SF, IDE, étudiants : 700 €uros
  - Médecins : 1200 €uros

  La formation n'est pas inscrite au DPC ni certifiée Qualiopi

www.gynsf.org/fgoh

12 AU 16 JUIN 2023
CLINIQUE BELHARRA BAYONNE (64)

13 AU 20 NOVEMBRE 2023
CLINIQUE St AUGUSTIN BORDEAUX (33)

FORMATION GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE HUMANITAIRE

Sessions 2023

Lundi 12 juin

Humanitaire Généralités

- Accueil
- Présentation de Gynécologie Sans Frontières
- Humanitaire & Développement (Solidarité) : Historique, concepts et définitions, les crises, les acteurs
- La démarche de santé publique ou de santé humanitaire à mettre en œuvre lors de missions de solidarité
- Cas pratique : comment évaluer une mission ?
- Se protéger des maladies infectieuses lors des missions de solidarité
- Cas Pratiques : les erreurs à éviter lors des missions de solidarité
- Mission SONU CAMEROUN
- *Apéritif de Bienvenue*

Mardi 13 juin

Santé des femmes en France et dans le monde

Développement & Formation

- Prise en charge obstétricale versus religions, cultures et genres
- Mortalité maternelle
- Atelier pratique : Prise en charge des hémorragies post partums en milieu restreint
- Santé reproductive des adolescents en Afrique
- Missions de formation SONU
- Concevoir un projet/Atelier pratique
- Atelier - «CamiFrance» : Comment s'investir lors des missions et en dehors des missions GSF ?

Mercredi 14 juin

Missions

- Néonatologie en Humanitaire
- Anesthésie en mission humanitaire
- Témoignage de mission RDC -Lodja - Hôpital Otema
- Chirurgie Solidaire
- La prise en charge chirurgicale des maladies handicapantes
- Partenariats humanitaires (Madgascar, Guinée, Togo, Rwanda)
- Mission Africaines
- Echographie materiel biomedical en humanitaire
- L'interculturalité dans les pratiques obstétricales
- Organiser l'accueil obstétrical des migrants dans nos maternités
- *Dîner de Gala*

Jeudi 15 juin

Santé des femmes en France et dans le monde

Violences faites aux femmes

- Violences Faites aux Femmes
- Exemple de l'unité de victimologie BAYONNE
- Violences et Handicap
- Atelier VFF: Plateforme VSF GSF, Mooc, Maisons des Femmes
- Togo : Formation à la prise en charge des violences obstétricales
- Mutilations Sexuelles Féminines
- Chirurgie Essentielle - Pratique de la césarienne dans les SONU C

Vendredi 16juin

Partir en mission

- Ethique et Humanitaire
- Anthropologie et projets de développement
- Partir en mission avec GSF
- Evaluation Debriefing

PROGRAMME PRÉVISIONNEL* DE LA FGOH DE BAYONNE

**pré-programme au 25 mars 2023 sous réserve d'adaptation si les conditions de formation l'exigent*

DELMONT IMAGING SOUTIENT GSF

delmont imaging

Spécialiste dans la conception de dispositifs médicaux pour la gynécologie, Delmont imaging a pour mission d'améliorer les soins et la prise en charge de toutes les femmes, quels que soient leur âge et leur devenir, en fournissant des solutions innovantes, efficaces et moins traumatisantes. Nos produits s'inscrivent dans la tendance générale de la chirurgie ambulatoire et plus particulièrement dans les concepts de «See & Treat».

Les soins spécialisées qu'offre l'hystéroscopie ne sont malheureusement pas accessibles à toutes les femmes dans le monde. C'est pourquoi Delmont imaging maintient son soutien à Gynécologie Sans Frontières et ses actions.

www.delmont-imaging.com

S'engager autrement !

Société

Les Dromoizelles s'engagent contre les violences faites aux femmes et ont porté les couleurs de GSF au rallye Aïcha des Gazelles du 3 au 18 mars 2023

DROMOIZELLES Team 198

RALLYE AÏCHA DES GAZELLES MAROC

Séverine Carra

Maman de 3 gazelles dont l'une d'elles est Zoé. Infirmiere, passionnée depuis toujours par le Rallye des Gazelles du Maroc et prête pour ce nouveau challenge !

Zoé Berthelet

24 ans, coiffeuse, avide de voyage, impatiente de vivre cette aventure et de relever ce défi avec sa maman !

Touchée par « la chance » ou la « divine providence » pour reprendre le leitmotiv de Marguerite Barankiste, Gynécologie Sans Frontières a été représentée par Séverine & Zoé, participantes du Rallye Aïcha des Gazelles 2023 présent sur le sol marocain du 3 au 18 mars 2023 !

QUESTION À SÉVERINE & ZOÉ : POURQUOI SOUTENEZ-VOUS CETTE ASSOCIATION ?

« Dans un rallye 100 pour cent féminin, il nous paraissait évident de mettre en lumière cette association qui vient en aide aux femmes dans toutes les situations les plus douloureuses qu'elles peuvent traverser médicalement et socialement en France et dans le Monde. Nous sommes tellement impressionnées par l'engagement humanitaire de cette ONG, les actions misent en place pour aider les femmes mais aussi les professionnels de santé afin qu'ils puissent à leur tour accompagner toutes ces femmes. C'est pour toutes ces raisons et pour toutes les femmes, que nous voulons mettre en lumière GYNECOLOGIE SANS FRONTIERES afin de les encourager et de leur permettre peut être de pouvoir réaliser ce nouveau projet qui leur tient à cœur et que nous soutenons à 200 pour cent.

C'EST UN WAGON QUI SE RATTACHE À CŒUR DE GAZELLE. »

Un immense merci à Séverine & Zoé qui soutiennent le projet plateforme Violence Santé Femme **www.violencesantefemme.fr** et qui ont concouru pour le prix du « *meilleur projet associatif* » *(note du rédacteur, le résultat n'est pas encore connu au moment où nous arrêtons l'infographie de cet article).*

« UNE MÈRE, UNE FILLE, UNE AVENTURE, UN RALLYE, UN 4X4, NOTRE FAMILLE, NOS AMIS, NOTRE VILLAGE, TOUT EST RASSEMBLÉ POUR RÉALISER CETTE EXTRAORDINAIRE AVENTURE HUMAINE 100% FÉMININE ! »

Voilà résumé par nos 2 bonnes étoiles, la fabuleuse visibilité qui a été donnée aux actions de notre ONG.

7MED et Gynécologie Sans Frontières : un partenariat

LABORATOIRE 7MED SANTÉ FÉMININE — Par respect de la femme®

Le partenariat entre 7MED et Gynécologie Sans Frontières est une rencontre basée sur la même volonté de s'engager et d'intervenir en faveur de la santé et du respect de la femme en France et à l'International. Le Laboratoire 7MED, partage des valeurs humaines et éthiques, proches de celles chères à Gynécologie Sans Frontières et les échanges, les orientations vers une possible collaboration ont été assez rapidement évidents.

7MED est une entreprise française, à taille humaine, avec un site de production dans l'Allier, reconnue sur le plan national et international.

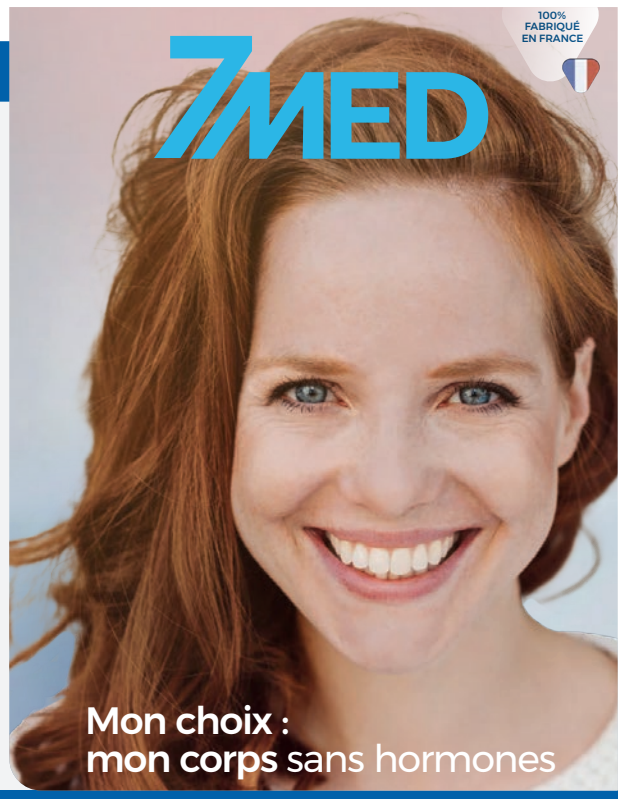
Le Laboratoire 7MED produit (100% en France) et commercialise depuis plus de 25 ans la meilleure qualité possible de DIU. Cette expérience dans le domaine de la gynécologie nous amène à développer des produits adaptés aux différents type de femmes et qui améliorent la vie de la femme qui souhaite une contraception non-hormonale.

L'accès et l'administration de produits pour la contraception peuvent être facilités par une formation de qualité des professionnels de santé, dispensée par l'Académie de formation 7MED.

L'engagement humanitaire pour le bien-être du plus grand nombre des femmes fait partie des valeurs du Laboratoire 7MED, indépendamment du statut social, de la nationalité ou de la religion.

Nous souhaitons apporter des moyens concrets pour le bien-être des femmes qui en ont besoin. Le partenariat 7MED et Gynécologie Sans Frontières nous permet d'aller vers ce soutien.

www.7med-diu.fr



Dossard 348 – Marathon des Sables 2023 – 23 au 29 avril 2023

C'est Héliette qui court pour Gynécologie Sans Frontières et elle est super chouette !

250 kilomètres de course en autosuffisance, dans le Sahara sud marocain, c'est le défi que Héliette Garcia Fernandez va relever au profit de Gynécologie Sans Frontières. Une proposition spontanée d'une maman de deux enfants, demeurant à Pont en Royans (Isère). Sportive aguerrie de longue date et investie dans les équipes de Réponse aux Urgences de la Croix Rouge, en spécialité Relief et Team Leader, nous avons bien sûr dit « oui » !

Une course pour faire connaître les actions de Gynécologie Sans Frontières et lever des fonds permettant le remboursement du dossard d'Héliette et un don reversé si la collecte s'avère bénéficiaire

Nous avions demandé à Héliette de nous en dire un peu plus…et quelques extraits ont été publiés dans notre Newsletter de février et comme en plus de courir elle écrit très bien et avec humour, sensibilité et sincérité, nous vous livrons ici l'intégralité de son texte :

OÙ COURS-JE, ET DANS QUEL ÉTAT J'ERRE ?

Cela fait deux ans que je me prépare au Marathon des Sables, sachant que je fais du trail depuis 10 ans et des arts martiaux depuis 22 ans. J'ai participé à une vingtaine de courses dans ma région, puis une course de préparation de 70 km dans l'Atlas marocain, et une de 100 km dans le désert du Wadi Rum en Jordanie, en auto-suffisance comme pour le MDS.

Je fais 4 sorties par semaine, auxquelles j'ajoute parfois des randonnées, de la natation, et du renforcement musculaire. Pour maintenir la souplesse et prévenir les blessures, je fais du qi gong au quotidien (et je l'enseigne, aussi). Les séances de course ne sont pas toujours semblables : il y a au moins une sortie longue hebdomadaire, qui peut aller jusqu'à 30 ou 40 km, et pendant laquelle j'alterne marche et course avec un sac de 5 kg sur le dos ; les séances de sprint en montée ; les séances destinées à développer l'endurance, pendant lesquelles je ne dépasse pas un certain seuil de fréquence cardiaque, etc. Il faut savoir marcher très vite ou courir avec des jambes fatiguées, donc certaines semaines, j'enchaîne plusieurs sorties longues de suite. Mi-janvier, une semaine de simulation a consisté en cinq étapes avec chaque fois un pourcentage du kilométrage prévu pour la course, soit 3 x 10 km, 1 x 20 km, un jour de repos et de nouveau 10 km. L'intérêt de ce type d'exercice n'est pas la distance totale parcourue mais le rythme imposé au corps, qui a un temps très court de récupération.

L'unique priorité de mes entraînements est de développer mon endurance sans me blesser.

Il faut savoir quand s'arrêter : dépasser les petites douleurs mais identifier celles qui peuvent se transformer en blessures, être vigilante en dévalant les montagnes pleines de cailloux qui roulent sous les chaussures, et toujours voir le bénéfice d'un entraînement sur le long terme.

Contrairement à une préparation pour une course qui se fait en une seule étape, il faut pouvoir gérer l'intensité de son effort physique pour pouvoir continuer le lendemain. On ne peut pas tout miser sur une journée.

ON FAIT DES CALCULS SAVANTS

En matière de préparation, il faut anticiper tout ce que l'on peut afin d'être plus disponible pour régler les imprévus. Le sac est une des clés de la réussite : il doit être léger et bien ajusté, son contenu parfaitement calé. On allège tout ce qu'on peut : mon réchaud fait 12g, mon couteau 27g, ma popote est en titane, je vais reconditionner les plats lyophilisés pour me débarrasser des emballages trop pesants, mes lingettes pour une toilette rapide font 2g chacune et se réhydratent avec trois gouttes d'eau… Les choix sont drastiques : sous-vêtements de rechange ou pas ? Quid de la paire de tongs indispensable le jour de repos, mais pesant sa centaine de grammes sur toute la course ?

On calcule aussi les calories totales par jour, 2000 minimum selon le règlement de course, qui impose aussi un poids minimal du sac de 6,5 kg. Il faut s'assurer que le rapport poids du repas / apport calorique soit équilibré. Il faut penser à prendre des cubes de bouillon et des comprimés pour se réhydrater rapidement et remplacer les électrolytes. Il faut choisir entre manger froid ou emporter des combustibles, à raison de 14g le cube, ou s'infliger des centaines de mètres supplémentaires le soir pour trouver du petit bois sec parmi les rares buissons, sachant que plus on rentre tard, plus on cherche loin.

Et enfin, pendant les longues sorties d'entraînement où l'on repousse les limites de son endurance, on teste : le sac et ses multiples sangles à ajuster, les plats, l'allumage du réchaud…

Et puis, on calcule le budget. Un sac technique, un duvet ultraléger, des chaussures de trail sur lesquelles on fait coudre des guêtres, des chaussettes adaptées à l'ultra distance, des vêtements techniques sans couture pour éviter les brûlures de frottement, du matériel de cuisine et la pharmacie obligatoire, et nous sommes à 1000 euros. Six jours de plats lyophilisés, barres de céréales, électrolytes, et nous atteignons 300 euros de plus. Sans compter le dossard…

ON S'ADAPTE

L'organisation nous fournit l'eau et les tentes. C'est fou tout ce que l'on peut faire avec un bidon de cinq litres : on le cale sous les chevilles pour surélever les pieds et faciliter la récupération sportive, ou on y laisse un fond d'eau et on glisse ses vêtements par le goulot pour ensuite faire la lessive en secouant la bouteille. Certains utilisent un fond de bouteille de 2L comme assiette pour éviter de laver leur popote par la suite. En Jordanie, ma couverture de survie m'isolait de l'humidité la nuit, et me servait d'auvent le jour, attaché à la tente par des bouts de ficelle.

Il faut traiter ses ampoules soi-même tant que c'est possible, sinon on va voir les médecins de course. Les ampoules sont la cause principale d'abandon au MDS, étant donné que distance, sable, sueur et frottement ne font pas bon ménage et peuvent causer des ampoules de la surface de la plante de pied…

En s'entraînant, on essaie de minimiser les couacs : j'étais contente d'avoir raté mon tout premier allumage de réchaud alors que j'étais à 15 km de chez moi plutôt qu'au milieu du désert, par exemple.

ON CROISE LES DOIGTS

Il y a un facteur chance dans tout Marathon des Sables. En 36 éditions, les concurrents ont dû affronter des tempêtes de sable, des inondations (dans le Sahara, oui !), une épidémie de gastro et même de la concurrence déloyale quand Cactus le chien a décidé d'accompagner les coureurs. Il y a eu cet Espagnol malheureux qui a dû abandonner parce qu'il a perdu une semelle de chaussure, ces concurrents pas assez rapides qui ont été doublés par le dromadaire-balai, les sacs qui craquent ou parfois les articulations… Alors on anticipe et on planifie tout ce qu'on peut, on s'adapte sur le terrain, et pour le reste, on croise les doigts.

POURQUOI SI PEU DE FEMMES ?

En moyenne, au Marathon des Sables, il y a 20 % de femmes seulement parmi les participants. Pour la course sur 3 étapes à laquelle j'ai participé en Jordanie, selon le même modèle que le MDS, nous étions 50 %. Pourquoi cette différence entre les deux courses et pourquoi, plus globalement, cette différence femme-homme ?

