

02 **ÉDITORIAL**
La définition de l'accouchement normal, un pas vers l'application des bonnes pratiques
BENOÎT LE GOEDEC

LES DOSSIERS

05 **OBSTÉTRIQUE | MAÏEUTIQUE**
Accouchement normal. Accompagnement de la physiologie et interventions médicales
RECOMMANDATIONS DE LA HAS

10 **PÉDIATRIE**
DOSSIER **PRÉMATURITÉ**

DOSSIER PRÉMATURITÉ

Impact des modalités d'informations concernant la prématurité sur l'anxiété des patientes présentant un risque d'accouchement prématuré
CLÉMENCE DEKENS

SOS Préma, association d'aide aux parents d'enfants prématurés et nouveau-nés hospitalisés
MAURO ARMATI, SOS PRÉMA

16 **GYNÉCOLOGIE | OBSTÉTRIQUE**
RCIU ou PAG: quelles différences?
GUILLAUME GIRARD

19 **SANTÉ PUBLIQUE ÉPIDÉMIOLOGIE**
Réduire les inégalités professionnelles en réformant le congé de paternité - 2^e PARTIE
HÉLÈNE PÉRIVIER

25 **SCIENCES HUMAINES**
Impacts psychiques lors d'une annonce à l'échographie
DOMINIQUE MERG-ESSADI

31 **VIOLENCES FAITES AUX FEMMES**
Le psychotraumatisme dans les violences faites aux femmes
I. HANAFY, B. MARC, M. LECLERE, G. DIE

38 **HISTOIRE**
Les femmes et les mères du Bassin minier Lenois durant la Grande Guerre - 1^{re} PARTIE
JÉRÔME JANICKI



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

LES RUBRIQUES

- 42 KIOSQUE
- 43 FICHE TECHNIQUE
- 44 RECHERCHE
- 45 COMMUNIQUÉS
- 46 AGENDA EN BREF
- 46 CONGRÈS & FORMATIONS

LES ANNONCEURS

- C2 Grandir Nature
- C3 Air Liquide
- C4 Phénix Vivaltis
- 03 Nébilis
- 09 Médi Plus
- 37 DTF Médical
- 46 ANSFL
- 47 Association Nationale Natation & Maternité
- 47 NFERAIDO
- 47 Institut Naissance & Formation
- 48 Médicformation

OURS

COMITÉ DE RÉDACTION

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

SAGE-FEMME
Christine BUZENET, Sage-femme
christine.buzenet@orange.fr

CONCEPTION GRAPHIQUE

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

ÉDITION

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

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF
serge.kebabtchieff@eska.fr

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

FABRICATION

Marise URBANO
agpaedit@eska.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

adv@eska.fr

PUBLICITÉ - CONGRÈS COMMUNICATION

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

MARKETING - CONGRÈS PUBLICITÉ

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

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Mauro ARMATI, SOS Préma
Clémence DEKENS, Pédiatre, Beauvais
Guillaume GIRARD, Service de gynécologie obstétrique - Hôpital Trousseau - PARIS
Isis HANAFY, Psychologue-victimologue UMJ, Doctorante en neurosciences, Bernard MARC, M. LECLERE, G. DIE, Service des Urgences Médico-Judiciaires (U.M.J.) du Grand Hôpital de l'Est Francilien, G.H.E.F., site de Marne-la-Vallée, France
Jérôme JANICKI, Docteur en histoire des sciences de l'EHESS, Historien de la médecine (D.U. Paris Descartes) - Lens
Dominique MERG-ESSADI, Psychologue, Pôle de Gynécologie-Obstétrique et de Sénologie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Hélène PÉRIVIER, Co-responsable du Programme de Recherche d'Enseignement des Savoirs sur le Genre (PRESAGE), OFCE, Sciences Po Paris

FONDATEUR DE LA REVUE

Jean OSSART

Périodicité mensuelle

11 numéros par an. Tous les mois sauf août.

Vente au numéro 8,50 euros

Tous droits réservés. Les articles et tableaux ne peuvent être reproduits qu'avec l'autorisation de l'éditeur. Ceci recouvre: copie papier, intranet, internet, etc. L'ensemble des contributions constituant cette publication ainsi que le copyright et les droits d'auteurs sont la propriété exclusive des Éditions ESKA. Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Revue adhérente au S.N.P.M., membre de la F.N.P.S. Commission paritaire n° 0222 T 81395. Signataire de la Convention U.D.A. S.N.P.M. Dépôt légal: Février 2018

Couverture
Remerciements à SOS Préma pour la photo de couverture: Marie, bénévole SOS Préma, aux côtés de Laurence, maman de Joshua, né à 6 mois de grossesse (28 SA).

Pour vous abonner, retournez-nous le bulletin en **PAGE 36**.

La définition de l'accouchement normal, un pas vers l'application des bonnes pratiques

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, RÉDACTEUR EN CHEF

La Haute Autorité de Santé vient de publier une recommandation de bonne pratique sur l'accouchement normal.

La définition de l'accouchement normal est discutable. Par exemple, il n'est défini que par la présentation du sommet. La sage-femme étant définie, dans son champ de compétence, à la physiologie, il ne faudrait pas que les deux définitions s'entrechoquent et limitent en fin de compte l'expertise des sages-femmes. Le travail de cette recommandation sur la physiologie est insuffisant, même si celui sur l'accouchement normal peut sembler satisfaisant pour modifier les pratiques institutionnelles.

La sécurité affective, l'environnement et le bien-être de la femme, de l'autre parent et de l'enfant sont au cœur de cette recommandation. La nécessité d'obtenir le consentement des femmes pour tout acte est réaffirmée (bien que pourtant faisant déjà l'objet de la loi Kouchner) et les protège ainsi de pratiques abusives ou vécues difficilement.

L'entretien prénatal précoce, le projet de naissance sont à encourager pour aider la femme et le couple à formuler leurs préférences.

Mais il va falloir que les professionnels se forment et revoient leurs paradigmes. L'Entretien Prénatal Précoce est en effet très loin d'être effectué par la majorité des femmes et effectué tel qu'il est défini.