Deux facteurs : le temps d'entraînement et de préparation nécessaires, et le cycle menstruel.

Sans le soutien de ma famille, je ne pourrais pas participer. Mon mari et moi nous partageons les tâches équitablement à la maison et dans l'éducation de nos deux jeunes enfants, mais depuis mon projet Marathon des Sables, j'ai des semaines avec une quinzaine d'heures d'entraînement en moyenne en plus de mon travail à plein temps, ce qui exige un sacrifice consenti par toute la famille. Mon mari prend en charge beaucoup plus de choses que d'habitude, mes enfants m'encouragent le dimanche matin et me retrouvent en fin de journée.

J'ai une très grande chance par rapport à de nombreuses femmes : je connais de nombreuses coureuses qui ne peuvent se permettre de s'entraîner à ce genre de course soit parce qu'elles sont seules à élever leurs enfants, soit parce qu'elles assument encore l'essentiel de la logistique à la maison et auprès des enfants et que leur époux ne prend pas le relais…

Le deuxième facteur concerne toutes les femmes qui ont un cycle menstruel. Ce n'est que très récemment que le cycle menstruel a commencé à être pris en compte pour les athlètes de haut niveau, et aucune étude scientifique n'avait été réalisée avant les cinq dernières années pour mesurer l'impact du cycle sur la performance et l'entraînement. Pour une épreuve telle que le MDS où on ne peut se laver pendant la semaine de la course, avoir ses règles ne pose pas qu'un problème de pudeur (pas de toilettes pendant la journée) ou d'hygiène mais bien de santé. Pour celles qui souffrent de syndrome prémenstruel, c'est encore plus difficile. Si on veut réaliser la course dans de bonnes conditions, il faut donc charger le sac un peu plus : tampons hygiéniques (seule option viable dans ces conditions) et lingettes sont le minimum absolu. C'est 500g de plus dans le sac.

Pour ces deux raisons principales, les femmes hésitent à s'engager sur cette course à étapes.

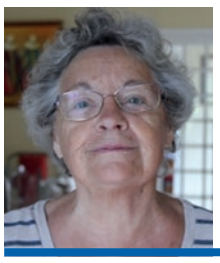
Les questions que l'on me pose à propos du MDS sont d'ailleurs très révélatrices : les hommes me demandent à quelle vitesse je compte courir et combien d'heures je m'entraîne par semaine, les femmes comment je fais avec mes enfants et si on a accès à des toilettes…

ET VOUS, DANS TOUT ÇA ?

Je cours pour faire connaître Gynécologie sans Frontières et pour lever des fonds qui me permettent à la fois de rembourser mon dossard et de verser un don conséquent à GSF.

Héliette

Education à la santé



« Les Pipelettes » Les sage-femmes à l'écoute

Anne-Marie Mouton
Sage-femme - Bénévole GSF - mission CamiFrance - spot Ile de France

En avril 2021, le Collège des sage-femmes a lancé son tchat lespipelettes.org pour la prévention de la santé sexuelle féminine. Ce tchat est ouvert 7 jours sur 7 et 24 h sur 24 ; il est anonyme et permet donc que la parole soit libérée.

DE NOMBREUSES SAGE-FEMMES SE SONT ENGAGÉES DANS CETTE AVENTURE.

L'objectif était de cibler les jeunes filles de 15 à 25 ans, mais très vite les conversations se sont élargies aux garçons et aux adultes plus âgés.

De principe, sont exclues toutes les questions concernant la grossesse, que nous nous efforçons de renvoyer systématiquement aux autres professionnels (sage-femme et gynéco-accoucheur, sauf si urgence ou angoisses importantes).

Par éthique, nous ne donnons aucun nom de professionnel-le-s, nous ne prescrivons rien, nous limitant à des conseils simples.

Ce projet a mûri au sein du Collège durant de longues années, pour compenser la rareté voire l'absence des cours d'éducation sexuelle dans les collèges et lycées.

Les jeunes commencent leur vie sexuelle de plus en plus précocement. Ils sont laissés sans informations, hormis les forums d'internet ou d'échanges avec les copines. Les garçons, de plus en plus accros aux films pornographiques, ont une image très déformée de la sexualité et sont plus souvent violents.

Les sage-femmes répondent aux questions sur la sexualité et sur quelques notions de base : la contraception, les IVG et participent à la protection des filles ou garçons abusés.

Personnellement, durant les permanences assurées, je passe d'un sourire attendri, avec la question d'une petite fille qui a pour la première fois ses règles, qui vit sans sa mère ou toute relation féminine, à l'éclat de rire devant des affirmations ou interrogations les plus loufoques, telles que : « *j'ai touché une barre d'arrêt de bus où il y avait du sperme, je suis allée, ensuite, aux toilettes, puis-je être enceinte ?* », à l'envie d'hurler devant le récit d'agressions sexuelles ou d'incestes.

Ce que je retiens de ces 18 mois de tchat durant lesquels nous avons répondu à 15 000 conversations, **c'est l'ignorance abyssale sur la sexualité des jeunes, filles ou garçons ; la place de plus en plus prégnante de la pornographie et la banalisation, de ce fait, de pratiques sexuelles considérées autrefois comme exceptionnelles, et de plus en plus violentes**.

Je passe mon temps à insister sur le consentement et le libre choix de chacun des partenaires, sur les dangers de certaines pratiques sur le long terme, le plus souvent complètement ignorés.

Je suis également toujours très étonnée de constater que nombre de jeunes ne connaissent pas le fonctionnement de leur corps et ne comprennent pas le fonctionnement des pilules. C'est aussi vrai pour les adultes, mais peu osent poser des questions lors des consultations. Beaucoup désirent éviter les hormones en recourant, par ailleurs beaucoup trop, à la pilule du lendemain ; les stérilets font peur ; les moyens naturels comme cape et diaphragme sont complètement ignorés.

Les mineures ne savent pas non plus qu'en France la contraception peut être prescrite sans autorisation parentale en PMI, ainsi que l'IVG, si elles sont accompagnées d'un adulte. Étrangement, elles recourent aux tests de grossesse pour un rien, mais ne leur font pas confiance, encore soumises aux histoires de commères sur les signes de grossesse. Le déni de grossesse est à la mode et nous est opposé à la moindre explication sur la présence de règles comme preuve de l'absence de grossesse, encore une fois Internet est passé par là et les amies, de même.

Ce qui ressort également des discussions : la peur des examens gynécologiques. Peu de jeunes filles vont consulter, même si j'ai vu en 18 mois augmenter le nombre de suivi grâce à la présence de plus en plus importante des sage-femmes en gynécologie.

Si les IST sont connues, elles se limitent le plus souvent au Sida, omettant les autres, que souvent certains découvrent à l'occasion des dépistages. Le plus souvent, les jeunes ignorent que ces dépistages peuvent se faire dans les CEGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic) et qu'ils sont gratuits et peuvent être anonymes. Si les préservatifs masculins sont connus, peu utilisent les préservatifs féminins et les digues dentaires. Peu de jeunes, surtout chez les garçons, sont vaccinés contre le HPV.

LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS DE L'ANONYMAT DANS LE TCHAT

Comme il est anonyme les filles (ou les garçons) parlent plus facilement, toutefois cela en est également la limite et qui nous interdit de « dénoncer », surtout pour les jeunes de moins de 15 ans.

Il est souvent impossible, en cas d'agression sexuelle, de les conduire à porter plainte ; l'éducation sexuelle est souvent insuffisante, voir absente dans les lieux pédagogiques et demeure tabou au sein des familles. Les enfants hésitent à parler à leurs parents, exprimant leur honte. Récemment, à une jeune fille de 14 ans qui s'était faite agressée dans la rue avec viol vaginal et oral à laquelle je faisais remarquer qu'il y avait une grande différence entre une vie sexuelle consentie et qui, de ce fait, pouvait être ignorée de ses parents, à une agression sexuelle avec violence qui devait être dénoncée, me répondit que pour elle, c'était identique !

POUR UN VOL DE TÉLÉPHONE ELLE VA PORTER PLAINTE, MAIS PAS POUR LE VOL DE SA VIE, DE SON INTÉGRITÉ FÉMININE, QUEL GÂCHIS !

De nos discussions ressort une évidence : les prédateurs ont de beaux jours devant eux, car les filles restent dans la honte extrême, convaincues qu'elles ne seront pas écoutées, que la société ne fera rien pour elles ; certaines en arrivent à parler suicide.

Professionnel.le.s, comment nous adresser les jeunes ?

- Signalez que même si le tchat est ouvert 24/24, nous sommes bénévoles et donc tous les créneaux ne sont parfois pas couverts : il faut donc renouveler l'appel en cas de non-réponse ; nous prenons deux conversations à la fois, par conséquent nous pouvons ne pas répondre très vite et, à l'inverse si le jeune tarde à répondre, il bloque la ligne pour d'autres.
- Rappeler que l'anonymat permet le secret des récits, et que nous n'en gardons aucune trace.

Fiches pratiques pour utiliser le tchat

- Vous choisissez un pseudo pour conserver votre propre anonymat. Cela demande une présence durant deux heures, si possible. Il y a un planning à compléter pour prendre des permanences, ce qui n'empêche en rien de se connecter pour aider à d'autres moments. Les créneaux les moins pourvus sont ceux de nuit, appels (!) aux DOM TOM.
- Les conversations, codées, sont effacées dès la fermeture de la connexion et nous ne savons pas qui répond et quel a été, évidemment le contenu de chaque conversation.

Sage-femme ? Rejoindre « *les pipelettes* »

- Contacter Caroline Raquin
  Caroline.raquin@prevention-sagefemme.org

L'outil Jeu *Relations & Préventions*

Plébiscité depuis sa création en 2012, régulièrement remis à jour et réédité, l'outil pédagogique « relations & prévention » revient en 2023 dans sa nouvelle édition.

D'une infographie retravaillée avec de doux coloris apaisants, la version 2023 a surtout enrichie ses trois thématiques : Contraception, IST et relations afin de s'adapter aux évolutions sociétales.

What Else ? Également pensée pour une utilisation dans le cadre de nos interventions auprès d'un public issu de l'exil et/ou rencontré dans nos missions internationales, la nouvelle version est entièrement traduite en anglais.

L'outil pédagogique « relations & prévention » est disponible au prix unitaire de **105 € frais de port compris** pour la France Métropolitaine.

Avec le soutien de

Soutenue dans ce projet par le Laboratoire 7MED et bénéficiaire d'une dotation de la Fawco Foundation (Federation Of American Women's Clubs Overseas Inc.) Gynécologie Sans Frontières est très honorée de vous proposer cet outil pédagogique bilingue pour vous accompagner dans vos actions de promotion en santé sexuelle.

En savoir plus sur sur **gynsf.org/imprimables/relations-preventions.pdf**
Si vous voulez acquérir cette boite de jeu, contacter le siège social de GSF :
admin.gynsf@gmail.com

Détecter et accompagner le déni de grossesse pour prévenir les risques de néonaticide

Docteur Catherine Bonnet
Psychiatre pour enfants et adolescents

Chaque année en France et de par le monde des femmes [1] découvrent être enceintes après avoir eu un déni de grossesse. Une fois la grossesse reconnue, il est essentiel de proposer un accompagnement pluridisciplinaire afin de prévenir les risques du déni d'accouchement, le néonaticide et l'abandon sur la voie publique.

Définition

Selon le Vocabulaire de la psychanalyse, le déni consiste en « *un refus, pour le sujet, de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante* » [2]. Le déni de grossesse a pour effet de ne pas reconnaître la grossesse protégeant ainsi de possibles résurgences d'expériences traumatiques liées à la grossesse, l'accouchement et la naissance d'un bébé.

DES ÉTUDES CLINIQUES PROSPECTIVES ONT PRÉCISÉ LES RISQUES DU DÉNI DE GROSSESSE ET SA FRÉQUENCE

Trois premières études prospectives ont été conduites entre 1987 et 1990 dans des pays différents :

- En Autriche, Christoph Brezinka, gynécologue-obstétricien, a décrit les conséquences obstétricales de 27 dénis de grossesse [3].
- Aux États-Unis, Laura J. Miller, psychiatre, a observé un déni psychotique de grossesse chez 12 femmes sur 26 enceintes hospitalisées dans une unité psychiatrique [4].
- En France, Catherine Bonnet, mère adoptive et pédopsychiatre, a mené pour la M.I.R.E. des entretiens auprès de 18 femmes demandant à accoucher dans l'anonymat, afin d'analyser la « psychodynamique de leur sentiment de maternité [5]. Elle a mis en évidence que les raisons n'étaient pas majoritairement socio-économiques, mais en relation avec un déni de grossesse. Certaines femmes ayant exprimé à la levée du déni la crainte de ne pas contenir des pensées d'impulsions violentes à l'encontre du futur bébé, l'hypothèse a alors été faite d'un lien de continuité entre le déni de grossesse et l'infanticide. Elle a été vérifiée en comparant ces entretiens avec ceux de femmes incarcérées pour infanticide montrant cliniquement que la possibilité d'accoucher gratuitement et anonymement prévenait les risques d'un déni d'accouchement sans présence d'un tiers et hors des conditions sanitaires.

Les dix années suivantes, Jens Wessel, un gynécologue-obstétricien, a dénombré en Allemagne un déni de grossesse pour 475 grossesses, et un déni à l'accouchement pour 2 455 accouchements ainsi que le risque élevé de morbidités et de mortalités périnatales liées au déni de grossesse [6]. Colette Pierronne et al., psychologues et psychiatres, ont dénombré, en France, un déni partiel pour 550 grossesses et un déni total, à l'accouchement pour 1 200 grossesses [7]. Aux Etats-Unis, après avoir étudié 16 cas de néonaticides, Margaret G. Spinelli, psychiatre, a montré, en 2001, qu'ils étaient précédés d'un déni de grossesse [8].

Une étude conduite de 2007 à 2009 en France auprès de femmes ayant accouché dans le secret et l'anonymat par Catherine Villeneuve-Gokalp a indiqué les réponses de 503 participantes sur 835 à la question «À quel mois de grossesse la mère de naissance a reconnu sa grossesse ?" : 15 % l'ont reconnu au premier trimestre, 45 %, au deuxième trimestre, 31 %, au troisième trimestre et 8 %, à l'accouchement [9]. En France, si la fréquence moyenne du déni de grossesse serait d'un pour 500 naissances, en considérant qu'il existe environ 800 000 naissances chaque année en France, on peut estimer le nombre des dénis de grossesse à environ 1 600. Si 85 % des 650 femmes qui accouchent sous le secret et l'anonymat en moyenne ont découvert leur grossesse après le troisième mois, on pourrait considérer qu'environ un tiers de celles qui présentent un déni de grossesse choisissent d'accoucher dans le secret et l'anonymat. En 2012, une étude européenne ayant comparé les données statistiques de la police en Autriche, en Suède et en Finlande ont mis en évidence une réduction de près de la moitié des néonaticides (de 7,2 à 3,1 pour 100 000 nouveau-nés) après l'introduction, en 2001, en Autriche de l'accouchement dans l'anonymat. Il a été observé que les femmes préféraient choisir cette modalité plutôt que de déposer leur enfant dans les "boîtes à bébé" électroniques [10].

DÉTECTER LE DÉNI DE GROSSESSE DÈS LA PREMIÈRE CONSULTATION

Les circonstances de la découverte de la grossesse sont plurielles. Certaines la constatent lors d'une demande d'interruption volontaire de grossesse découvrant le terme de la grossesse au-delà des termes légaux. D'autres consultent souvent pour divers symptômes (tumeur abdominale, douleurs abdominales, etc.) un médecin, un échographe ou un hôpital. La consultation retrouve la présence d'éléments cliniques [5] :

- 1) Des rationalisations de sensations kinesthésiques et de modifications du corps attribuées à une autre cause que la grossesse.
- 2) Une défaillance de la maîtrise de la contraception.
- 3) L'absence de vérification d'une grossesse potentielle par un test de grossesse.

Une fois identifié, le déni de grossesse doit être distingué d'une grossesse dissimulée, un comportement décidé consciemment et volontairement. Cependant, une fois la grossesse reconnue après un déni, certaines femmes prennent la décision consciente de la cacher.

PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT PLURIDISCIPLINAIRE DÈS LA PREMIÈRE CONSULTATION

Si des femmes acceptent spontanément de manière positive la grossesse et parlent de leur enfant à naître très rapidement, la levée du déni confronte d'autres patientes à des pensées ambivalentes, voire négatives, à l'encontre du futur bébé. Pour certaines l'impossibilité de le nommer est telle que le déni du bébé [5] peut être observé. Il est impératif dès la première consultation d'aider ces femmes à prendre rendez-vous avec une sage-femme en maternité afin de prévenir le déni d'accouchement [5], c'est-à-dire de ne pas reconnaître les douleurs du début en les attribuant à d'autres causes. Le risque majeur est le néonaticide.