De plus, quand il est noté dans cette recommandation d'informer les femmes des « *limites que l'organisation impose quant au libre choix du praticien ou à la disponibilité de certains moyens et techniques* », ou que certaines pratiques recommandées se voient accompagnées entre parenthèses de « *un praticien par femme* », se questionne la volonté réelle de voir se modifier les pratiques et les organisations pour pouvoir appliquer ces règles de bonnes pratiques.

Ce n'est pas à la patiente de s'adapter aux organisations des services mais l'inverse.

Ou alors, il faut espérer que la réécriture des plans de périnatalité entérine ces bonnes pratiques, ainsi que la recommandation du Collège National des Sages-Femmes sur l'usage de l'ocytocine et modifie les obligations réglementaires afin de se rapprocher du *one to one care* en salle de naissance. Enfin, il serait bien de prévoir une évaluation, professionnel par professionnel, de la mise en place et de l'effet de ces recommandations sur les indicateurs de santé.

Par ailleurs, quatre ministères (Égalité entre les hommes et les femmes, Santé, Économie et Travail) ont demandé un rapport conjoint à l'IGAS sur le congé maternité et le congé paternité afin de revoir la durée, les différents régimes pour les femmes, la durée et l'éventuelle obligation pour les hommes. Cela pourrait, pour ce dernier point, amener à un changement de paradigme de la construction binaire masculin/féminin, sphère publique/sphère privée et agir bien au-delà de la parentalité.

Enfin, les lois de bioéthique sont en cours de relecture et de réécriture. De nombreux sujets sont abordés, dont beaucoup concernent notre domaine d'expertise. Alors, les sages-femmes n'étant pourtant pas souvent auditionnées, emparons-nous de la consultation citoyenne pour faire valoir notre regard spécifique sur ces sujets qui nous engagent tous ainsi que les générations futures. •

Ce n'est pas à la patiente de s'adapter aux organisations des services mais l'inverse.

Nébilia®

L'équilibre nutritionnel de Bébé au quotidien



**SANS HUILE
DE PALME**

Enrichi en bifidus

Enrichi en oméga 3 et 6

Convient aussi en relais
ou complément de
l'allaitement maternel

Bénéficiez de -10% sur notre
boutique internet*
avec le code promo

PRONEB18

Offre valable jusqu'au 30/04/2018

*Sauf sur Nébilia® 1



Fabriqué en
FRANCE

www.nebilia.fr



Matilia & Nébilia



[matiliaetnebilia](https://www.instagram.com/matiliaetnebilia)

LES DOSSIERS

05

OBSTÉTRIQUE/MAÏEUTIQUE

Accouchement normal.
Accompagnement de la
physiologie et interventions
médicales

RECOMMANDATIONS DE LA HAS

19

SANTÉ PUBLIQUE

Réduire les inégalités
professionnelles
en réformant le congé
paternité 2^e PARTIE

HÉLÈNE PÉRIVIER

10

PÉDIATRIE

DOSSIER PRÉMATURITÉ

Impact des modalités
d'informations concernant
la prématurité sur l'anxiété
des patientes présentant
un risque d'accouchement
prématuré

CLÉMENCE DEKENS

SOS Préma, association
d'aide aux parents d'enfants
prématurés et nouveau-nés
hospitalisés

MAURO ARMATI, SOS PRÉMA

25

SCIENCES HUMAINES

Impacts psychiques
lors d'une annonce à
l'échographie

DOMINIQUE MERG-ESSADI

31

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Le psychotraumatisme
dans les violences faites
aux femmes

I. HANAFY, B. MARC, M. LECLERE, G. DIE

16

GYNÉCOLOGIE

RCIU ou PAG : quelles
différences ?

DR GUILLAUME GIRARD

38

HISTOIRE

Les femmes et les mères du
Bassin minier Lenois durant
la Grande Guerre 1^e PARTIE

JÉRÔME JANICKI

Accouchement normal

ACCOMPAGNEMENT DE LA PHYSIOLOGIE ET INTERVENTIONS MÉDICALES

RECOMMANDATIONS DE LA HAS, DÉCEMBRE 2017

MIEUX ACCOMPAGNER LES FEMMES LORS D'UN ACCOUCHEMENT

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DE LA HAS - 25 JANVIER 2018

Chaque année, près de 800 000 naissances ont lieu en France et, pour la majorité des femmes, l'accouchement se déroule sans complications. Or, la prise en charge des accouchements se caractérise souvent par une forte médicalisation au détriment parfois des préférences des femmes et du couple. Face à ce constat, la HAS publie pour la première fois des recommandations pour aider les professionnels de la naissance à ajuster leurs interventions compte tenu des attentes des femmes dont l'accouchement présente un risque faible.

L'accouchement est un moment unique dans la vie d'une femme et d'un couple. S'il s'agit d'un acte fréquent pour les professionnels de santé, ils doivent néanmoins rester vigilants pour garantir la sécurité de la mère et de l'enfant. Ainsi, afin de réduire la mortalité infantile et maternelle, le niveau de médicalisation et de technicisation de l'accouchement s'est considérablement accru, y compris pour la majorité des femmes enceintes dont l'accouchement se déroule sans complications. Or les femmes enceintes souhaitent de plus en plus bénéficier d'une prise en charge plus respectueuse de la physiologie de la naissance.

Le développement d'unités dites « physiologiques » au sein des services de maternité et l'expérimentation en cours de maisons de naissance répondent, en partie, à cette demande. Pour aller plus loin, la HAS publie des recommandations pour l'ensemble des services de maternité et des professionnels de santé qui y exercent sur l'accompagnement de l'accouchement à bas risque obstétrical. L'objectif est de garantir la sécurité de la mère et de l'enfant tout en répondant à la demande des femmes de réduire au minimum nécessaire les interventions médicales.

Permettre aux femmes d'être actrices de leur accouchement

Pour la HAS, la qualité du dialogue entre les femmes et les professionnels de santé est primordiale. Un des principaux objectifs de ses recommandations est de l'instaurer. Il doit permettre aux unes de formuler leurs attentes et aux autres d'y répondre de manière adéquate. En corollaire, la HAS insiste sur les informations à délivrer aux femmes et aux

couples : elles doivent être claires et loyales, concerner les différentes étapes de l'accouchement ainsi que l'ensemble des interventions médicales possibles ou nécessaires durant le travail et l'accouchement.

Comment accompagner et surveiller un accouchement normal ?

Les recommandations de la HAS s'appliquent à toutes les femmes enceintes en bonne santé qui présentent un faible risque obstétrical pendant leur grossesse et jusqu'à l'accouchement. On parle d'accouchement normal quand celui-ci débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail. La prise en charge et les modalités mises en place par l'équipe de la maternité sont adaptées pour respecter le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement. Pour les femmes ayant fait le choix d'accoucher en unité physiologique ou en maison de naissance, la HAS a précisé les interventions qui peuvent être incluses ou non dans leur prise en charge.

De manière générale, tant que les risques obstétricaux – réévalués en continu – restent faibles, la HAS recommande de limiter les interventions techniques et médicamenteuses au minimum nécessaire dans le respect du choix des femmes : surveillance continue du rythme cardiaque, prise en charge de la douleur par des interventions non médicamenteuses ou par une analgésie loco-régionale (analgésie péridurale, rachianalgésie, péri-rachi combinée). Il est à noter que certaines interventions, nécessaires à la sécurité de la mère ou de l'enfant, ne permettent plus de considérer l'accouchement comme normal : le déclenchement du travail, une intervention instrumentale (à l'aide de forceps, ventouse...) ou encore une césarienne.

Préférer un accompagnement personnalisé à des pratiques systématiques

Les recommandations de la HAS ont été élaborées dans une logique pragmatique et chronologique pour mentionner les pratiques qu'il convenait d'appliquer ou de modifier. Chaque stade du travail est concerné, par exemple : ne pas multiplier les touchers vaginaux, soutenir la femme dans son choix non médicamenteux de prise en charge de la douleur ou la laisser pousser de la manière qui lui semble la plus efficace, etc.

À l'occasion de son travail, la HAS rappelle des recommandations qui valent pour tout type d'accouchement. Ainsi, il est recommandé de ne pas recourir à l'expression abdominale pendant le travail ou l'expulsion. En effet, le vécu traumatique des femmes et de leur entourage et l'existence de complica-

tions, rares mais graves, justifient l'abandon de cette technique. Par contre, il est recommandé d'administrer systématiquement de l'oxytocine au moment de l'expulsion afin de prévenir les hémorragies du post-partum. La HAS préconise également de ne pas réaliser d'épisiotomie systématique y compris chez la femme qui accouche pour la première fois : ce recours doit se fonder sur l'expertise clinique de l'accoucheur.

Une fiche mémo pour accueillir le nouveau-né

La HAS propose une fiche mémo qui complète le travail sur l'accouchement et s'attache à la prise en charge immédiate du nouveau-né à terme en salle de naissance. L'esprit de cette fiche mémo est le même que celui sur l'accompagnement de

l'accouchement à bas risque obstétrical : respect des temps physiologiques de la naissance et bienveillance des parents et de l'enfant. L'objectif est là aussi d'améliorer et garantir la qualité et la sécurité des soins qui sont prodigués au nouveau-né tout en laissant davantage de place à la relation mère-enfant. La HAS préconise de privilégier le contact précoce entre la mère et l'enfant dès lors que l'état de santé de ce dernier est jugé satisfaisant. L'institution recommande ainsi de proposer à la mère de placer aussitôt son nouveau-né en peau à peau ou encore d'encourager l'allaitement. Enfin, elle détaille les interventions médicamenteuses et techniques qui doivent être entreprises avec le consentement des parents et en leur présence quand cela est possible.

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE



OBJECTIFS

- Définir pour les femmes à bas risque obstétrical les modalités de prise en charge respectueuses du rythme et du déroulement spontané de la naissance et des préférences des femmes.
- Améliorer et garantir la qualité et la sécurité des soins de la mère et du nouveau-né.

MESSAGES CLÉS

- Il est nécessaire d'informer les femmes et les couples afin de les aider à faire des choix éclairés et d'établir une discussion avec l'équipe soignante permettant de prendre en compte au mieux leurs préférences et leurs attentes (exprimées éventuellement dans un projet de naissance, compatible avec la sécurité, l'hygiène ou les protocoles établis), et de rendre ainsi la femme actrice de son accouchement.
- *Primum non nocere* : ces recommandations visent à abandonner les pratiques systématiques pour ne garder que celles qui sont scientifiquement justifiées.
- L'accompagnement de la physiologie d'un accouchement normal nécessite une surveillance adaptée.
- La prise en charge de la douleur par des moyens médicamenteux ou non médicamenteux est indispensable.
- Paradoxalement, beaucoup de données manquent dans le champ de la physiologie de l'accouchement des femmes à bas risque obstétrical. Des moyens financiers et organisationnels sont à mettre en œuvre afin d'évaluer ces pratiques.

FEMMES CONCERNÉES

Sont concernées les femmes enceintes en bonne santé présentant un risque obstétrical bas durant le suivi de grossesse et avant l'accouchement sur le lieu de naissance. Les critères d'éligibilité des femmes concernées sont définis dans la recommandation de bonne pratique publiée par la HAS en 2007 sur le suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées¹.

Sont exclus notamment les femmes présentant un utérus cicatriciel, une grossesse gémellaire, une suspicion de retard de croissance ou un poids selon l'âge gestationnel, un diabète gestationnel, une présentation céphalique défléchie et par le siège ; les accouchements prématurés. Le niveau de risque obstétrical est réévalué avant le début de l'accouchement. Chez une femme enceinte en bonne santé, le déroulement de l'accouchement peut être considéré comme normal aussi longtemps qu'il n'y a pas de complication. Dès qu'une complication survient, il convient d'appliquer les recommandations spécifiques.

Un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail.