Préciser le lien de la patiente avec son partenaire intime est essentiel afin qu'elles aient la possibilité d'exprimer s'ils vivent ensemble ou ont rompu ? S'il a reconnu qu'elle était enceinte ou partagé avec elle ce déni de grossesse ? Les encourager à expliciter ce qu'elles souhaitent – informer ou cacher cette grossesse–, les raisons de ce choix et ce qu'elles pourraient craindre permet d'évaluer leur relation de couple ainsi que celle avec leur famille. Si la femme exprime un sentiment de solitude et de détresse lié au fait de poursuivre sa grossesse sans en informer un conjoint ou sa famille, il est possible de proposer :

- Un hébergement pris en charge jusqu'à la naissance,
- Un suivi pour accoucher gratuitement et dans le secret avec le choix de ne pas décliner son identité,
- Un accompagnement psychologique.

Il faut alors lui expliquer que ses choix (annoncer ou cacher sa grossesse, demander l'anonymat ou pas) peuvent évoluer à tout moment jusqu'à l'accouchement.

La reconnaissance et la perception des mouvements du fœtus peuvent réactiver des souvenirs d'expériences traumatiques. Certaines femmes frappent parfois leur ventre pour battre l'enfant. Chez d'autres, des idées suicidaires s'imposent. L'angoisse de ne pas contrôler leurs pensées négatives, la crainte de faire du mal au bébé durant la grossesse et à la naissance peuvent surgir. Donner la possibilité d'exprimer leurs pensées et poser des questions systématiques sur des possibles violences subies les aident à comprendre le déni de cette grossesse. Ils diminuent alors les idées négatives à l'encontre du futur bébé, les aident à dégager le bébé de leurs expériences traumatiques et réfléchir à l'avenir du bébé [5].

Lorsqu'il y a des suspicions de violences, l'article 226-14 du Code pénal autorise les professionnels de santé à adresser un signalement au procureur de la République. L'accord d'une mineure n'est pas nécessaire, il est recommandé de demander l'accord d'une adulte.

L'ACCOUCHEMENT

Il est indispensable de demander à chacune ce qu'elle souhaite au moment de la naissance : voir ou ne pas voir l'enfant, le prendre ou non dans les bras et lui donner ou non un prénom. Le fait d'inciter une femme à prendre le nouveau-né dans ses bras, à lui parler, à le poser sur son ventre ou à l'allaiter, ne semblent pas diminuer les pensées violentes envers l'enfant. L'ambivalence peut s'instaurer ainsi que les risques ultérieurs de maltraitance et de placement du bébé à l'aide sociale à l'enfance suivi de délaissement [5].

Quelles informations non identifiantes transmettre si le bébé est adopté ? Aucun consensus n'a été établi à ce jour lorsque des violences sont dévoilées. Est-il sage de stigmatiser l'enfant né d'un viol en transmettant "toute" la vérité sous le prétexte de l'adoption alors que bien des naissances au sein de familles biologiques sont issues de circonstances semblables et demeurent secrètes pour l'enfant ?

Après la naissance

Il est impératif de ne pas les laisser repartir de la maternité sans suivi afin qu'elles puissent :

- Poursuivre une thérapie des expériences traumatiques à l'origine du déni de grossesse,
- Assurer une contraception et ne pas répéter le déni de grossesse,
- Être accompagnées dans un travail de deuil si l'enfant a été confié à l'adoption.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Le terme *femme* sera utilisé aussi bien pour les adultes que pour les adolescentes.

[2] Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: Puf **1967**.

[3] Brezinka C, Huter O, Biebl W, Kinzl J. Denial of pregnancy: Obstetrical aspects. *J Psychosom Obstet Gynaecol* **1994**;15(1):1 8.

[4] Miller LJ. Psychotic denial of pregnancy: Phenomenology and clinical management. *Hosp Community Psychiatry* **1990** ;41(11) :1233 7.

[5] Bonnet C. Geste d'amour. L'accouchement sous X. 3e éd. Paris: *Odile Jacob* **1990**

[6] Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: Results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand* **2002** ;81(11) :1021 7.

[7] Pierronne C, Delannoy MA, Florequin C. Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité. *Perspect Psychiatr* **2002**;41(3):182 8.

[8] Spinelli MG. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *Am J Psychiatry* **2001** ;158(5) :811 3.

[9] Villeneuve-Gokalp C. Étude sur les mères de naissance qui demandent le secret de leur identité lors de leur accouchement. *Rapport de recherche.* **2010**.

[10] Klier CM, Grylli C, Amon S, et al. Is the introduction of the anonymous delivery associated with a reduction of high neonaticide rates in Austria? *BJOG* **2013** ;120(4) :428 34.

Violences

Violences ordinaires

Elise BRUNET-MÄHL
Directrice d'Ecole, Vallée du Rhône - région Rhône-Alpes

En guise de préambule, je vous livre une citation de l'écrivaine Sophie CHAUVEAU trouvé dans son récit « La fabrique des pervers » écrit en 2016 sur l'histoire de sa famille. Cette citation ne correspond que trop bien à mon expérience vécue dans le milieu professionnel.

> ARRÊTEZ. IL Y EN A TROP. ÇA N'EST PLUS CRÉDIBLE.
>
> J'AI BEAU SAVOIR, ET MA COUSINE A BEAU ME FOURNIR DE SON CÔTÉ DES INFORMATIONS TOUTES PLUS CRIANTES DE VÉRITÉ, JE REFUSE DE CONTINUER L'INVENTAIRE. LA NAUSÉE ME PREND, LA TÊTE ME TOURNE.
>
> ILS SONT TROP NOMBREUX, C'EST TROP SYSTÉMATIQUE. ET POURTANT JAMAIS PAREIL.

En novembre 2017, je fus nommée à l'école du centre-ville.

Cette grande école compte 15 classes, 400 élèves de la maternelle au CM2 et environ 50 adultes (enseignants et autres) qui s'agitent chaque jour entre ces murs.

Les écoles de villes sont souvent invisibles à l'œil du passant, les cours de récréation se situant en effet au cœur des bâtiments - c'est moins vrai dans les villages, les cités ou les lotissements - Il est quasiment impossible d'imaginer que, derrière ces murs, s'engouffre chaque jour autant de monde, adultes et enfants, et qu'il s'y vit autant d'événements déterminants. Cependant, travailler au sein d'une structure comme celle-ci, c'est subir une forme d'invisibilité au cœur même de la cité, et pourtant, **ce lieu fermé est un lieu de grande humanité**, un livre ouvert sur une page cachée de notre société.

Nous savons tous que les centres villes se sont vidés de leurs boutiques. Nous oublions qu'ils sont peuplés de familles, qui vivent là, dans un contexte urbain souvent dichotomique : d'une part des appartements achetés pour une bouchée de pain et « retapés », habités par des familles plutôt jeunes et plutôt aisées qui font le choix intellectuel de vivre là, et d'autre part les appartements insalubres, exigus, accessibles par des escaliers raides et sales, qui abritent des familles financièrement démunies qui recherchent des petits loyers. Sans compter les marchands de sommeil et les garages transformés en maison pour les familles les plus démunies, issues des migrations récentes ou pour les familles itinérantes roms.

L'année précédant mon arrivée, une affaire de pédophilie avait semé la terreur dans le quartier : Un père d'élève avait aménagé son garage pour recevoir des petits garçons sous prétexte de jeux vidéo. Ce prédateur était une personne connue, financièrement à l'aise, impliqué dans des associations culturelles de la ville. Pendant plusieurs mois, il a commis des viols et des attouchements sur plus de 30 petites victimes, ses 2 garçons à lui, bien sûr, et des voisins, des cousins, des amis et bien-sûr des copains d'école de ses enfants. Une quarantaine de plaintes au total ont été déposées par des familles. L'affaire fut révélée par l'un des fils, lors d'une discussion en classe. Les entretiens qui suivirent révélèrent que 8 élèves de l'école avaient été violés et quelques autres avaient subi des attouchements.

Je vous laisse imaginer le traumatisme vécu par les victimes elles-mêmes mais aussi par l'ensemble de la communauté scolaire : élèves, parents d'élèves, enseignants et tous les acteurs. A mon arrivée, une atmosphère d'inquiétude planait encore sur la vie scolaire, et j'ai tout de suite ressenti la souffrance ambiante.

Il m'a fallu accepter les colères et les désespoirs, tenté de rassurer, de redonner confiance, et de rappeler à tout moment, que l'école elle-même est un lieu sûr.

> L'ÉCOLE EST UN RÉVÉLATEUR DES VIOLENCES SUBIES À L'EXTÉRIEUR.

A l'instar de ce drame, **c'est souvent à l'école que les enfants parlent, et révèlent l'inimaginable**. C'est sûrement en partie la raison pour laquelle l'école est vaguement soupçonnée d'être un lieu de souffrance ; elle est crainte par les familles car les enfants s'y confient, même si ce n'est que de façon partielle, et elle est également crainte car s'y expriment parfois des choses que l'on préfère tenir au loin. L'école partage l'intimité des familles et, à cet endroit-là, il n'y a ni riches ni pauvres, mais des réalités. Si la violence sociale est effectivement source de drames, la violence intrafamiliale n'est pas l'apanage des pauvres gens. Dans cette école, chaque jour, un enfant mobilise notre attention de façon plus ou moins tragique.

Les violences subies ou vécues par les enfants sont bien sûr prodiguées par les mères ou par les pères, parfois des beaux-pères, des grands-pères, des oncles ou des grands-frères. **Elles révèlent aussi très souvent les violences vécues par les femmes. C'est en s'occupant d'enfants qui sont au cœur de notre mission, à l'école, que nous rencontrons ces femmes malmenées**.

L'école est pourtant le lieu de l'enfant. Mais, derrière un enfant en situation de violence se cache presque toujours une maman en situation de violence. Chaque histoire est singulière.

Arthur a 8 ans. Il est un enfant harceleur, qui reste impavide voire défiant face aux sanctions ou remontrances. Mais lorsque je rencontre sa mère, infirmière libérale, je découvre une femme à terre, culpabilisée en excès, engloutie sous des difficultés de couple, sous l'emprise d'un ex-mari qu'elle décrit comme maltraitant moralement. Je découvre aussi un Arthur vulnérable, qui souffre de terreurs nocturnes… Son père trouve que madame le couve trop… Oui mais, Arthur doit cesser d' harceler ses camarades… Oui mais… Arthur ne va pas bien.

C'est Yanis qui est très en colère ! Son maître ne l'écoute jamais ! Il a accepté de venir se calmer dans mon bureau, et là, il a saisi mes ciseaux pour se couper le poignet… Comme je m'y suis opposée, il a reposé les ciseaux et a dit « bon, je te rends tes ciseaux, il y aurait eu plein de sang dessus de toutes façons... ». Il dessine ensuite un petit cercueil sous la terre. C'est lui, dit-il, on l'a enterré vivant…

Sa maman, médecin à l'hôpital, nous raconte que Yanis souffre de l'absence de son père qui refuse de le voir. Il vit dans la région parisienne avec son épouse et ses cinq enfants, tous plus jeunes que Yanis. Elle, la maman, est venue ici pour s'en éloigner, après des années de galère. Elle repart quasi à zéro sur le plan professionnel.

Il y a aussi les nuits blanches de Kévin passées devant la console, les marques de doigts du beau-père sur les joues de Léa, comme s'il lui avait saisi le visage d'une main ferme, le petit visage tout chiffonné de Maëva quand elle arrive à 8h20 et qui finit par nous raconter en pleurant que sa maman part tôt au travail et que son grand frère la viole le matin, avant de partir à l'école. Ou bien encore Dominique qui raconte que sa maman, enceinte de 7 mois, lui a mis un coup de pied dans les dents pour qu'il reste bien couché dans son lit pendant qu'elle s'occupe du petit frère dans le lit au-dessus du sien… La parole de ces enfants, à chaque fois, nous anéantit. Nous ressentons si intensément que ces paroles sortent quasi de façon involontaire. Ces enfants aimeraient ne pas avoir d'histoire à raconter, ou bien ils aimeraient être capables de les tenir bridées contre leur poitrine.

> CERTAINS NOUS LANCENT DES PETITS SIGNAUX IMPERCEPTIBLES POUR NOUS ALERTER, ET NOUS N'EN PRENONS CONSCIENCE QU'APRÈS COUP.

Alors, nous rencontrons les mères, nous leur répétons les paroles des enfants… Et soudain, tandis que l'enfant tourbichonne son doudou dans ses petites mains, c'est elle, la mère, qui se place au centre. C'est elle qui demande de l'aide, c'est elle qui ne s'est pas rendu compte, qui n'a pas vu, qui ne voulait pas…. C'est elle qui pleure à son tour, et c'est elle aussi que nous avons envie de sauver.

Et le seul secours valable, une fois les paroles épuisées, nous le savons, ce sont les services sociaux, avec la grande conscience que l'enfant risque de devenir une sorte d'objet transbahuté, qui aura certainement des difficultés à développer des relations personnelles…

On dit que l'Éducation est l'un des piliers de toute société. L'école, la famille, la transmission… La précarité économique et sociale se double généralement d'un dénuement éducatif et culturel. Pas de modèle parental pour beaucoup de jeunes parents. Les couples sont éclatés et les mamans qui se retrouvent seules avec leurs enfants sont souvent issues elles-mêmes de familles éclatées. Pour ces parents, hommes et femmes, il n'y a pas eu de transmission intrafamiliale. Lors d'un rendez-vous, la maman de Eddy, 5 ans, m'a parlé de son désarroi vis-à-vis de son fils. Il ne tient pas en place malgré l'achat de la grande télévision et d'une tablette. Elle ne sait pas quoi en faire à la maison. J'ai pris le temps de lui dire qu'il serait bien qu'il ait un lit à lui et d'arrêter de le faire dormir dans son lit à elle, qu'il ait un petit coin dans l'appartement, qu'elle pourrait lui lire des livres, l'emmener au parc et à la médiathèque, faire des gâteaux… Après cette longue entrevue, elle était heureuse et a répété à la maîtresse tous les conseils formidables que je lui avais donnés !

Dans les livres de Jeanne BENAMEUR « ***Les demeurées*** » où une petite fille vit avec une maman illettrée, ou d'Alice FERNEY, « ***Grâce et dénuement*** » qui nous transporte dans l'univers des gens du voyage, la vérité nous interpelle. Dans ces deux récits, apprendre à lire ou lire se vit comme un acte de trahison.

Quand la maman des jumeaux vient inscrire ses enfants en classe de CM2, j'apprends qu'elle n'a pas 25 ans. Ses parents sont gitans et chez ces gens-là on n'avorte pas, même à 15 ans, même si ce sont des jumeaux et même si le père a lui-même 15 ans et est scolarisé - au moment de la conception - en classe avec la fille, dans un IME.

Et souvent, nous faisons comme si cela n'existait pas… Nous sommes choqués quand cette maman se retrouve enceinte pour la xième fois alors que son mari est au chômage et qu'elle n'a pas 25 ans, nous nous révoltons quand les petits enfants ROMS refusent de venir en sortie scolaire, où quand ils s'en vont sans prévenir en plein mois de mars, pour revenir subitement au mois de juin, nous ne comprenons toujours pas que l'argent des allocations familiales soit utilisé pour l'achat d'une paire de basket de grand prix pour le petit… Boris CIRULNIK nous l'a pourtant bien appris: « *Un enfant n'a jamais les parents dont il rêve, ou dont nous rêvons pour lui. Seuls les enfants sans parents ont des parents de rêve.* »

Nous, professionnels de l'enfance, nous nous positionnons comme si nous avions les réponses, les recettes, comme si nous détenions la vérité. C'est un peu comme si cela nous arrangeait d'associer milieu social et violences familiales… Parfois, face au manque de secours, nous baissons les bras. Les choses perdurent ainsi et l'ordre social n'est pas remis en question. Et pourtant, tant de possibles existent.

Parfois les services sociaux travaillent déjà depuis des mois avec la famille, parfois non… Certaines familles passent beaucoup d'énergie à fuir les services sociaux… Un jour, nous avons organisé une rencontre avec le service de l'ASE. On nous a expliqué que les assistantes sociales ne pouvaient intervenir que sur signalement. L'aide à la parentalité devrait faire l'objet d'une priorité dans notre société. Les services PMI et les CCAS sont beaucoup trop occupés à régler les urgences absolues… Les enseignants de l'école maternelle et de l'école primaire se sentent eux-mêmes submergés par des situations qui pourraient être en partie résolues avec un accompagnement.

Soulevant parfois des montagnes, aidés de tous les partenaires à notre disposition: collègues, enseignants spécialisés, travailleurs sociaux et municipaux, éducateurs, police municipale ou nationale, associations telles l'ANEF, La SAUVEGARDE DE L'ENFANCE, REMAID ou le CIDFF, le foyer Protestant et autres… Nous ne comptons ni notre temps, ni nos efforts pour secourir, soutenir, accompagner, trouver des solutions...