Cette situation (quant aux risques évalués en continu) perdure tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère.

Il permet la mise en place dans un climat serein d'un certain nombre d'attentions favorisant le bien-être maternel et familial et l'attachement parents/enfant.

Les modalités de prise en charge de l'accouchement normal respectent le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement. L'accouchement normal exclue donc le déclenchement et se caractérise par un déroulement spontané qui peut s'accompagner, selon les préférences des femmes et en fonction de l'évolution de la situation clinique de la mère et de l'enfant, de l'une ou l'autre (voire successivement, par choix ou par nécessité) des modalités suivantes :

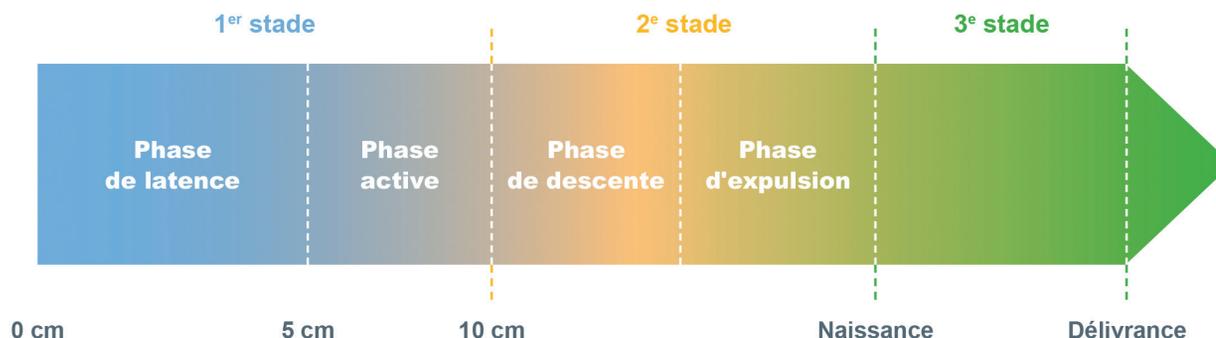
- **un accompagnement de la physiologie de l'accouchement**, qui peut cependant inclure des interventions telles que l'amniotomie, l'antibioprophylaxie, l'administration prophylactique d'oxytocine au 3^e stade du travail ou encore la pose d'une voie veineuse ;

1. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mise à jour mai 2016. La Plaine Saint-Denis : HAS ; 2016.

- **des interventions techniques et médicamenteuses minimales** réduites aux données de la science qui, lorsqu'elles sont nécessaires, sont destinées à assurer la

sécurité et le confort de la mère et de l'enfant. Elles peuvent comprendre par exemple l'administration d'oxytocine pour accélérer le travail et l'analgésie locorégionale.

LES DIFFÉRENTS STADES DU TRAVAIL



ACCOMPAGNEMENT DE LA PHYSIOLOGIE ET INTERVENTIONS MÉDICALES POSSIBLES À L'ADMISSION ET AU COURS DU PREMIER STADE DE L'ACCOUCHEMENT NORMAL

DÉFINITION

Premier stade du travail

- Début: 1^{res} contractions régulières. Fin: dilatation cervicale complète.
- Passage de la phase de latence à la phase active: 5-6 cm de dilatation cervicale.

SURVEILLANCE DE LA FEMME

Admission

Il est recommandé de :

- Prendre connaissance du dossier de suivi de grossesse et de l'éventuel projet de naissance; réaliser une anamnèse;
- Évaluer la fréquence, l'intensité et la durée des CU;
- Enregistrer la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la température et le résultat de la BU;
- Demander si la femme a eu un écoulement vaginal;
- Mesurer la HU et réaliser une palpation utérine;
- Proposer un TV si la femme semble être en travail.

Premier stade du travail

- Utiliser un partogramme au plus tard au début de la phase active, avec une échelle adaptée à l'histoire naturelle, sans lignes d'alerte/d'action.
- En l'absence d'événements intercurrents, il est recommandé :
 - d'évaluer la fréquence des CU toutes les 30 minutes et durant 10 min. au cours de la phase active,
 - d'évaluer la fréquence cardiaque, la tension artérielle et la température toutes les 4 h,
 - de surveiller et noter les mictions spontanées,
 - de proposer un TV toutes les 2 à 4 h, avant si la patiente le demande, ou en cas de signe d'appel.
- Adapter la surveillance en cas d'ALR ou d'administration d'oxytocine pendant le travail.

SURVEILLANCE DU RCF

Admission

- S'assurer que la femme a perçu des mouvements fœtaux dans les 24 h avant l'admission (C).
- Évaluer l'état initial de l'enfant à naître :
 - soit à l'aide d'une AI durant une contraction et immédiatement après, pendant au moins 1 min (à répéter plusieurs fois de suite si changement), en palpant le pouls maternel (un praticien par femme);
 - soit à l'aide d'un enregistrement continu par CTG pendant 20 min à interpréter à l'aide d'une classification (cf. FIGO ou CNGOF).

- Après avoir préalablement informé la femme des bénéfices/risques de chaque technique, laisser le choix à la femme d'une surveillance continue (par CTG), ou discontinue (par CTG ou AI) si les conditions d'organisation de la maternité et la disponibilité permanente du personnel le permettent (un praticien par parturiente en cas d'AI).

Premier stade du travail

- Surveillance discontinue pendant la phase active du 1^{er} stade du travail : toutes les 15 min pendant la contraction et immédiatement après durant au moins 1 min (si AI au Doppler), en vérifiant le pouls maternel et lors de la survenue de tout événement (avec un praticien par femme).
- Surveillance en continue par CTG : interpréter à l'aide d'une classification (cf. FIGO ou CNGOF).
- Assurer la traçabilité du RCF quel que soit le mode de surveillance.

BIEN-ÊTRE DE LA FEMME

Admission

- S'enquérir des souhaits/demandes et besoins physiologiques et émotionnels.