> C'EST UN FAIT, NOTRE SOCIÉTÉ GÉNÈRE UNE EXTRÊME PRÉCARITÉ.

Des familles entières vivent dans des taudis, des enfants arrivent affamés à la cantine… Cela parait inadmissible. Cette situation s'est aggravée au fil des années, les écarts se sont creusés. Dans certains quartiers, la majorité des familles est constituée de mamans seules, élevant tant bien que mal plusieurs enfants en bas âges, déménageant au gré des petits emplois trouvés, ou des compagnons rencontrés, ou bien encore fuyant les services sociaux. Sans argent, sans travail, sans compagnon, elles se dépatouillent en silence.

Il nous faut interroger nos politiques, nos sociétés et leur demander: que s'est-il passé, que se passe-t- il ? Peut-on vivre ensemble sans voir ce phénomène ? Johanna en CM2 pleure. Ce week-end, son papa est mort de froid sous le porche d'une église à Valence. Elle veut absolument le voir avant qu'il ne soit enterré.. Colombe paye les sorties scolaires avec les billets de 10 € trouvés au petit matin sur la table de la cuisine… laissés par des hommes de passage qui ont dormi avec sa maman. Parfois, celle-ci boit trop, et elle oublie de venir chercher Colombe au périscolaire à 18h30. Colombe a un joli visage, fin et doux. Elle ne dit jamais rien contre sa maman. William, lui, il dort directement par terre. Il n'y a pas assez de matelas pour tout le monde : ils sont 6 frères et sœurs et sa maman est enceinte. Parfois, il a des grosses poussières dans ses cheveux, parce qu'il se met sous le lit de ses sœurs, comme si c'était des lits superposés.

Plus de 40 % des élèves de cette école sont dans une situation sociale, culturelle, familiale très défavorisée. Certains n'ont pas à manger, d'autres ont traversé l'Europe entière avant d'arriver là, certains sont en souffrance psychologique profonde. Tous les jours, dans la ville, nous marchons et nous magasinons, mais nous ne voyons pas cela. Nous apercevons bien les SDF avec leurs chiens devant la boulangerie, les familles roumaines avec les enfants dans le parc à jeux, mais nous ignorons l'ampleur de la situation.

Non, il n'y a pas que dans des contrées éloignées et réputées sous développées que la pauvreté est endémique. Ma question est: comment cela est-il possible, sommes-nous nombreux à n'avoir pas vu l'ampleur de la situation ? Est-ce à cause des images stéréotypées de la famille envoyées par la télévision ? Est-ce parce que nous ne voulons pas voir ?

Notre société n'est pas empathique envers ces familles en précarité, envers ces femmes qui déploient beaucoup de volonté et d'énergie pour élever les enfants, les aimer et les porter vers un avenir meilleur, chacune avec les moyens à leur disposition, souvent dans une grande solitude affective et sociale. Elles se mettent souvent en situation de combattante malgré les difficultés et la solitude.

Je laisse en suspens ce récit, et je croise les doigts pour qu'enfin notre société ouvre les yeux et cesse de maintenir l'ignorance de sa réalité. L'ignorance provoque de la confusion et nourrit les certitudes.

Pour conclure, je citerais Leïla SLIMANI : « *Les expressions populaires sont aiguisées comme de petits poignards qu'on enfonce dans les plaies de la vie : Les gens disaient « Il n'y a pas de fumée sans feu »*.

Or il y a des feux qui brûlent longtemps sans qu'aucune fumée ne s'échappe du foyer. Il y a des flammes qui s'épanouissent en secret. »

Et en guise d'épilogue, laissez-moi tout de même vous rassurer. A l'école, et en particulier dans cette école, les enfants sont le plus souvent heureux. A l'école, Colombe joue avec Maëva et les autres copines dans la cour de l'école, on est là pour apprendre, on est là pour se rencontrer, on est là pour jouer et pour être en sécurité, et c'est ça qu'on fait. L'école reste un véritable lieu de vie pour les enfants, pour tous les enfants. Même si les violences intrafamiliales s'y révèlent parfois, les adultes en responsabilité se démènent à la fois pour secourir et pour que les soucis de la maison puissent être mis le plus à distance possible.

POUR TOUS LES ENFANTS, LE TEMPS SCOLAIRE EST UN AUTRE TEMPS.

Pour les enfants qui subissent des violences, c'est souvent un temps de répit, pendant lequel l'on s'occupe vraiment d'eux. A l'école, les enfants sont la priorité.

J'ai lu pour vous

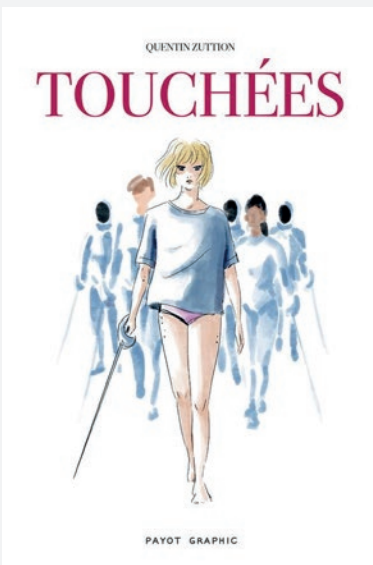
TOUCHÉES

Mélanie GUÉDON
Sage-femme - Administratrice Gynécologie Sans Frontières

Mélanie Guédon a choisi de nous présenter un roman graphique qui l'a émue et dont le titre est justement *TOUCHÉES* de Quentin ZUTTION paru chez PAYOT GRAPHIC. On vous avait déjà parlé de ce très beau roman dessiné en février 2021 sur les réseaux sociaux instagram & facebook de GSF.

« JE NE VEUX PAS ÊTRE FORTE. JE NE VEUX PAS ÊTRE COURAGEUSE. JE VEUX RETROUVER MA LÉGÈRETÉ »

Trois phrases qui lui ont donné envie de s'accorder le temps de lecture de ce livre.



Au travers des 204 pages de ce bel album, nous allons suivre Lucie, Tamara et Nicole. Trois femmes, trois histoires, trois parcours. Trois façons de vivre avec leurs traumatismes de vie dont celui de la violence sexuelle mais également trois façons de se reconstruire et d'entrevoir la lumière dans l'obscurité.

Cette reconstruction est racontée au travers d'un atelier d'escrime thérapeutique, proposé aux femmes victimes de violences et auquel elles participeront durant une année. Elles seront accompagnées durant tout ce processus par une thérapeute garantissant le soutien aux victimes et un suivi individuel.

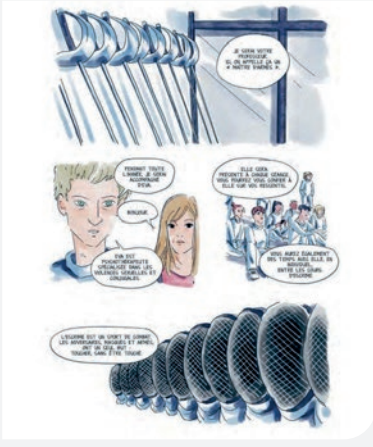
Ce roman graphique, qui est assez sombre dans les couleurs choisies par l'auteur, mais aussi pour le sujet traité, est pourtant une belle leçon de vie et de reconstruction.

Bien évidemment, il est question de violences sexuelles mais l'auteur a su avec subtilité nous les suggérer sans les dessiner, ni les décrire de façon factuelle. Cela permet aussi de se focaliser sur les chemins des protagonistes, leurs progrès, sur l'après. On ne revient pas sur les faits passés.

Ce roman balaye de façon très intelligente toutes les difficultés, les répercussions et les combats qu'ils engendrent : par exemple, le rapport au corps, la sexualité, la confiance en l'autre et en soi, la culpabilité, les répercussions sur les enfants, la solitude, les non-dits familiaux, la protection des mineurs, le dépôt de plainte, le vécu post-traumatique. On comprend l'importance des mots, le lien avec ses paires, les notions de temporalité, la reconstruction, l'invisibilité.

MAIS, CE QUE J'AI SURTOUT DÉCOUVERT AVEC BEAUCOUP D'INTÉRÊT, C'EST LE LIEN ENTRE L'ESCRIME, ET LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE QU'IL PERMET.

Ce sport permet le travail de réparation des personnes victimes de violences sexuelles. C'est ce qu'essaie de faire l'association



Stop aux violences sexuelles. J'ai découvert que ce type d'atelier est proposé dans différentes régions. L'association explique que l'escrime a été choisie pour sa richesse dans le transfert thérapeutique.

Le vocabulaire utilisé en escrime est proche de celui employé dans le champ de la violence ou de la guerre : donner l'assaut ou maître d'arme par exemple. Il est d'ailleurs présenté aux victimes comme un sport de combat. On parle d'arme, de coups tout en permettant que cela se fasse dans un milieu sécurisé, protégé (équipement adapté, apprentissage de la défense et de l'esquive, discours rassurant ...) Il s'agit également d'utiliser cette pratique comme un exutoire, de se libérer de la colère, de la culpabilité.

Il est enseigné l'art de la bonne distance. On comprend aisément l'importance de ces mots en matière de violence sexuelle. La notion de corps est souvent oubliée dans le processus de thérapie des victimes de violence sexuelle. Dix thèmes sont abordés durant ces séances comme les limites, la protection, le contrôle ou la confiance par exemple.

La deuxième chose qui permet à l'escrime de se différencier des autres sports de combat, c'est le port d'un masque intégral. « Sous le masque, vous devenez toutes anonymes ». L'adversaire devient qui l'on veut. Les souvenirs resurgissent et permettent de libérer les traumatismes enfouis.

Il est dit que l'escrime permet aux 5 sens d'être mis à l'épreuve.

Le lien de sororité de Tamara, Lucie et Nicole est profond, touchant. Il constitue le fil conducteur de ce roman graphique. Ces trois femmes, si différentes, sont toutes ces femmes victimes. A la fois, différentes par leur âge, leur milieu social, la construction de leur famille mais aussi dans leur façon de gérer ce douloureux passé. Elles nous permettent de comprendre que la violence peut s'immiscer partout.

C'est un thème dur et violent mais qui est raconté avec des touches d'amour, d'espoir. J'ai refermé ce livre avec un léger sourire en imaginant la vie future de ces trois femmes. J'en suis persuadée, tout ira bien. Touchées mais pas coulées.

En conclusion de cet article, j'attire votre attention sur ce rapprochement sémantique troublant :

ESCRIME ? EST-CE CRIME ?

OUI, LE VIOL EST UN CRIME.

Violences

Communication TEDx

L'influence des violences sexistes et sexuelles sur la santé somatique des victimes

Docteur Richard MATIS
Gynécologue Obstétricien (CH Armentières – 59) et Président de Gynécologie sans Frontières

A l'occasion du TEDx de Reims le 1er décembre 2022 sur le thème « influence(s) », le Dr Richard MATIS, Gynécologue Obstétricien (CH Armentières – 59) et Président de Gynécologie sans Frontières a été invité à rejoindre six autres orateurs et a conduit sa réflexion autour de l'influence des violences sexistes et sexuelles sur la santé somatique des victimes.

PENSEZ-VOUS QU'UN DIABÈTE, UN CANCER, UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE, UNE POLYARTHRITE PUISSENT ÊTRE SECONDAIRES À DES VIOLENCES CONJUGALES ? LA RÉPONSE EST OUI.

En 1998, une étude scientifique a prouvé que toutes ces pathologies surviennent beaucoup plus fréquemment, chez les personnes ayant subi un ou plusieurs psycho-traumatismes. Le psycho-traumatisme survient lorsqu'on a le sentiment que la mort est imminente comme lorsqu'on est victime ou témoin d'un attentat.

Cela survient dans toutes les situations de violences pour lesquelles notre cerveau n'est pas préparé. Une antilope s'abreuvant au marigot est programmée pour avoir peur d'un lion qui s'approcherait. En revanche, un humain assis à la terrasse d'un café, n'est pas programmé pour être poignardé par un autre humain. Notre cerveau ne peut concevoir que nous subissions des violences venant d'autres humains !

Que se passe-t-il lors d'un attentat ? Notre cerveau perçoit le danger extrême et nous inonde d'hormones de stress et d'adrénaline pour nous préparer à courir très vite, pour fuir. Notre cœur s'accélère, nous avons peur de mourir. Notre cerveau ne comprend pas ce qui se passe, il n'est pas programmé pour vivre un attentat. Il continue alors à nous inonder d'hormones de stress et d'adrénaline. A un tel point que nous risquons de mourir par arrêt cardiaque et destruction de nos neurones. Pour éviter d'être détruit, le cerveau se met en protection en disjonctant et stoppant les flux d'hormones de stress.

On se sent zen, détaché, sans peur, ni douleur comme spectateur. On est totalement dissocié du contexte, c'est ce qu'on appelle la dissociation traumatique. On retrouve cet état de dissociation chez les femmes violées qui semblent se laisser faire, sans se défendre. C'est, d'ailleurs, ce que l'avocat du violeur va considérer comme un accord tacite, un consentement. Alors que non : si la victime devient passive, c'est qu'elle s'est dissociée pour survivre. Son cerveau a coupé les flux d'hormones de stress et d'adrénaline pour ne pas mourir.

Les victimes de violence conjugale, de harcèlement psychologique, d´inceste subissent comme les victimes d'attentat, des psycho-traumatismes qui sont beaucoup plus graves car répétés.

Dans la dissociation, la mémoire traumatique qui reste bloquée dans l'amygdale du cerveau, est totalement ingérable. Elle envoie de façon inopinée des flash-backs, des images horribles, des pensées intrusives, des cauchemars, qui déclenchent un stress intense, des crises de panique, comme le jour de l'attentat.

Pour éviter ces crises de panique, on va éviter toutes les situations qui pourraient les déclencher. On n'ira plus prendre un verre en terrasse. On devient hyper vigilant, toujours sur le qui-vive, à guetter un éventuel danger. On aura l'air préoccupé, ailleurs ou absent.

Ces attaques de panique, ces conduites d'évitement, cette hyper vigilance ne vont pas s'estomper avec le temps quelle que soit notre force mentale. Cela ne passera pas, avec le temps. On peut guérir avec des psychothérapies adaptées, comme l'EMDR, l'hypnose, et d'autres thérapies qui sont très efficaces et qui ont pour mission de ranger la mémoire traumatique au bon endroit dans le cerveau avec les autres souvenirs.

POURQUOI LES PSYCHO-TRAUMATISÉS ONT-ILS EN PLUS, DES MALADIES CHRONIQUES ? DEUX GRANDES RAISONS EXPLIQUENT CE PHÉNOMÈNE.

La baisse des défenses immunitaires. Croire que donner une gifle à un enfant va l'endurcir, est faux. Au contraire, plus on frappe un humain physiquement ou psychologiquement, plus on l'affaiblit. Dans un match de boxe, c'est le boxeur qui prend le plus de coups qui perdra le match. Plus une victime reçoit de coups physiques ou psychologiques, plus elle s'affaiblit, plus elle devient perméable, accessible aux agressions. Aux agressions de l'agresseur bien entendu, mais aussi à toutes les agressions extérieures, comme les infections, les maladies… Cette baisse de l'immunité, de la capacité à se défendre, permet l'apparition de maladies telles que le diabète, les cancers, les maladies inflammatoires chroniques etc.

Les modifications génétiques. Nos gènes se modifient selon notre environnement et notre façon de vivre. En vivant à 4 000 mètres d'altitude, nos gènes vont légèrement se modifier pour s'adapter à ce nouvel environnement. Nous devenons plus résistants à l'altitude et peut être avons nous une appétence plus marquée pour le vin chaud.

Chez les psycho-traumatisés, il est prouvé qu'il existe de petites modifications génétiques appelées épigénétiques facilitant la survenue de certaines pathologies inflammatoires, auto-immunes, cancéreuses, hormonales… Ces modifications génétiques sont réversibles ; lorsque l'on fait cesser les violences et que l'on traite le psycho-trauma.

Poser la question d'avoir été ou d'être victimes de violences, à une patiente ayant une maladie chronique pourra aider à la guérir si elle a vécu des psycho-traumas. C'est surprenant mais ça marche. C'est plus efficace que de donner des médicaments antalgiques, anti-inflammatoires, anxiolytiques, antidépresseurs qui ne guérissent pas la cause.

Pour cela, il faut changer son regard vis-à-vis des victimes de violence sexiste et/ou sexuelle. On a tous dit : oui, mais ; oui, mais que faisait-elle dans cet endroit, habillée comme ça ; oui, mais, pourquoi elle reste avec lui ?

Il n'y a pas à juger pourquoi les victimes sont victimes. Une victime d'attentat, de viol, de harcèlement, d'inceste, est une victime à part entière. Elle n'est absolument pas responsable de ce qui lui arrive. Elle se trouve au mauvais moment au mauvais endroit.