Premier stade du travail

- Favoriser les appareils de monitoring permettant une mobilité et le confort des femmes.
- Autoriser la consommation de liquides clairs (eau, thé sans lait/ café noir, sucrés ou non, boissons gazeuses ou non, jus de fruit sans pulpe) sans limitation de volume, chez les patientes ayant un faible risque d'anesthésie générale (B).
- Ne pas autoriser la consommation d'aliments solides durant la phase active.
- Mettre en œuvre les moyens humains et matériels nécessaires permettant aux femmes de changer régulièrement de position afin d'améliorer leur confort et de prévenir les complications neurologiques posturales.
- Sous ALR la femme peut se mobiliser ou déambuler sous réserve de l'existence d'un protocole formalisé et spécifique incluant la traçabilité et la durée des postures, la surveillance et la prévention des compressions (C).

INTERVENTIONS NON MÉDICAMENTEUSES

Premier stade du travail

- Faire bénéficier toutes les femmes d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté à leur demande (B).
- Accompagner les femmes dans leur choix en termes de moyens non médicamenteux souhaités (immersion, relaxation, acupuncture, hypnose ou massages) pour prendre en charge la douleur.

INTERVENTIONS MÉDICALES POSSIBLES

Premier stade du travail

- En phase active de travail, proposer une intervention si la vitesse de dilatation est inférieure à 1 cm/4 h entre 5 et 7 cm ou inférieure à 1 cm/2 h au-delà de 7 cm :
 - en 1^{re} intention, une amniotomie si les membranes sont intactes ;
 - une administration d'oxytocine si les membranes sont déjà rompues et les CU jugées insuffisantes.
- Antibiotrophylaxie :
 - en cas de SGB + (B) ;
 - en cas de rupture des membranes à terme au-delà de 12 h sans mise en travail (A) ; surveillance à adapter et infection à rechercher (au minimum NFS, BU et prélèvement vaginal).

PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DE LA DOULEUR

Admission

- Évaluer la douleur à l'aide d'une échelle validée (type EVA, ENS) et proposer différents moyens de la soulager.

Premier stade du travail

- La demande d'une analgésie est guidée par l'intensité de la douleur ressentie : évaluer la douleur à l'aide d'une échelle validée (type EVA, ENS).
- Offrir aux femmes qui le souhaitent une technique d'ALR (méthode la plus sûre et la plus efficace), sans limite de dilatation cervicale minimale exigée (A). Proposer une analgésie faible dose pour respecter le vécu de l'accouchement en limitant le bloc sensitivomoteur, et favoriser la mobilité (faible concentration d'anesthésique local associé à des morphiniques liposolubles et/ou clonidine) (A). L'ALR faible dose n'induit pas d'excès d'extraction instrumentale, ni de césarienne, ni d'effet secondaire pour le fœtus et le nouveau-né.
- Ne pas administrer systématiquement un remplissage vasculaire (grade B). Entretenir l'ALR préférentiellement au moyen d'une pompe d'auto-administration par la femme (A). Proposer une rachianalgésie faible dose ou une rachianalgésie combinée à une péridurale pour obtenir une analgésie plus rapide sans bloc-moteur si la dilatation cervicale est trop avancée (C).
- Alternatives à l'ALR en cas de contre-indication, d'échec ou de refus de celle-ci, d'indisponibilité d'accès ou dans l'attente de celle-ci (phase de latence hyperalgique et si la femme est demandeuse) : MEOPA, opiacés, bloc honteux.

ACCOMPAGNEMENT DE LA PHYSIOLOGIE ET INTERVENTIONS MÉDICALES POSSIBLES AU COURS DES DEUXIÈME ET TROISIÈME STADES DE L'ACCOUCHEMENT NORMAL

DÉFINITION

Deuxième stade du travail

- Début : dilatation cervicale complète. Fin : naissance de l'enfant.
- Phase de descente/phase d'expulsion.

Troisième stade du travail

- Début : naissance de l'enfant. Fin : délivrance.

SURVEILLANCE DE LA FEMME

Deuxième stade du travail

- En l'absence d'événements intercurrents :
 - poursuivre l'utilisation du partogramme ;
 - évaluer la fréquence cardiaque, la tension artérielle et la température toutes les heures ;
 - évaluer la fréquence des CU toutes les 30 minutes et durant 10 minutes ;
 - surveiller et noter les mictions spontanées ;
 - proposer un TV toutes les heures.

Troisième stade du travail

- Surveillance rapprochée de la mère pendant le 3^e stade et les deux heures suivant l'accouchement : mesurer à intervalle régulier le pouls, la tension artérielle, les saignements et le globe utérin.
- Laisser à l'appréciation des équipes en salle de naissance l'utilisation systématique d'un sac de recueil pour la quantification des pertes sanguines.

SURVEILLANCE DU RCF/DE L'ENFANT

Deuxième stade du travail

- Laisser le choix aux praticiens et aux femmes entre l'AI toutes les cinq minutes (avec un praticien par femme), et l'enregistrement continu du RCF par CTG (à interpréter à l'aide d'une classification, cf. FIGO ou CNGOF).

Troisième stade du travail

- Cf. Fiche mémo sur l'accueil du nouveau-né en salle de naissance (2017).

BIEN-ÊTRE DE LA FEMME ET DE SON ENFANT

Deuxième stade du travail

- Idem 1^{er} stade du travail.

Troisième stade du travail

- Cf. Fiche mémo sur l'accueil du nouveau-né en salle de naissance (2017).

INTERVENTIONS NON MÉDICAMENTEUSES

Deuxième stade du travail

- Idem 1^{er} stade du travail.

Troisième stade du travail

- Informer les femmes qu'une délivrance, sans recours à l'administration d'agents utéro-toniques, augmente le risque d'HPP > 500 ml et de transfusion maternelle, ainsi que la durée de la délivrance, y compris chez les femmes à bas risque.

PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DE LA DOULEUR

Deuxième stade du travail

- Idem 1^{er} stade du travail.

Troisième stade du travail

- En cas de gestes endo-utérins ou périnéaux, proposer une rachianalgésie faible dose ou une rachianalgésie combinée à une péridurale chez les femmes sans analgésie, voire renforcer l'ALR déjà établie si besoin.

INTERVENTIONS MÉDICALES

Deuxième stade du travail

- Interventions médicales possibles mais non systématiques :
 - amniotomie (membranes le plus souvent déjà rompues) ;
 - administration d'oxytocine (au bout de deux heures à dilatation complète si la patiente ne ressent pas d'envie de pousser et que la présentation n'a pas atteint le détroit moyen, en cas de dynamique utérine jugée insuffisante) ;

- rotation manuelle de la tête fœtale des variétés postérieures et transverses (en cas de prolongation du 2^e stade);
- incitation ou direction des efforts expulsifs;
- extraction instrumentale;
- épisiotomie;
- césarienne.
- Ne pas débiter les efforts expulsifs dès l'identification d'une dilatation complète mais laisser descendre la présentation du fœtus (A).
- Afin de diminuer la durée des efforts expulsifs et le taux de naissance opératoire (césarienne ou extraction instrumentale), et si les états maternel et fœtal le permettent, débiter les efforts expulsifs en cas d'envie impérieuse maternelle de pousser ou lorsque la présentation a atteint au moins le détroit moyen.
- Laisser pousser la femme de la manière qui lui semble la plus efficace.
- Ne pas recourir à l'expression abdominale (B).
- Pas de données suffisantes pour recommander : ni la technique de dégagement de la tête fœtale, ni l'accompagnement du mouvement de rotation de restitution de la tête fœtale, ni l'application de compresses chaudes. La manœuvre de Ritgen (B) et la pratique de massage périnéal (C) ne sont pas recommandées.
- Ne pas utiliser en systématique un échographe en salle de naissance pour déterminer l'orientation de la présentation (B).

- Informer le gynécologue-obstétricien en cas de non-progression du fœtus après deux heures de dilatation complète avec une dynamique utérine suffisante.

Troisième stade du travail

- Pour tous les accouchements par voie basse, administrer de l'oxytocine afin de diminuer l'incidence des HPP (A), au moment du dégagement des épaules ou dans les minutes qui suivent la naissance, sinon après la délivrance (B). Pas de traitement d'entretien systématique par oxytocine recommandé après un accouchement par voie basse.
- Pour prévenir le risque d'HPP après un accouchement par voie basse, pas d'efficacité démontrée pour aucun des gestes suivants : vidange systématique de la vessie, moment particulier de clampage du cordon (B), drainage systématique du cordon, traction contrôlée du cordon (grade A), mise au sein précoce (C), massage utérin systématique (A).
- Pas de position particulière pendant le travail ou la délivrance à recommander pour prévenir l'HPP.
- En cas de rétention placentaire, l'administration d'oxytocine par voie intra-funiculaire ou par voie IV ou IM n'est pas efficace. Pratiquer alors une délivrance artificielle (A).
- En l'absence de saignements, réaliser la délivrance artificielle à partir de 30 minutes suivant la naissance, sans dépasser 60 minutes.

Al : auscultation intermittente ; ALR : analgésie locorégionale ; CU : contraction utérine ; HU : hauteur utérine ; BU : bandelette urinaire ; CNGOF : collège national des gynécologues obstétriciens francophones ; CTG : cardiocardiographie ; FIGO : International Federation of Gynecology and Obstetrics ; HPP : hémorragie du post-partum ; IM : intra-musculaire ; IV : intra-veineuse ; RCF : rythme cardiaque fœtal ; TV : toucher vaginal.

GRADE DES RECOMMANDATIONS

- A : Preuve scientifique établie C : Faible niveau de preuve
 B : Présomption scientifique D : Accord d'experts

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr




MediPlus est partenaire de GENERAL ELECTRIC depuis plus de 10 ans

Nous assurons la commercialisation des échographes VOLUSON reconditionnés-certifiés par le constructeur

MediPlus, la solution technologique au meilleur prix, en toute sécurité

**N'hésitez pas à prendre contact avec Pierre Briand
 au 01 30 15 78 43 ou sur p.briand@medi-plus.fr**



Voluson P6



Voluson S6



Voluson S8



Voluson E8



MediPlus Ultrasound



MediPlus Ultrasound



www.medi-plus.fr



01 30 15 78 43

Impact des modalités d'informations concernant la prématurité sur l'anxiété des patientes présentant un risque d'accouchement prématuré

PAR CLÉMENTINE DEKENS, PÉDIATRE À BEAUVAIS

La prématurité est une naissance avant le terme normal. Pour la définir, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'âge gestationnel est un critère nécessaire et suffisant : est prématurée, toute naissance avant le terme de 37 Semaines d'Aménorrhée (SA) révolues (avant 8 mois de grossesse). En France, la limite pratique de viabilité est estimée à 24-25 SA et/ou un poids de naissance d'au moins 500 g.

La prématurité se décrit selon le terme (Figure 1). On distingue habituellement deux types de prématurité : **la prématurité spontanée** et **la prématurité induite ou provoquée**. Cette dernière est décidée par l'équipe médicale du fait de risques fœtaux ou maternels, aboutissant en pratique à un déclenchement du travail ou à une naissance par césarienne.

La prématurité induite représente 45 % des cas de grande prématurité en France^[1]. Elle survient le plus souvent dans un contexte de prééclampsie, d'hématome rétro-placentaire, de retard de croissance intra-utérin (RCIU), de souffrance fœtale aiguë, diabète maternel instable, maladie maternelle