Changer notre regard et ne pas juger, ce n'est pas si facile. Ce d'autant que ces femmes victimes se culpabilisent et minimisent les violences qu'elles ont subies. Pourquoi ? Parce que, comme nous, elles portent un regard culpabilisant sur les victimes de violence sexiste et/ou sexuelle et ne veulent pas se reconnaître victime. Car c'est honteux.

C'est pourtant la première pierre à la reconstruction : se reconnaître victime. C'est aussi, être reconnu par la société. Il faut les aider à se reconnaître victime avec empathie et bienveillance comme nous le ferions avec des victimes de guerre ou d'attentat, qui n'ont aucune honte d'être victime.

Changer notre regard et leur propre regard. Nous pouvons et nous devons le faire. Demain, quelles que soient notre profession, nos connaissances en psycho-traumatisme, nous avons le pouvoir d'aider les victimes à se reconstruire, à sortir de l'enfer que leur fait vivre leur cerveau avec cette insurmontable mémoire traumatique.

POUR CELA IL SUFFIT DE DIRE QUELQUES MOTS, JAMAIS ENTENDUS :

- Je vous crois !!
- Vous n'êtes pas responsable, vous êtes la victime et seul l'agresseur est responsable
- Les violences que vous avez subies sont punies par la loi. Non, ce n'est pas la vie normale de subir des violences. C'est puni par la loi, par la société.
- Et, Oui, on peut s'en sortir !!! Mais, pas seule, Avec l'aide des associations et des psychothérapies adaptées.

Une victime de viol ou de violence conjugale est aussi détruite voire davantage qu'une victime d'attentat. Nous avons le pouvoir de les aider à se reconstruire, à guérir, en disant ces quelques phrases. Alors sauvons-les.

Pour toutes les victimes qui lisent cet article, plus de 20% ont subi des violences graves.

Ne croyez pas que le temps va effacer le traumatisme. Si vous faites des cauchemars, des crises d'angoisse inexpliquées, ce n'est pas parce que vous êtes folles. C'est cette maudite mémoire traumatique qui n'est pas rangée au bon endroit et que vous ne pourrez jamais réussir à gérer, seule. Avec de l'aide, oui, vous pourrez guérir et par là guérir d'autres maladies. N'ayez pas peur de parler. Même si c'est très ancien, même si cela, ne vous parait pas si grave.

LIBÉREZ VOTRE PAROLE POUR VOTRE SANTÉ. PENSEZ-Y !

En France

Education à la santé

Intervention en entreprise, une première pour GSF

« Octobre Rose 2022 » ou l'apprentissage du dépistage individuel du cancer du sein

Docteur Laurence PECQUEUX-BINET
Gynécologue Obstétricienne - Administratrice Gynécologie Sans Frontières

Fidèle soutien de notre ONG depuis de nombreuses années, la Fondation RAJA a contacté Gynécologie Sans Frontières afin de réaliser une conférence à l'occasion de la mobilisation d'Octobre Rose auprès d'entreprises du Groupe RAJA. L'objectif avancé a été celui d'éduquer à l'autopalpation du sein pour des salariées de l'entreprise JPG (fournitures de bureau) où sont employées, environ deux cents femmes.

Anne-Marie Mouton, sage-femme et moi-même, docteur Laurence Pecqueux, gynécologue-obstétricienne, bénévoles de la mission CamiFrance – spot Ile-De-France, nous sommes rendues à Survilliers (95) pour un après-midi d'information sur l'examen gynécologique et le cancer du sein en particulier. Vingt-sept femmes ont assisté à l'exposé de 45 minutes, porté par un support power-point et des vidéos explicatives. Un temps d'échanges pour des questions généralistes sur le sujet a été consacré et des documents avec le tutoriel d'autopalpation du sein ont également été distribués.

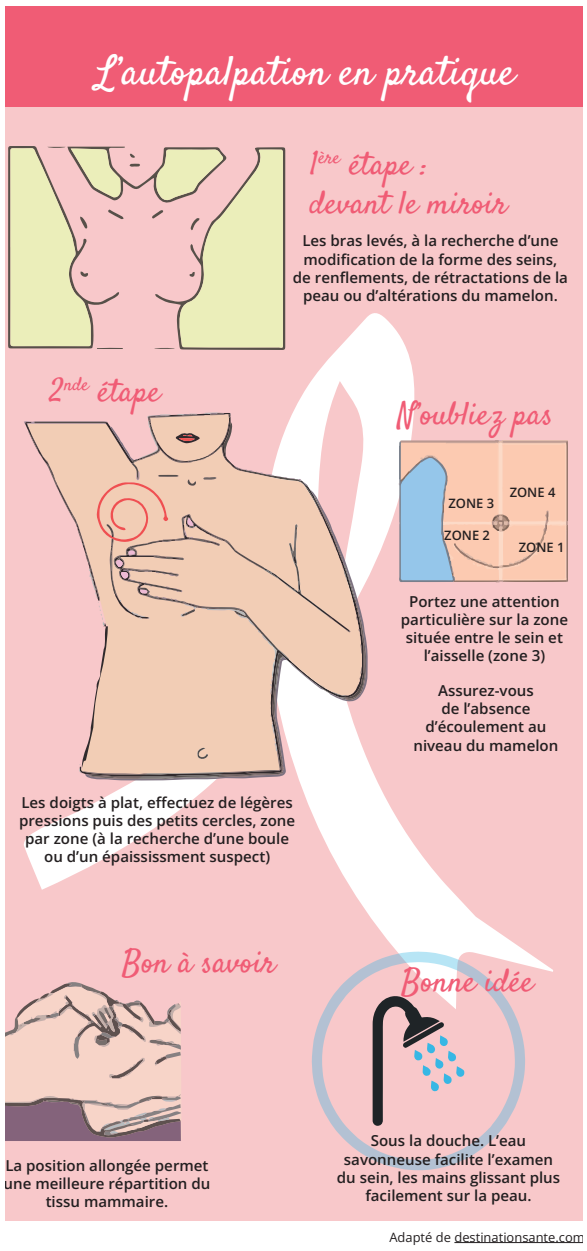
Des entretiens individuels de quinze minutes ont permis de recevoir dix-sept femmes afin d'aborder des questions plus personnelles et de réaliser avec nous l'autopalpation du sein et ainsi vérifier leur bonne pratique. Elles ont reçu des conseils adaptés à leur cas et des ordonnances d'échographie mammaire et/ou de mammographie ont été délivrées pour certaines.

Nous remercions les équipes qui se sont investies au sein des entreprises pour assurer notre accueil dans une ambiance fort chaleureuse. Un moment de partage également avec certaines auditrices qui nous ont parlé de leur investissement autour d'Octobre Rose en organisant des évènements dans leurs clubs de sports et autres associations.

NUL DOUTE QUE LA DIFFUSION DE NOTRE TUTORIEL A UN BEL AVENIR.

Intervention GSF dans le Nord : R. Matis, V. Decobert, P..Robiquet

Trois autres interventions de Gynécologie sans Frontières ont eu lieu en octobre 2022 dans d'autres entreprises du Groupe RAJA : RAJA à Tremblay en France (93), Cenpac à Roissy en France (95), Bernard à Neuville en Ferrain (59). Une expérience satisfaisante et appréciée par les femmes, les entreprises associées, la Fondation Raja et les bénévoles GSF investis à cette occasion.



Adapté de destinationsante.com

Violences intrafamiliales

La journée de sensibilisation aux violences intrafamiliales

22 novembre 2022 à Marseille (13)

GSF depuis plus de dix ans présente chaque année plusieurs colloques ou journées de formation et de sensibilisation consacrées aux violences faites aux femmes. L'année 2022 n'a pas dérogé à la règle puisque nous avons tenu à Aix-en-Provence, Marseille et Nantes des manifestations qui ont rencontré un grand succès et une belle reconnaissance des professionnels, des acteurs impliqués dans la prise en charge des VIF.

Les Avancées juridiques en faveur des enfants

La prise en charge des enfants, victimes ou témoins des violences et des assassinats au sein du foyer familial

Bâtonnier Gérard SABATER
Avocat honoraire

Une nouvelle approche vis à vis des violences subies par les enfants, va s'opérer en marge de l'ensemble des textes sur les violences faites aux femmes.

La violence dans le couple, le paradoxe de la protection maladroite de l'enfant a été analysé par Mme Karen SADLIER qui souligne la coparentalité impossible, en l'état du comportement de l'agresseur, le père le plus souvent.

La « société » demande pour le bien de l'enfant que le contact avec le père agresseur soit maintenu. Face à cette exigence qui fut longtemps la politique des tribunaux, a été mise en place la MAP (mesure d'accompagnement protégé) pour sécuriser le droit de visite du père afin d'éviter un nouveau passage à l'acte violent sur la mère en présence de l'enfant.

Je ne peux que recommander la lecture de l'ouvrage « Violences conjugales » d'Ernestine Ronai et d' Edouard Durand. Chez Dunod.

LE DROIT POUR LES ENFANTS D'ÊTRE PROTÉGÉS DOIT S'IMPOSER COMME UNE PRIORITÉ MAJEURE.

Un plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants avait été lancé dès le 1 mars 2017, un plan très ambitieux.

« *Malgré les mises en lumière médiatiques fréquentes, la conscience de la réalité des violences et la capacité à les prendre en compte ne semblent pas progresser dans l'opinion publique. En effet, les violences faites aux enfants sont toujours ou trop souvent reléguées au rang de faits divers, ou dissimulés au sein des foyers.*

Chaque mort d'enfant liée à des violences révèle une carence, qu'elle soit institutionnelle, sociétale ou familiale, pouvant être liée à un grand isolement ou à une absence de réactivité.

Ce plan a pour ambition de développer les connaissances sur les violences, notamment physiques et sexuelles. C'est en repérant plus systématiquement et en révélant davantage les violences faites aux enfants qu'elles pourront être mieux prises en compte.

Cela nécessite d'informer les familles et de former encore d'avantage les professionnels à leur détection et aux moyens à leur disposition pour les dénoncer. »

Ce plan triennal de 70 pages a eu le mérite d'aborder toutes les questions que posent les violences faites aux enfants et répond à la recommandation du Comité des droits de l'enfant des Nations Unis formulée à la suite de l'audition de la France en janvier 2016.

Avec le rappel de l'observation générale n°13 (2011) sur le droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence, le Comité a recommandé à la France d'accélérer l'adoption d'une stratégie globale visant à prévenir et combattre toutes les formes de violence à l'égard des enfants dans le cadre de la politique générale de protection de l'enfance.

Une fois encore, ce texte porté par des associations n'avait pas à ma connaissance fait l'objet d'un suivi, ni d'une évaluation des différentes recommandations…

Mais en dépit de ces avancées, les enfants qui assistent aux violences conjugales sont encore jusqu'à présent rarement considérés comme victimes.

L'EXPOSITION À LA VIOLENCE CONJUGALE N'EST PAS UN PHÉNOMÈNE ISOLÉ ET TOUCHE UN NOMBRE TRÈS IMPORTANT D'ENFANTS.

En 2001, l'enquête ENVEFF (Jaspard, Brown, Condon et coll., 2003), sur les violences conjugales note que **dans plus de la moitié des cas, les enfants du couple avaient assisté aux scènes de violence : la réitération des actes violents augmentant la probabilité qu'ils en aient été témoins.**

Cette exposition des enfants mineurs à la violence conjugale est une violence psychologique subie directement par eux.

Elle a pour effet, voulu ou non, de terroriser l'enfant, de l'isoler par crainte ou honte et de le conditionner aux abus sur les personnes de sexe féminin (Holden, 2003).

Tous les enfants ne sont cependant pas affectés de la même manière et avec la même intensité par la violence conjugale à laquelle ils sont exposés mais, chez nombre d'entre eux, on constate des problèmes de santé physique et mentale, des problèmes d'ordre cognitif et ainsi un retard ou échec scolaire, une inadaptation sociale. Les difficultés peuvent s'exprimer différemment selon l'âge de l'enfant, celles le plus souvent rapportées étant l'anxiété, la dépression, les troubles de conduite et l'état de stress post-traumatique.

UNE FOIS DEVENUS ADULTES, LES ENFANTS EXPOSÉS À LA VIOLENCE CONJUGALE SONT PLUS À RISQUE DE VIVRE DES RELATIONS INTIMES VIOLENTES.

Les psychologues et les pédopsychiatres s'accordent en effet pour considérer que ces enfants, traumatisés pour avoir été impliqués dans les violences conjugales, **sont exposés au risque de reproduire le schéma familial et à leur tour devenir auteurs ou victimes de violences s'ils ne bénéficient pas d'une prise en charge spécialisée.** Vivant dans un climat de violences physiques et/ou psychologiques depuis leur plus jeune âge, ce mode de fonctionnement peut leur apparaître normal et banal.

De plus, les recherches actuelles en neurosciences soulignent l'effet délétère des violences indirectes dans le développement de l'enfant, ces violences indirectes entraînant généralement une position de repli et d'isolement.

Ces postures ont comme conséquence une modification sur son développement cérébral et psychoaffectif, engendrant un effet sur la structure même du cerveau et des effets collatéraux sur les capacités verbales, de créativité et de motricité ; le vécu intériorisé est celui d'une grande insécurité.

En 2010, déjà **l'Observatoire national de l'enfance en danger et le Service du droit des femmes et de l'égalité déploraient le manque d'instruments disponibles pour repérer les effets de la violence conjugale sur le développement de l'enfant et encourageaient la conception, la réalisation et l'adaptation d'outils de repérage et d'évaluation**.

Cette situation avait été dénoncée et le législateur a pris la mesure de la nécessité de mieux protéger les mineurs.

Retour sur le colloque de Marseille – 22 novembre 2022

La journée de Marseille organisée avec le soutien de la municipalité, de l'ordre des médecins des Bouches du Rhône, de la délégation départementale des droits des femmes et de l'égalité, s'est tenue le mardi 22 novembre, dans un site magnifique, au Palais du Pharo.

Plus de 710 inscrits, les réservations et inscriptions furent arrêtées 3 semaines avant la date, avec une prédominance du monde de la santé (médecins toutes spécialités, sage-femmes, internes, infirmières), psychologues, travailleurs sociaux, justice, police…

C'est la journée de sensibilisation et de formation qui a mobilisé et attiré le plus de participants depuis que nous organisons ce type de manifestation, bénéficiant sans doute du succès des journées organisées en 2019 et 2021 à Aubagne et La Ciotat dans le même département.

18 orateurs se sont succédés pendant 8H rapportant leurs expériences de terrain.

Cette année nous avons étendu la thématique aux violences intrafamiliales et donc aux violences envers les enfants, témoins, acteurs et victimes dans les familles.

C'est une nouvelle occasion d'adresser tous nos remerciements aux orateurs de talent, passionnés qui nous ont confiés leurs communications à retrouver sur notre site gynsf.org ou sur le lien suivant :

gynsf.org/colloque-marseille-communications/

Nous avons souhaité à travers ce numéro du « Monde de GSF » vous rapporter quelques communications brillantes de cette journée de formation en insistant sur le volet violences envers les enfants dans le cadre familial.

Docteur Serge BOYER
Secrétaire général de GSF
Gynécologue Obstétricien (83)

Le décret N°2021-1516 du 23 novembre 2021 va enfin modifier la place de l'enfant qui assiste à des violences au sein de la famille.

En vigueur depuis le 1er février 2022, le décret crée un nouvel article dans le code de procédure pénale, l'article D 1-11-1 qui prévoit qu'en cas de violences conjugales, les autorités judiciaires devront vérifier si ces violences ont été commises en présence d'un mineur.

Le mineur qui assiste aux violences ne sera plus considéré comme simple témoin mais aura la qualité de victime.

Il pourra donc se constituer partie civile, au besoin avec l'assistance d'un administrateur ad 'hoc. (Articles 706-50 et 706-51 du Code de procédure pénale).

IL S'AGIT AVEC CE TEXTE D'UNE MODIFICATION CONSIDÉRABLE DE L'ÉTAT D'ESPRIT ET DE L'APPROCHE DE LA PLACE DES ENFANTS DANS LE CERCLE INFERNAL DES VIOLENCES CONJUGALES ET INTRAFAMILIALES PAR LES FORCES DE L'ORDRE ET LES AUTORITÉS JUDICIAIRES.

Une circulaire en date du 28 février 2022 rédigée par la Direction des affaires criminelles et des grâces conjointement avec la Direction de l'administration pénitentiaire a été transmise à tous les parquets généraux, et aux procureurs de la République pour attribution et à tous les chefs de cours et présidents des tribunaux judiciaires pour information.

Cette circulaire d'application du décret du 23 novembre 2021 tendant à renforcer l'effectivité des droits des personnes victimes d'infractions commises au sein du couple ou de la famille vise également **le décret N°2021-1820 du 24 décembre 2021 relatif aux mesures de surveillance applicables lors de leur libération aux auteurs d'infractions commises au sein du couple**.