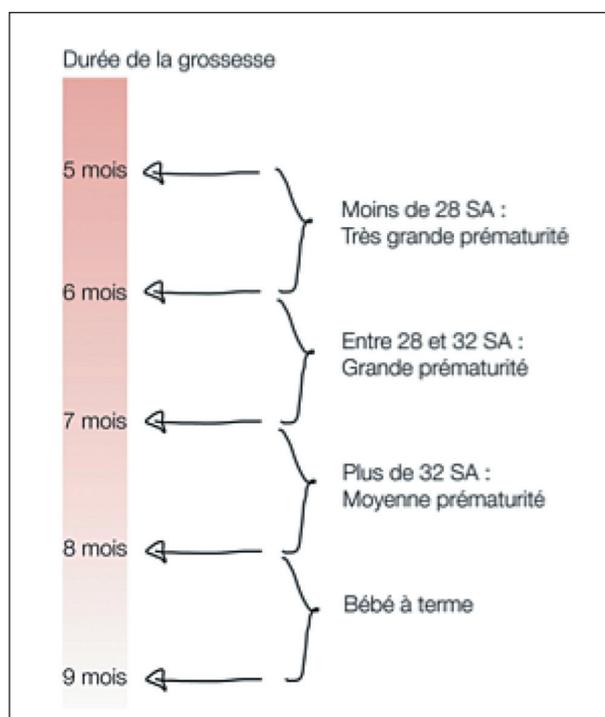


Figure 1 : Les stades de prématurité

Les grossesses multiples constituent, quant à elles, un facteur de risque important de grande prématurité; en effet le risque d'accouchement avant 33 SA est 5 à 15 fois plus élevé en cas de grossesse multiple.

grave. L'âge maternel supérieur à 35 ans en est un facteur de risque, car il augmente de fait les pathologies hypertensives maternelles ainsi que les éclampsies, qui conduisent à des extractions fœtales avant terme. Les grossesses multiples constituent, quant à elles, un facteur de risque important de grande prématurité; en effet le risque d'accouchement avant 33 SA est 5 à 15 fois plus élevé en cas de grossesse multiple. Leur proportion est en constante augmentation du fait des progrès de la procréation médicalement assistée.

La prématurité spontanée survient après une rupture prématurée des membranes ou après une mise en travail spontanée. La rupture prématurée des membranes peut elle-même être favorisée par les infections, comme la chorioamniotite. D'autres facteurs favorisant la prématurité spontanée sont connus comme la béance cervico-isthmique, les malformations utérines, les conditions socio-économiques défavorables, le stress physique ou psychique, les antécédents d'accouchement prématuré, le diabète, l'hydramnios, les âges maternels extrêmes.

La prématurité moyenne (entre 33 et 36 SA) représente 80 % des prématurés. Ces enfants ont en grande partie un pronostic favorable, puisque 95 % survivront et seuls 5 % auront des séquelles. Les grands prématurés (entre 28 et 32 SA) et les très grands prématurés (entre 24 et 28 SA) ont un pronostic moins favorable qui dépendra notamment de l'âge gestationnel, le pronostic étant d'autant plus péjoratif que l'âge gestationnel est bas (les séquelles peuvent atteindre 15 à 30 % des survivants chez les très grands prématurés). Pour ces deux dernières catégories, les progrès dans la prise en charge périnatale ont été très importants dans les trente dernières années^[2].

Le taux de mortalité chez les nouveau-nés prématurés dépend en grande partie de l'âge gestationnel ainsi que du poids de l'enfant à la naissance. La mortalité est inversement proportionnelle à ces deux variables. Plus l'âge gestationnel est bas, plus le taux de survivants sera faible. De même, plus le poids de naissance est faible et plus la mortalité sera élevée.

Le pronostic dépendra de l'âge gestationnel de l'enfant, de son poids de naissance et de la cause de sa prématurité. Ainsi un bébé né au-delà de 32 semaines présentera un risque de mortalité et de séquelles très faible (< à 5 %), alors que dans le cas d'une naissance en dessous de 32 semaines et un poids inférieur à 1000 g, il y aura une augmentation très nette de la fréquence des complications, tant d'un point de vue de la mortalité (20-40 %) que de l'apparition de séquelles neurologiques et psychomotrices (10-20 %). De plus, dans les cas d'extrême prématurité (< 27 semaines), la mortalité peut atteindre 50 % et le pronostic à long terme reste très incertain.

Un rapport de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du ministère de la Santé), paru en octobre 2011, montre que la prématurité est passée de 5,9 % en 1995 à 7,4 % en 2010 toutes prématurités confondues, soit une augmentation de 15 % en 15 ans. En 2012, plus d'un bébé sur dix naît prématurément dans le monde, soit 13 millions de naissances dans le monde en 2010, et 60 000 en France.

L'étude EPIPAGE 2 (Étude épidémiologique sur les petits âges gestationnels) est une étude nationale pour mieux connaître le devenir des enfants prématurés au regard des évolutions survenues ces quinze dernières années. Elle est menée dans 25 régions de France. Entre le 28 mars 2011 et le 31 décembre 2011, près de 7000 enfants prématurés (morts et naissances vivantes) ont été inclus dans EPIPAGE 2.

Les résultats d'EPIPAGE 2 ont montré que 0,44 % des naissances se produisaient avant 27 semaines en France, 0,84 % entre 27 et 31 semaines et 1,8 % à 32-34 semaines.

Malgré les progrès obstétricaux et pédiatriques de ces vingt dernières années, la naissance prématurée reste un événement soudain, souvent imprévisible, menaçant la survie du nouveau-né et son pronostic développemental à long terme. La mortalité a certes considérablement diminué dans les pays industrialisés, mais la morbidité consécutive à ce type de naissance reste importante.

Pourtant, la prématurité ne peut se résumer à une prise en charge purement médicale. Elle englobe une vaste problématique d'ordre socioculturel, psychologique et économique.



L'anxiété ressentie par les patientes hospitalisées et présentant un risque d'accouchement prématuré est importante, et plusieurs travaux ont montré que l'état psychologique de la mère influence l'évolution de la grossesse [3, 4, 5, 6, 7]. L'anxiété est un état émotionnel désagréable, d'intensité variable, survenant en réponse à une impression de danger imminent et indéterminé.

Une des difficultés rencontrées dans la définition de l'anxiété est de distinguer l'anxiété pathologique de l'anxiété normale, sans omettre l'influence de multiples facteurs comme l'origine ethnique et culturelle du sujet. L'anxiété n'est pas linéaire dans le temps : elle varie d'un jour à l'autre, d'un moment à l'autre de la journée, en fonction de l'exposition d'un sujet à un événement ou à une situation

L'anxiété ressentie par les patientes hospitalisées et présentant un risque d'accouchement prématuré est importante, et plusieurs travaux ont montré que l'état psychologique de la mère influence l'évolution de la grossesse.

anxiogène. L'anxiété est également souvent associée à d'autres pathologies comme le syndrome dépressif, les phobies, les troubles obsessionnels compulsifs.