Cette circulaire très complète de 10 pages donne enfin un cadre méthodologique pour une protection effective des mineurs.

PARMI LES 7 CHAPITRES DÉCLINÉS, IL FAUT RETENIR :

- **Le renforcement des droits des mineurs victimes d'une exposition aux violences commises au sein du couple.**
- **Le traitement des procédures de non-représentation d'enfant en cas d'allégation de violences commises au préjudice de l'enfant.**

Avec des modalités déclinées avec précision :

Le maintien des mesures de surveillance imposées dans le cadre pré-sentenciel lors du prononcé d'un mandat de dépôt à effet différé ou de la détention à domicile sous surveillance électronique et du placement sous surveillance électronique mobile avec exécution provisoire.

- **Le maintien des mesures de protection de la victime en cas d'incarcération : une nécessaire information coordonnée :**

L'incarcération d'une personne faisant l'objet d'une peine de détention à domicile sous surveillance électronique.

L'incarcération d'une personne placée sous contrôle judiciaire, sous assignation à résidence sous surveillance électronique mobile ou faisant l'objet d'un aménagement sous la forme d'une détention à domicile sous surveillance électronique.

L'information de l'établissement pénitentiaire des décisions relatives à l'autorité parentale ou à la suspension des droits de visite ou d'hébergement.

Les dispositions visant à renforcer la protection de la victime de violences conjugales en cas d'élargissement de l'auteur détenu.

L'avis à la victime de violences conjugales en cas de libération de l'auteur détenu.

La mise en œuvre des mesures de surveillance nécessaires et le renforcement de la protection de la victime par l'octroi d'un téléphone grave danger ou d'un bracelet antirapprochement avant toute libération de l'auteur.

L'actualisation de l'évaluation de la situation de la personne condamnée et des mesures propres à garantir la protection de la victime devant la chambre de l'application des peines.

- **Sur le renforcement des droits des mineurs victimes d'une exposition aux violences, la circulaire est très précise :**

La présence d'un mineur lors des violences sexuelles et sexistes commises constitue une circonstance aggravante.

Le mineur peut bénéficier d'une orientation vers une unité d'accueil pédiatrique enfance en danger (UAPED). Sa parole sera recueillie et entendue.

Les droits du mineur seront préservés dans la procédure pénale, et le mineur doit pouvoir se constituer partie civile en étant représenté par un administrateur ad hoc et ce pour éviter les situations d'emprise fréquentes dans les situations de violences intrafamiliales.

La juridiction de jugement doit disposer d'informations lui permettant de statuer sur l'autorité parentale et la suspension des droits de visite ou d'hébergement, mais aussi de tous les éléments sur l'importance du préjudice subi.

Le procureur doit pouvoir verser au dossier les pièces émanant du tribunal judiciaire, du juge aux affaires familiales ou du juge des enfants.

- **Sur le traitement des procédures de non-représentation d'enfant en cas d'allégation de violences commises au préjudice de l'enfant, la circulaire est aussi précise** :

Bâtonnier G. Sabater, avocat honoraire

Elle invite le parquet à traiter avec diligence et célérité les enquêtes ouvertes du chef de violences sur mineur, et le parquet doit entreprendre toute vérification avant d'apprécier les faits de non-représentation d'enfant.

Et ce lorsque ces violences sont susceptibles d'entraîner des conséquences pour apprécier le droit de visite et d'hébergement à l'égard du mineur victime.

Cette nouvelle approche était nécessaire pour permettre à l'enfant de s'épanouir sans être l'otage des différents au sein du couple.

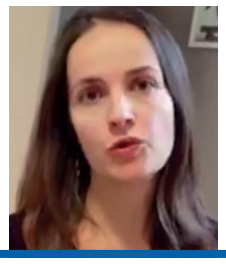
L'ENSEMBLE DE CES TEXTES SONT LA DÉMONSTRATION D'UNE PRISE DE CONSCIENCE DES PLUS HAUTES AUTORITÉS JUDICIAIRES FACE À CE FLÉAU.

Les chiffres sont accablants : 143.000 enfants vivent dans un foyer où une femme subit des violences physiques ou sexuelles et 42% des enfants ont moins de 6 ans.

L'une des dernières scènes d'horreur a eu lieu le 28 septembre 2022 à Evry où une femme de 43 ans a été assassinée en présence de sa fille de 13 ans qui avait alerté les forces de l'ordre pour signaler que son père était en train de porter des coups de couteaux… !!

UNE SOCIÉTÉ DE VIOLENCES AU CŒUR DES FAMILLES MET EN PÉRIL L'ÉQUILIBRE FRAGILE DE TOUTE UNE NATION. IL EST GRAND TEMPS DE SE MOBILISER !

Violences intrafamiliales



Repérage précoce et prise en charge des Violences Intra Familiales envers les enfants

Docteur Emmanuelle BOSDURE et Docteur Violaine BRESSON
Pédiatres - CHU Timone Marseille / UAPED

Les enfants sont souvent au cœur des violences conjugales. Ils peuvent en être « simples » témoins mais aussi victimes directes ou indirectes lorsqu'ils sont protecteurs et boucliers vis-à-vis du parent victime.

Dans tous les cas, les violences intrafamiliales peuvent avoir un retentissement sur l'enfant : retentissement organique (violences physiques, maladies organiques), retentissement sur les relations familiales (éclatement des « routines », altération de la relation mère/enfant avec perte de la relation « maternante »), retentissement social (isolement, fugue, comportement à risque) et retentissement psychologique (état de stress post-traumatique et schéma erroné de la pensée).

Des signes d'alerte témoignant qu'un enfant vit dans un contexte de violences conjugales ont pu être identifiés selon les âges des enfants. Il est indispensable de les repérer précocement afin de protéger les enfants exposés.

LE SCHÉMA ERRONÉ DE LA PENSÉE AMÈNE LES ENFANTS À CROIRE QUE LA VIOLENCE EST UNE MANIÈRE DE RÉSOUDRE LES CONFLITS, QU'ELLE EST ACCEPTABLE DANS LES RELATIONS, QU'ELLE FAIT PARTIE DE L'INTIMITÉ OU QU'ELLE PEUT ÊTRE NIÉE OU MINIMISÉE, MAIS AUSSI QU'ELLE PERMET DE GÉRER LA FRUSTRATION ET D'OBTENIR CE QU'ON VEUT.

Cela a forcément des conséquences à court, moyen et long terme sur le développement et la construction de l'enfant dans son rapport à la violence, et dans ses relations avec ses pairs et avec les femmes.

Ainsi, les nourrissons victimes de violences intrafamiliales peuvent présenter un retard staturo-pondéral, des troubles alimentaires, des troubles du sommeil, des retards de développement et/ou un état de stress post-traumatique. Chez les enfants d'âge préscolaire, des actes de destruction de biens ou des actes hétéroagressifs, des actes de cruauté auprès des animaux doivent faire évoquer de possibles violences intrafamiliales. Pour les enfants en âge scolaire, outre les actes agressifs, les enfants pourront aussi présenter un infléchissement des résultats scolaires, une anxiété, des symptômes de l'état de stress post-traumatique, un manque de respect à l'égard des femmes avec des convictions stéréotypées au sujet du rôle des femmes et des hommes. Enfin, à l'adolescence, s'ajoutent les tentatives de suicide, l'absentéisme scolaire, les troubles du comportement avec les fugues, les consommations d'alcool et de toxiques.

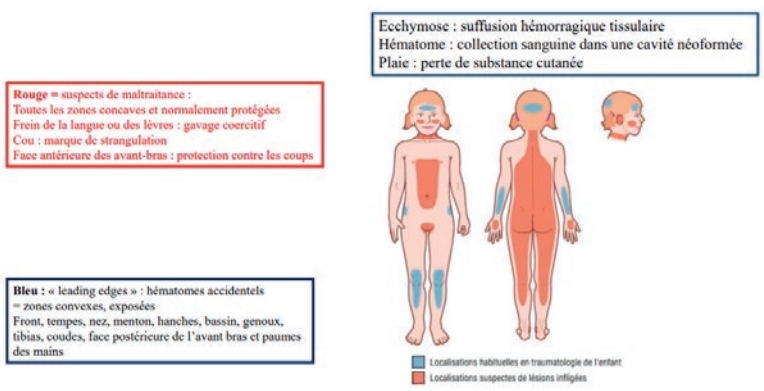
CES SIGNES SONT NON SPÉCIFIQUES MAIS SONT ESSENTIELS À CONNAÎTRE PAR L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS INTERVENANT AUPRÈS DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS.

L'enfant peut présenter des lésions en lien avec des violences directes ou indirectes. **Ces lésions sont évocatrices de maltraitance soit du fait de leurs localisations ou de leurs aspects** ; soit du fait de l'explication donnée pour leur survenue qui est absente, inconstante ou incohérente. Sont ainsi très évocateur de sévices, un mécanisme évoqué de l'accident incompatible avec l'âge ou le développement psychomoteur de l'enfant ; des plaintes somatiques récurrentes sans fondement organique ou/et le manque d'intérêt des parents pour les lésions ou le pronostic.

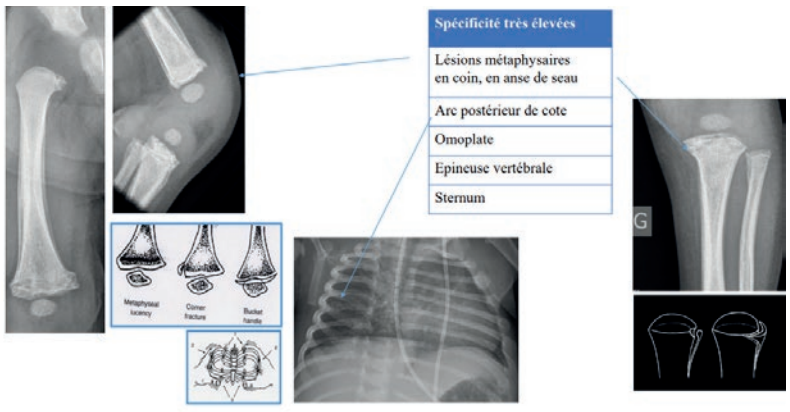
Sur le plan cutané, toute ecchymose, hématome ou plaie chez un nourrisson de moins de 9 mois ne se déplaçant pas est suspecte. Chez tout enfant, il faudra se méfier des lésions cutanées multiples (plus de 15), celles ayant une forme suggestive, suspecte reproduisant un agent vulnérant ou étant bien limitée (linéaire, parallèle, arrondie à centre excavée) ; celles retrouvées dans des zones peu exposées aux traumatismes accidentels (chez un enfant capable de se déplacer) comme les zones concaves du corps : cou (signe de strangulation ?), ensellure nasale, creux poplité… mais également celles au niveau de la face antérieure des avant-bras (marque de défense ?) ou au niveau buccal comme la rupture du frein de la langue (gavage coercitif ?).

En ce qui concerne les brûlures, 25% des brûlures de l'enfant de moins de deux ans sont non accidentelles. Le professionnel devra être en alerte devant des brûlures profondes, circonscrites, uniformes pouvant reproduire la forme de l'agent vulnérant (fer à repasser, cigarettes…). En effet, les brûlures accidentelles sont souvent plus superficielles, mal limitées avec des marques d'éclaboussures. Là encore, un nourrisson ou un enfant ne se déplaçant pas n'a aucune raison d'être victime d'une brûlure accidentelle.

Sur le plan osseux, toute fracture chez un nourrisson n'ayant pas acquis la déambulation, soit classiquement chez un moins de 12 mois, est suspecte. Le syndrome de Silvermann associant fractures multiples d'âges différents, décollements périostés et arrachements épiphysaires est fortement évocateur de maltraitance. **Selon leurs localisations, certaines fractures sont à spécificité très élevée de maltraitance** : lésions métaphysaires en coin ou en anse de seau, fracture des arcs postérieurs des côtes, fracture des omoplates, du sternum ou des épineuses vertébrales. Le diagnostic clinique de ces fractures est difficile. Des radiographies du squelette corps entier devront donc être systématiquement réalisées en cas d'évocation clinique de sévices.



Signes d'alerte cutanés



Selon leurs localisations, certaines fractures sont à spécificité très élevée de maltraitance

Enfin, un tableau clinique très spécifique des nourrissons de moins d'un an est à connaître : **le syndrome du bébé secoué**, entité faisant partie des traumatismes crâniens infligés ou non accidentels comprenant aussi les impacts contre un plan dur, les strangulations, les claques et les gifles. Mécaniquement, ce traumatisme est lié à des secousses violentes d'avant en arrière, du nourrisson alors empoigné par un adulte au niveau du thorax ou des aisselles. Son cerveau subit alors de brusques mouvements d'accélération de de décélération dans la boite crânienne responsable de saignement et de thromboses veineuses. Les accidents domestiques, les jeux et la vie quotidienne ne peuvent pas entraîner ce type de lésions. Cliniquement, il s'agit souvent de nourrissons de moins d'un an adressés aux urgences pour un tableau neurologique sévère (malaise, convulsions, hypotonie) avec des signes d'hypertension intracrânienne (vomissements, pleurs, troubles de la conscience, plafonnement du regard) et augmentation du périmètre crânien. Des signes « hémorragiques » peuvent compléter le tableau ainsi que d'autres signes de maltraitances (ecchymoses, hématomes, fractures…). Le « malaise » survient généralement immédiatement après le secouement. Selon les recommandations de l'HAS, ces nourrissons doivent être pris en charge en milieu hospitalier. Le diagnostic repose sur les résultats de l'imagerie cérébrale et du fond d'œil qui retrouvent tous deux des hémorragies alors que le bilan de coagulation et d'hémostase est normal. Des formes chroniques de ce syndrome existent associant régressions psychomotrices, retards de développement, vomissements chroniques, augmentation du périmètre crânien.

IL EST NÉCESSAIRE DE POSER RAPIDEMENT UN DIAGNOSTIC AFIN D'ÉVITER LA RÉCIDIVE DU SECOUEMENT QUI POURRAIT CONDUIRE JUSQU'AU DÉCÈS DE L'ENFANT.

Au final, il est important de retenir que toute fracture chez un nourrisson de moins d'un an qui n'a pas acquis la marche, toute ecchymose, tout hématome, toute intoxication médicamenteuse ou d'autres substances chez un nourrisson de moins de 9 moins qui ne se déplace pas sont fortement suspectes de maltraitance. Il est du devoir de tout professionnel de protéger un enfant dans ces circonstances en réalisant un signalement judiciaire. En cas de doute diagnostique **un recours aux professionnels de santé que sont le médecin référent protection de l'enfance du département (ou de la CRIP) ou les unités d'accueil pédiatrique enfant en danger (UAPED)** est nécessaire.

Le plan de lutte contre la violence faites aux enfants 2020 – 2022 prévoit le déploiement national d'unités d'accueil pédiatrique enfant en danger. Ces UAPED, en cours de déploiement, seront réparties à raison d'au moins une par département. Ces unités ont pour principales missions : la prévention et l'accompagnement des familles, la protection du mineur, l'évaluation pluridisciplinaire, la formation et la sensibilisation des professionnels, la collaboration au cours du parcours de soin de l'enfant. Elles permettent la prise en charge du mineur au sein d'un établissement de santé permettant le soin et le « prenant soin » ; dans une unité de lieu et de temps. Elles permettent la prise en charge de l'enfant en amont, pendant et en aval d'une procédure judiciaire.

Retour sur le colloque de Marseille – 22 novembre 2022

Qu'est-ce que la mémoire traumatique ?

Docteur Clotilde IZABELLE
Psychiatre militaire. Hôpital d'Instruction des Armées Laveran - Aix-Marseille Université - Marseille (13)

58 à 80 % [1] est la prévalence du trouble de stress-post-traumatique chez les personnes exposées aux violences intrafamiliales. Cela signifie que plus d'une personne sur deux exposée développera un trouble psychiatrique grave, chronique et invalidant.

Ce chiffre est effrayant quand on sait que la violence intrafamiliale est un sujet de société et que sa prévalence est largement sous-estimée :

- En France, 121 femmes sont décédées de féminicide au cours de l'année 2022 et un enfant sur 10 serait victime d'inceste [2].

Ce chiffre est bien plus élevé que dans d'autres expositions traumatiques (catastrophe naturelle ou un accident de la route). Il nous invite à nous interroger sur cette sur-prévalence et sur les mécanismes impliqués.

COMMENT NOUS MÉDECINS, FAMILLE OU AMIS POUVONS-NOUS ÊTRE PLUS VIGILANTS, PLUS EFFICACES POUR PRÉVENIR OU PLUS ARMÉS POUR SOIGNER ?

Avant de parler de trouble de stress post traumatique, il s'agit de définir avec soin l'**exposition traumatique**. Le DSM5 manuel de référence la décrit comme « ***une expérience où l'individu est confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles*** » [3].

Il est important de rechercher ce moment, qui se caractérise souvent par la surprise ou l'effroi. Il n'est pas forcément caractérisé par de la violence physique mais bien par l'expérience subjective de confrontation à sa propre mort. Dans le cas des violences intra-familiales, il est souvent répété, insidieux, soumis au mécanisme connu des violences.

Son repérage est parfois plus difficile ou banalisé.

L'individu exposé à cet évènement traumatique va présenter ensuite une réaction immédiate, dans les 48 premières heures suivant l'évènement. Le traitement du souvenir par la mémoire de travail va soumettre le cerveau à une activation du circuit du stress. Il est un mécanisme adaptatif à respecter. Il existe quelques situations où cette stratégie s'épuise et la personne peut se retrouver en état de sidération, ou de fuite panique par exemple et elle devra être prise en charge en urgence.

DANS LES SUITES, QU'EST-CE QUI DIFFÉRENCIE UN MAUVAIS SOUVENIR D'UN SOUVENIR TRAUMATIQUE ?

Anxiety - Munch, *Oslo, 1894*

Toute exposition traumatique n'induit pas systématiquement un trouble de stress post-traumatique. La mémoire peut intégrer le souvenir sans en faire une pathologie psychiatrique constituée. La résilience a ici toute sa place, avec des personnes parfois exposées qui sans nier la souffrance de ce qu'elles ont vécu ne présenteront pas les symptômes décrits ci-dessus. Il convient donc de ne pas généraliser et de ne pas faire l'amalgame entre exposition et trouble.

Tout d'abord, il existe une contrainte temporelle, **le diagnostic de trouble de stress post-traumatique ne peut se faire avant quatre semaines post évènement**.

Comme vu précédemment, la mémoire est un processus dynamique et la consolidation d'un souvenir nécessite certaines étapes avec des phases de symptômes physiologiques.

Il est important de ne pas confondre évènement de vie douloureux et trouble de stress post traumatique. La remémoration volontaire d'un souvenir douloureux va engendrer de la tristesse ou de la nostalgie mais la personne ne subira pas de réactions psychiques et physiques involontaires la replongeant dans l'évènement de façon brutale.

LES SYMPTÔMES DU TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE VONT ASSOCIER UN SYNDROME DE RÉPÉTITION TRAUMATIQUE (FLASHS, CAUCHEMARS), À DES CONDUITES D'ÉVITEMENT ET À UNE HYPER ACTIVATION (CAUCHEMARS, TROUBLES DU SOMMEIL, HYPERVIGILANCE).

Dans la moitié des cas, se surajoute un épisode dépressif caractérisé.

La culpabilité est une émotion régulièrement ressentie par les victimes de violence.

Ce trouble psychiatrique est associé à de nombreuses comorbidités comme l'épisode dépressif précédemment cité mais conduisant à l'usage de substance ou une augmentation du risque suicidaire.

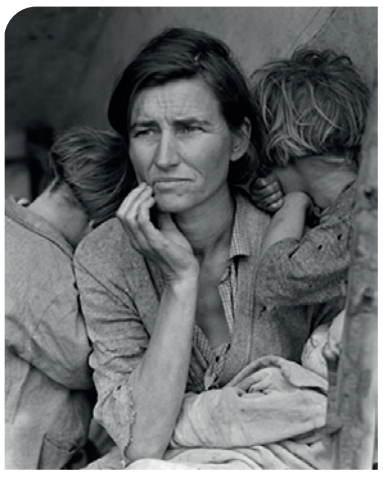
Devant ces comorbidités, un diagnostic de trouble de stress post-traumatique est à rechercher [4].

La personne concernée devra si elle ressent ces symptômes consulter un professionnel en santé mentale (psychiatre, psychologue). Il est également du devoir des autres professionnels impliqués d'être attentifs au repérage (assistante sociale, médecin généraliste, gynécologue, avocat, éducateur spécialisé, sage-femme ...).

Sont engendrées **des conduites d'évitement qui créent une grande difficulté pour demander de l'aide ou pour porter plainte**. Dans le cas des violences intrafamiliales, **le lieu de vie est souvent le lieu d'exposition traumatique** rendant l'hypervigilance très active et difficilement supportable [5].

Ainsi, les personnes victimes de violences intra familiales sont particulièrement exposées au risque de développer un trouble de stress-post-traumatique. L'enjeu actuel réside dans le repérage de ce trouble et dans l'orientation vers une structure de soins compétente. Cette mission n'est pas réservée aux spécialistes mais concerne au contraire tous les acteurs impliqués dans la prise en charge.

Enfin, personne ne doit être oublié et quand on parle de personnes victimes les enfants sont évidemment à prendre en compte et à prendre en charge si nécessaire.



Dorothea Lange, *Mère migrante (Migrant Mother), 1936.*

BIBLIOGRAPHIE

[1] Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. **1991** Mar;48(3):216–22.

[2] Gouvernement francais. *Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains*. **2013**.

[3] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. *American Psychiatric Association*. **2013**.

[4] Flory JD, Yehuda R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues Clin Neurosci*. **2015** Jun;17(2):141–50.

[5] Brown G. Muriel Salmona : Le livre noir des violences sexuelles. *Nouvelles Questions Féministes*. **2015**;34(2):136

Prochain colloque
20 Novembre 2023 à Nice

affiche préliminaire non contractuelle

Parue le 8 Mars 2023 dans Le Monde.fr

Tribune

PROFESSIONNELS DE SANTÉ : UNISSONS-NOUS POUR LUTTER EFFICACEMENT CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Vingt [1]. C'est le nombre de femmes qui ont été tuées par leurs compagnons ou ex-compagnons en France entre le 1er janvier 2023 et la publication de cette tribune deux mois plus tard.

Valérie, 52 ans, mère de trois enfants, tuée par son ex-compagnon à son domicile.

Sihem, dix-huit ans, étouffée par son partenaire de quarante ans et dont le corps a été dissimulé à la lisière d'une forêt. Catherine, 46 ans, empoisonnée au mercure par son ex-compagnon car celui-ci « ne supportait pas la rupture ». Elle s'était déjà plainte des violences de son meurtrier.

Si l'on entend souvent qu'une femme est tuée tous les trois jours par son partenaire ou ex-partenaire, à ce constat vertigineux s'ajoutent toutes les « autres », les oubliées des statistiques officielles. Mises en lumière par l'*Observatoire national des violences faites aux femmes*, ces oubliées étaient, pour la seule année 2021, les 190 victimes de tentatives de féminicides et les 684 femmes qui ont mis fin à leurs jours ou tenté de le faire du fait des violences qu'elles ont subies. **C'est la partie immergée de l'iceberg des violences domestiques : plutôt trois femmes victimes par jour qu'une femme tous les trois jours** [2] .

Au-delà d'un décompte tragique et alarmant, ces disparitions témoignent des écueils encore trop importants dans la prise en charge des femmes victimes de violences, et ce malgré la grande implication du tissu associatif et de l'ensemble des professionnels intervenant dans le parcours de soin. Aussi, force est de constater que nombreuses sont les victimes qui n'osent pas franchir la porte d'une association ou d'un poste de police.

Qu'ils soient infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, psychologues, sages-femmes, dentistes, ambulanciers, podologues ou médecins ; **les professionnels de santé, que les femmes victimes rencontrent en moyenne six fois par an** [3]**, sont en première ligne pour repérer les violences qu'elles subissent**. En effet, 3 à 4 femmes sur 10 présentes dans les salles d'attente des médecins seraient victimes de violences domestiques [4], et 1 victime sur 5 a consulté en premier lieu un professionnel de santé à la suite d'un incident violent [5].

S'ils ont à cœur de proposer dans leur offre de soins une prise en charge efficiente des victimes qu'ils rencontrent, **nombreux sont les professionnels de santé inhibés par le manque de temps et de moyens et freinés par un sentiment de solitude et d'inefficacité**.

A l'occasion de la journée internationale des droits des femmes, **nous, professionnels de santé et soignants de tous horizons, rappelons notre mobilisation dans la lutte contre les violences faites aux femmes**, inhérente à notre engagement, et affirmons que **la détection des victimes est un acte médical à part entière**, auquel nous prenons toute notre part.

Conscients que nous sommes en première ligne pour lutter contre ce fléau, nous nous engageons à **manifester clairement notre implication dans cette lutte**, à **questionner systématiquement** notre patientèle, même en l'absence de signe d'alerte, à considérer l'impact des violences sur les enfants pour les protéger, et à accompagner, informer et orienter au mieux les victimes. Nous entreprenons **une réflexion continue sur notre manière d'exercer notre activité**, et ce dès notre formation, afin d'améliorer notre capacité à prendre en charge les victimes sur le long terme.

Parce que la détection et l'accompagnement des victimes requièrent une formation adéquate, nous affirmons qu'il est urgent de **mobiliser des moyens pour intégrer systématiquement la prévention des violences domestiques et intrafamiliales dans les formations des professionnels de santé**.

Nous nous efforçons d'assurer la **promotion de bonnes pratiques** auprès de nos pairs et de leur prêter notre concours lorsqu'ils le sollicitent, pour garantir la prise en charge la plus complète et efficace possible des victimes sur l'ensemble du territoire, et notamment dans les déserts sanitaires.

Pour offrir à chaque femme victime de violences, où qu'elle se trouve, les mêmes chances d'en sortir et de s'en sortir, nous affirmons la nécessité de nous entourer d'**un réseau pluridisciplinaire d'experts** (soignants, associations, services sociaux, police, justice...) pour un accompagnement global des victimes. **Nous accueillons toutes les initiatives portées par l'ensemble des acteurs investis dans cette lutte** afin de renforcer nos capacités et de disposer d'outils de prise en charge variés.

Pour que, collectivement, nous, victimes, témoins et professionnels, soyons moins démunis face à ce phénomène de société et l'attention qu'il nécessite.

Aux victimes qui n'osent pas parler et à leurs proches, nous vous assurons de notre plein soutien et vous le disons haut et fort : nous, soignants, saurons accueillir votre parole et mettrons tout en œuvre pour vous épauler dans vos démarches.

[1] www.feminicides.fr
[2] arretonslesviolences.gouv.fr
[3] ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php
[4] DECHENAUD M. Prévalence de la violence conjugale en soins primaires : une enquête auprès de 300 femmes en médecine générale dans la région Rhône Alpes et de 103 femmes au centre de planification ou d'éducation familiale de Bourg en Bresse. *Université Claude Bernard Lyon 1*; **2010**.
[5] www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2017

SIGNATAIRES

Nous remercions l'ensemble des 338 signataires qui se sont mobilisés en faveur de la Tribune GSF.
Nous portons d'une même voix l'action engagée dans la lutte contre les violences faites aux femmes

Lionel ABELANSKI • Sarah ABRAMOWICZ • Jocelyne ADRIANT • Christophe ALEVEQUE • Catherine ALLEGRET • Claude ALOMBERT • Anne ANGOTTI • Judith AQUIEN • Nadya AROUSSI • Ariane ASCARIDE • Association nationale des Sages-Femmes Libérales • Association nationale des Sages-Femmes Orthogénistes • Association nationale des Sages-Femmes Territoriales • Inès AYMARD • Anne AZOULAY • Odile BAGOT • Emilie BANNY DUCELIER • Séverine BARANDON • Marguerite BARANKITSE • Roselyne BARON • Françoise BAYOUMEU • Claire BEAUGEON • Richard BEDDOCK • Bérénice BEJO • Gabriela BELAID • Alice BELAÏDI • Joëlle BELAISCH-ALLART • Eric BERGER • Pascale BERNANOSE • Eléonore BERNHEIM • Michèle BERNIER • Marie-Astrid BERNON • Marie BERTIN LEDRU • Pascale BERTON • Mahaut BERTU • Sarah BIASINI • Catherine BONNET • Nadège BONNETON • Jérôme BOUAZIZ • Michel BOUJENAH • Justine BOULEKOUANE • Anne BOUVIER • Laetitia BOYER • Serge BOYER • Alexandre BRASSEUR • Karine BREACK-TOUZET • Florence BRETELLE • Nicolas BRIANCON • Clara BRICHANT-PETIT JEAN • Benoît BROUSSE • Marie-Laure BRY • Anne CAILLON • Anne CALLAC • Caroline CARASSO • Florence CARBONNEL • Damien CAREME • Séverine CARRA • Isabelle CARRE • Marie-France CASALIS • Clémentine CELARIE • Jean-Louis CHABERNAUD • Vanina CHAREYRE • Anne CHARRIER • Christelle CHAVATTE • Anne-Christine CHAZALY • Eric CHEYSSON • Christine CITTI • Collectif Libre et Inclusif pour Tous.tes • Dounia COESENS • Marion COIFFARD • Collège national des sages-femmes de France • Muriel COMBEAU • Florence COMTE • Fanny COTTENCON • Stéphanie CUILLIERE • Anne-Catherine CUNY • Jean-Philippe DAGUERRE • Eva DARLAN • Martin DARONDEAU • Adeline DARRAUX • Claude DAUSSY URVOY • Antoine DE BECO • Luc DE BERNIS • Hélène DE FOUGEROLLES • Sibel Bilal DE LA SELLE • Sophie DE LAMBILLY • Caroline DE PAUW • Antonia DE RENDINGER • Nathalie DE SOUSA SANTOS • Véronique DECOBERT • Simon DELECOUR • Mathilde DELESPINE • Emilie DELOZANNE • Marie DELTERME • François-Xavier DEMAISON • Michelle DEMESSINE • Mady DENANTES • Delphine DEPARDIEU • Emilie DEQUENNE • Isabelle DERRENDINGER • Philippe DESCAMPS • Lucile DESRUES • Armelle DEUTSCH • Marc DOMMERGUES • Marie DRUCKER • Julia DUCHAUSSOY • Alice DUFOUR • Virginie DURIEUX • Pascal ELBE • Emery EMERIMANA • Lucie EVRARD • Valérie FAILLAT • Nadia FARES • Femmes au delà des mers • Christiane FERAL-SCHUHL • Françoise FERICELLI • François FEROLETO • Hélène FERRARY • Otilia FERREIRA • Pierre FOLDES • Fabrice FORVEILLE • Nadia FOSSIER • Mélany GABOURY • Clémentine GALEY • Marine GALL • Arnaud GALLAIS • Adrien GANTOIS • Régis GARRIGUE • Julie GAYET • Laure GEISLER • Isabelle GELINAS • Marie GERARD • Arnaud GIDOIN • Stéphanie GILBERT • Christine GILLES • Fanny GILLES • Marie Eve GILLET • Isabelle GILLETTE-FAYE • Pierre-Yves GINET • Delphine GIRAUD • François GIRAUD • Amélie GLADING • Frédéric GLICENSTEIN • Tania GOMBERT • Yona GOUETTA-BARANES • Antoine GOUY • Candie GRANGE • Michael GREGORIO • Gérard GRELET • Emilie GUILBOT • Sophie GUILLAUME • Bernard GUILLON • Pascale GUILMOTEAU • Benoît HAMON • Gwendoline HAMON • Agnès HANNOIN • Amal Cherif HAOUAT • Rima HASSAN • Ghada HATEM • Damien HATON-PIETRIN • Michel HAZANAVICIUS • Serge HAZANAVICIUS • Hélène HECKENROTH • Bernard HEDON • Anne HEINRICH • Justine HELUAIN • Thibault HELUAIN • Natacha HENRY • Pierre HENRY • Annelise HESME • Pascale HOFFMANN • Christine HOLLEMAERT • Nathalie HOUTMAN-THUEGAZ • Marie-Claire HUJEUX • Maria IASAGKASVILI • Eugénie IZARD • Bernard JACQUETIN • Nathalie JANNIN • Patric JEAN • Maeva JEGO • Pauline JOLIOT • Charlotte JOURDAN • Samuel JOUY • Arthur JUGNOT • Juliette ARNAUD • Danièle KAPEL-MARCOVICI • Sam KARMANN • Angélique KUIPERS • Stéphanie LABARRE • Constance LABBE • Catherline LADOUSSE • Nelly LAGACHE • Sophie LAGACHE • Samiya LAMRANI • Marie Chantal LANDEAU • Yasmine LASRY • Vincent LAVOUE • Gilles LAZIMI • Samuel LE BIHAN • Caroline LE BRIS • Cédric LE BRIS • Pauline LE GOFF • Anne-Marie LECHARTIER • Delphine LECLERC • Sandrine LEFEBVRE • Rémi LEFEBVRE • Pauline LEFEVRE • Ingrid LEHUGEUR • Salomé LELOUCH • Virginie LEMOINE • Marie LE MOING • Elsa LEPOIVRE • Camille LESNE • Thierry LHERMITTE • Natacha LINDINGER • Brigitte LISO • Dominique LOUBOUTIN • Claudie LOUET • Bruno MADINIER • Gautier MAELE • Marjorie MAILLET FONTAINE • Laila MAJDOULI • Hélène MALMANCHE • Julie MAMOU MANI • Dominique MARCHASSON • Laure MARSAC • Brigitte MARTINEZ • Caroline MATIS • Jean-François MATTEI • Sophie MAURICE • Patric MAZAUD • Christine MENEZ-ORIEUX • Laetitia MERIOT • Véronique MICHON • Radu MIHAILEANU • Yann MIKAELOFF • Patrick MILLE • Perrine MILLET • Julia MOLKHOU • Carole MONTMARTIN • Adeline MORAT • Sophie MOREAU • Marguerite MOREL FLOUZAT • Florence MORLIGHEM • Sara MORTENSEN • Anna MOUGLALIS • Elisabeth MOURY • Morgane MOURY • Marie MYSOET • NAGUI • Honorin NAIMO • Israël NISAND • Jacky NIZARD • Dominique NOËL • Charlie NUNE • Mélanie PAGE • Raphaële PANAYE • Alysson PARADIS • Céline PASCAUD • Flavie PEAN • Laurence PECQUEUX • Sandrine PEIRI • Jérôme PELLERIN • Alix PELLETREAU • Christel PELON CREAC'H • Pierre PEROCHON • Nathalie PERRIER FITOUSSI • Valentine PETIT • Laura PETITCOLLOT • Alice PICARD • Marion PIERRE • Myriam PIERSON • Emmanuelle PIET • Alice POL • Marie-Anne POUMAER • Francis PUECH • Frédéric QUIRING • Marine RAVINET • Philippe REBBOT • Céline REDUREAU • Muriel REUS • Marion REVEILLET • Nour RICHARD-GUERROUDJ • Alexandra RICHERT • Claude RICHET • Claude-André RICHET • Pascale ROBIQUET • Sonia ROLLAND • Odile ROLLET • Boris ROMAN-DUBREUCQ • Claude ROSENTHAL • Anna ROY • Gérard SABATER • Muriel SALLE • Muriel SALMONA • Bruno SALOMONE • Davy SARDOU • Georges Elia SARFATI • Catherine SCHAUB • Barbara SCHULZ • Ariane SEGUILLON • Hélène SEUZARET • Tomer SISLEY • Olivier SITRUK • Société de Formation Thérapeutique du Généraliste • Benoît SOLES • Bruno SOLO • Marie SOULAT • Anne SUAREZ • Fabienne TAFURI • Brigitte TANDONNET • Nassiba TAOUD • Marie-Noelle TARDY • Frédéric TELLIER • Denis THERBY • Anne THERY • Alexandre THIBAULT • Florence THIBAUT • Martine TIBILETTI • Frances TIMBERLAKE • Sandrine TISON • Charlotte TOURMENTE • Florence TOUTLEMONDE-SARTHOU • Elisa TOVATI • Union Nationale et syndicale des Sages-Femmes • Christian VADIM • Patricia VASSEUR • Charlotte VECCHIO • Laurence VERFAILLIE • Jean VIALARD • Marie-Rose VIBERT • Richard VILLET • François VINCENTELLI • Marie VOGLIMACCI • Yvette WALLERICH • Severine WERQUIN MATTON • Aurelien WIIK • Jonathan ZACCAÏ

*Gynécologie Sans Frontières remercie plus personnellement **Olivier Sitruk**, ambassadeur engagé depuis de nombreuses années à nos côtés et qui a permis d'inscrire à cette tribune de nombreux noms de personnalités du monde de la culture.*

Docteur Serge Boyer, secrétaire général de GSF et le comédien Olivier Sitruk, ambassadeur GSF

Violence Santé Femme

Une coordination au service du déploiement de la plateforme GSF

violence santé femme.fr

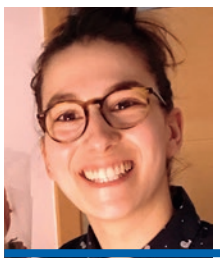
Engagée dans la lutte contre les violences faites aux femmes et la sensibilisation des professionnels à la prise en charge des victimes, Gynécologie Sans Frontières accueille depuis le 13 février dernier, une nouvelle salariée afin d'assurer la Coordination de la plateforme GSF : violencesantefemme.fr

Galatée Lapeyre, coordinatrice de la plateforme VSF est épaulée par Marylou Dupire, stagiaire en master 1, Solidarités et transition durable, parcours action humanitaire et solidarité internationale pour 6 mois et l'une de leur première mission a été d'assurer la campagne de lancement de la plateforme Violence Santé Femme le 8 mars dernier.

Une tribune publiée dans le Monde.fr appelant à soutenir la mobilisation des professionnels de santé dans leur action d'aide aux victimes de VFF et d'un appel à la mobilisation de tous les professionnels de santé, à venir s'inscrire sur la plateforme.

Nous remercions ici l'ensemble des signataires qui ont contribué à valoriser et à soutenir l'action de Gynécologie Sans Frontières.

De gauche à droite :
Marylou Dupire (stagiaire) Galatée Lapeyre (Coordinatrice plateforme Violence Santé Femme GSF)



Camifrance
Le bilan 2022

Agathe BERNARD
Coordinatrice CamiFrance

La mission CamiFrance a pour but l'accompagnement médico-psycho-social des femmes exilées et/ou en situation de précarité sur le territoire national.

Les bénévoles sont des professionnel.le.s de la santé materno-infantile, majoritairement des sages-femmes, et vont vers ces femmes aux parcours souvent difficiles et violents afin de les accompagner dans leur suivi médical. Au sein même des structures d'accueil, les bénévoles proposent différents formats d'interventions pour répondre aux besoins spécifiques d'un public généralement issu de la migration, autour des thèmes de la santé gynécologique, sexuelle et reproductive. Au-delà de quelques villes où les bénévoles apportent leur soutien à travers des consultations, la mission a avant tout pour but de « prendre soin » des femmes, en collectif ou en individuel.

Voici un récapitulatif de la mission CamiFrance pour l'année 2022 * :

19 spots actifs

66 structures partenaires

5 spots en développement

140 bénévoles

499 Demi-journées de bénévolat

** Données préliminaires : toutes les statistiques complètes seront à retrouver dans le rapport d'activités CamiFrance 2022, non finalisé au moment de la parution de l'article*

CARTE DES SPOTS AU 31 DECEMBRE 2022

19 spots actifs :

- Aix-en-Provence
- Département de l'Aude
- Brest
- Caminor2
- Camparis-IDF
- Draguignan
- Drôme-Ardèche
- Lorgues
- Lyon
- Marseille
- Metz
- Montereau-Fault-Yonne
- Nancy
- Nantes
- Nice
- Noyon-Compiègne
- Rennes
- Rouen
- Toulon

5 spots en développement

- Besançon
- Fréjus
- Lourdes
- Perpignan
- Tours

LES INTERVENTIONS

766 interventions dont :

- 391 consultations
- 163 ateliers collectifs
- 210 entretiens individuels
- 2 formations des pros

1372 personnes accompagnées dont :

- 1273 femmes
- 64 enfants
- 35 professionnel.le.s

SUIVI SPÉCIFIQUE

Nombre de suivi de grossesse	39
Nombre d'échographie	172
Nombre de femmes victimes de violences	152
Nombre de frottis	70
Nombre de contraception	44

Atelier auprès des adolescentes avec le jeu GSF « Relations et Préventions »

Atelier avec l'outil GSF photo-expression

Atelier Octobre Rose pour la prévention du cancer du sein

Outil Photo-expression GSF « *Femmes, Santé, exil…* »

ACCOMPAGNER L'EXPRESSION ORALE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

Apporter une nouvelle réponse à votre souhait d'animer des groupes de paroles, Gynécologie Sans Frontières y répond avec une proposition de visuels suffisamment généralistes pouvant convenir à l'animation de temps d'échanges, individuel et collectif, dans le domaine de la santé mais également dans les interventions du domaine social ou du domaine scolaire.

Cet outil « ***Femmes, santé, exil…*** » permet d'ouvrir la parole, d'encourager l'expression individuelle et collective, sans recourir à l'expression écrite ou à la lecture. Celui-ci a été développé début 2020, par et pour les acteurs bénévoles qui agissent auprès de Gynécologie Sans Frontières, dans le cadre de la mission CamiFrance dont l'objectif est de favoriser la prise en charge médico-psycho-sociale des femmes exilées en France.

L'outil ***Photo expression*** est disponible au prix de **70 euros** frais de port compris pour la France Métropolitaine.

Si vous voulez commander cet outil, contactez le siège social de GSF : **admin.gynsf@gmail.com** ou sur **gynsf.org/Fiches/PhotoExpression.pdf**

ILS SOUTIENNENT LA MISSION CAMIFRANCE

JHO, LA MARQUE JUSTE ET HONNÊTE ENGAGÉE AUPRÈS DE GSF DEPUIS 2018 POUR LA SANTÉ DES FEMMES !

A la suite du scandale sanitaire sans précédent sur la composition désastreuse des protections périodiques, Jho a été lancée en 2018 par Coline et Dorothée pour que les femmes aient enfin accès à des produits intimes sains, qui respectent leur santé. Ça c'était la base et ce qui ne serait jamais négociable dans toute l'histoire de Jho.

Mais, même si c'était déjà une mini révolution pour l'intimité et la santé de nos vagins, nous voulions aller plus loin. A notre petite échelle, nous voulions créer un cercle vertueux et avoir un impact positif et concret sur la vie du plus grand nombre de femmes. Alors, depuis notre lancement, nous avons décidé de reverser un pourcentage du montant de chaque achat à 5 (incroyables) associations. Elles ont toutes un point commun : elles prennent soin de femmes en situation de précarité et elles le font de manière géniale au quotidien.

Gynécologie sans frontières fut la première d'entre elles que nous avons soutenue ! Nous avons rencontré l'équipe de Gynécologie Sans Frontières à Nantes en 2018, et avons parlé des différents projets. La condition, le parcours et les besoins des femmes exilées nous ont particulièrement touchées et nous avons décidé de soutenir la mission Camifrance. Tous les 3 mois, nous reversons une partie de notre chiffre d'affaires à la mission, sous forme de financement ou sous forme de produits qui sont envoyés du siège jusqu'aux différents spots où sont prises en charge les femmes exilées en France. Cela fait donc 5 ans que nous observons la mission Camifrance prendre de l'ampleur et se structurer. Quelle satisfaction de contribuer, à notre tout petit niveau, à cette action essentielle !

ET CE N'EST QUE LE DÉBUT : EN 5 ANS, JHO S'EST BEAUCOUP DÉVELOPPÉ.

Nous sommes 20, surmotivés et super fiers, d'œuvrer tous les jours à adoucir la vie de milliers de femmes, que ce soit des utilisatrices de produits Jho ou des femmes bénéficiant des actions de nos associations partenaires.

Jho, c'est aujourd'hui la plus large gamme bio de protections périodiques en coton bio et soins intimes qui respecte ENFIN le corps des femmes. Notre objectif est de répondre aux besoins des femmes à chaque étape importante de leur vie, des premières règles à la ménopause.

Nous prenons soin de plus de 75 000 clientes en ligne, possédons quelques 300 boutiques partenaires et installons des distributeurs de protections périodiques dans de nombreuses entreprises, collectivités ou encore universités pour permettre à chaque femme de pouvoir disposer de protections périodiques, partout, tout le temps.

Le plus satisfaisant dans toute cette aventure est de voir à quel point nos valeurs « justes et honnêtes » et notre ADN solidaire touchent en plein cœur notre communauté de clientes et nos partenaires car en achetant nos produits, ils agissent concrètement.

Nous sommes vraiment heureux de voir que tous ensemble, nous pouvons faire bouger les lignes, que ce soit en proposant enfin des produits intimes respectueux de la santé ou en luttant chaque jour contre le tabou des règles et la précarité des femmes.

Nous sommes en tout cas extrêmement fiers de soutenir GSF et admiratifs du travail des bénévoles au quotidien pour les femmes. Bravo pour tout et … vous pouvez compter sur nous !

Photo communiquée par JHO : une partie de la dynamique équipe

BAÛBO EST FIÈRE D'ACCOMPAGNER POUR SA 3ÈME ANNÉE CONSÉCUTIVE GSF ET PLUS PARTICULIÈREMENT LES MISSIONS CAMIFRANCE

Baûbo – *prononcez ba-o-bo* – est la marque française sans tabou qui révolutionne le bien-être sexuel en proposant des soins intimes 100 % naturels et 100 % biologiques pour apaiser les peaux et muqueuses les plus sensibles. De plus en plus recommandés par des professionel.les de santé, les baumes Baûbo accompagnent les femmes à chaque étape de leur vie intime : grossesse, post-partum, ménopause… Le Baume, best-seller de la marque, est un soin vulvaire qui apaise les irritations légères après les rapports, l'accouchement, et hydrate et protège au quotidien.

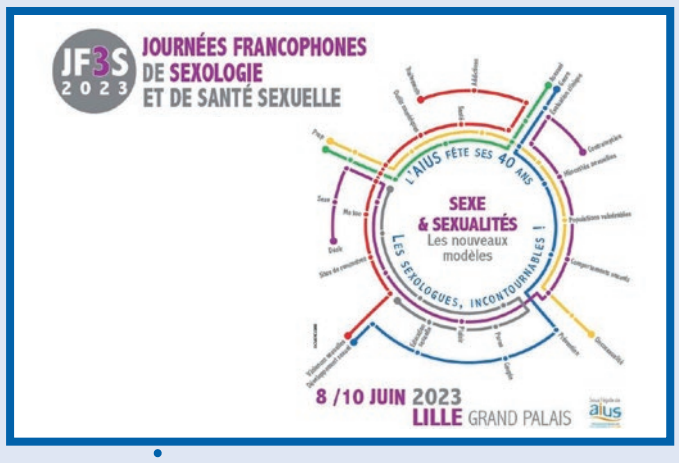
Les baumes Baûbo sont éco-conçus en verre recyclé et certifiés biologiques COSMOS ORGANIC, le label bio le plus exigeant d'Europe.

BAÛBO est aussi une entreprise labelisée B Corp, le label le plus pointu des entreprises à impact positif, qui utilisent leur force pour construire une économie plus inclusive et durable.

Découvrez Baûbo et son univers féministe et pop

www.baubo.fr **Instagram: @bauboparis**

Vous nous retrouvez !



www.gynsf.org

Assemblée Générale 2023

Adhérent.e avant le 30 mars 2023, pensez-y vous pouvez candidater avant le 30 mai 2023 et participer à l'élection pour rejoindre le conseil d'administration de Gynécologie Sans Frontières (5 postes à pourvoir).

Votre candidature doit être adressée au Président de Gynécologie Sans Frontières :

par mail à **admin.gynsf@gmail.com**
ou par envoi postal à GSF : 9 rue des trois croissants – 44000 NANTES

Vous voulez faire connaissance avec les actions menées et à venir ?

Participez à l'Assemblée Générale de Gynécologie Sans Frontières qui se tiendra à Nantes le :

Vendredi 30 juin 2023 de 10H à 12 H

Nous soutenir

HelloAsso

www.gynsf.org/faire-un-don

Visitez le comptoir !

C'est le double effet assuré : Faire plaisir et Œuvrer utile; faire un cadeau en apportant son soutien aux actions de GSF

Une information mensuelle sur nos actions, nos missions,...

Abonnez-vous à la newsletter !

Pour nous joindre

Roselyne Baron
Tel : 09 81 79 31 04

Elisabeth Vaz Do Pio
Tel : 09 81 05 52 24

admin.gynsf@gmail.com

Serge Boyer
Secrétaire Général GSF
serge.boyer83@orange.fr

Gynécologie Sans Frontières (GSF) - Siège social – 9 Rue des Trois Croissants – 44000 NANTES
Association loi 1901 - SIRET : 433 299179 00062 - APE : 8899B

don&adhésion

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

** GSF est une ONG d'Interêt Général, à ce titre la défiscalisation est de 75% ou de 66 % selon la législation en vigueur.*
Une attestation fiscale vous sera adressée en retour.

- ☐ **J'adhère** à l'association Gynécologie Sans Frontières et je m'acquitte de la cotisation annuelle d'un montant de **50 €**.
- ☐ Je suis **étudiant.e** ou j'ai **moins de 26 ans**, ma cotisation est réduite à **25 €**.
- ☐ **Je fais un don**** à l'association d'un montant de :
  ☐ 50 € ☐ 100 € ☐ Autre : ..... €

Adhésion en ligne
www.gynsf.org/devenir-membre/

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

*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
9 Rue des Trois Croissants
44000 NANTES
09 81 79 31 04 / 09 81 05 52 24
admin.gynsf@gmail.com

*** sauf mention explicite, un don égal ou supérieur à 50 euros ne vaut pas adhésion*
**** merci de l'attention portée à ces informations qui nous permettent de vous établir et adresser le reçu fiscal correspondant à votre adhesion et/ou don*