On peut signaler l'existence d'une anxiété-trait (AT), se rapportant à la personnalité et au tempérament et d'une anxiété-état (AE) survenant au moment d'un entretien par exemple.

Les concepts d'anxiété-trait et anxiété-état ont été introduits par Cattell puis approfondis par Spielberger. L'anxiété-trait représente un sentiment d'appréhension, de tension, de nervosité, et d'inquiétude que le sujet ressent habituellement. L'anxiété-état représente un état émotionnel lié à une situation particulière (sentiment d'appréhension, de tension, de nervosité, et d'inquiétude que le sujet ressent à un moment précis).

Le stress et l'anxiété sont fréquemment associés dans la littérature, pourtant il s'agit de concepts différents. Le stress désigne un état de détresse en rapport avec la dureté de la vie et l'adversité. L'anxiété est généralement décrite comme une inquiétude anticipatoire associée à des signes cliniques tels que la transpiration, la tachycardie, la pâleur, le tremblement, alors que le stress serait plutôt associé à des réponses biologiques de l'axe hypothalamo-hypophysaire ou du système nerveux sympathique. Cependant, les signes cliniques de l'anxiété sont également en lien avec une activation du système nerveux sympathique ; les deux axes du stress sont activés ensemble, ce qui complique la distinction entre l'anxiété et le stress. Dans cette perspective, Glover soulignait que l'anxiété renverrait à une inquiétude anticipatoire, alors que le stress décrirait plus un état actuel. D'autres auteurs considèrent l'anxiété, et plus généralement les émotions, plutôt comme une partie de la réponse au stress. L'anxiété est ainsi appréhendée comme un sous-ensemble de l'expérience stressante. L'anxiété ne serait qu'une expression du stress, consécutive à la présence du stresser.

La grossesse peut être considérée comme une période de vulnérabilité particulière. Selon Bydlowski, toute grossesse normale comporte une crise maturative, une part d'ambivalence, d'angoisse et d'incertitude. Il s'agit d'un moment où la fragilité et la sensibilité de la femme sont accrues. Les principaux troubles qui lui sont rapportés sont l'anxiété et la dépression. Plus de la moitié des femmes présentent un état d'anxiété au cours d'une grossesse normale et plus d'un tiers un état dépressif.

Les symptômes de l'anxiété suivent un modèle en U pendant la grossesse. Ils sont importants au premier trimestre, diminuent au cours du deuxième trimestre, et augmentent de nouveau lors du troisième trimestre. Les inquiétudes liées à la grossesse, l'accouchement et la santé de l'enfant sont assez

fréquentes, souvent passagères et ne relèvent pas de la pathologie. L'impact psychologique pour la patiente est variable et dépend notamment de son profil psychologique, de ses antécédents personnels et du déroulement de la grossesse.

L'idée que les états émotionnels de la femme enceinte ont des répercussions sur l'enfant à naître remonte à l'Antiquité, mais ce n'est que depuis une quarantaine d'années que les études se sont intéressées aux conséquences du stress sur la grossesse et le développement de l'enfant. De nombreuses recherches ont étudié les effets du stress et de l'anxiété prénatale sur l'issue obstétricale et néonatale de la grossesse, en particulier sur la prématurité et le faible poids de naissance. Il a été démontré que l'état psychologique de la future mère influence l'évolution de la grossesse^[8,9], notamment en augmentant le risque de complications obstétricales (petit poids de naissance, prématurité) et a un rôle sur le développement neuro-émotionnel de l'enfant à venir^[8]. Les recherches explorent également l'impact du stress prénatal sur l'activité motrice, le rythme cardiaque et le périmètre crânien du fœtus^[3,10,11].

La grossesse est à l'origine de nombreux changements pour les patientes et son impact psychologique peut être parfois majeur tant au cours d'un suivi de grossesse classique et à bas risque qu'au cours d'une grossesse compliquée. De même, en cas d'hospitalisation ou de découverte de pathologies maternelle ou fœtale, il peut être utile d'évaluer l'impact psychologique de ces situations. Il est donc essentiel de bien prendre en compte l'anxiété des patientes et d'adapter au mieux les informations transmises à ces femmes plus fragiles psychologiquement de par leur état de grossesse.

Par manque de temps, mais également par une méconnaissance des effets délétères de l'état émotionnel de la future mère sur sa grossesse et le développement de son enfant, les professionnels ne s'intéressent que peu à la manière dont ces femmes vivent le parcours médical de la grossesse avec ses doutes et ses peurs. Des événements tels qu'un risque d'accouchement prématuré peuvent se révéler très angoissants pour ces femmes. C'est dire l'importance et la nécessité de mieux prendre en compte le bien-être psychologique des patientes.

Quel que soit le stade de la prématurité, toutes les patientes hospitalisées dans le service des grossesses du CHU d'Amiens (maternité de niveau III) bénéficient d'un entretien pédiatrique prénatal afin de définir ce qu'est la prématurité. Il s'agit d'un entretien avec un pédiatre de maternité qui est réalisé chez toutes les patientes hospitalisées présentant un risque d'accouchement prématuré. Cet entretien a pour objectif d'expliquer la prise en charge d'un enfant prématuré, les risques, les complications ainsi que le pronostic de l'enfant à naître. Il permet également de répondre aux nombreuses questions que se pose la future mère.

Lors de cet entretien pédiatrique prénatal, plusieurs éléments sont abordés et expliqués :

- le rôle du pédiatre lors de l'accouchement,
- l'accueil de l'enfant en salle de naissance,
- la prématurité, ses conséquences, son pronostic en fonction du terme,

- le fonctionnement des différents services de néonatalogie,
- la prise en charge au long cours de l'enfant dans les services de néonatalogie : évolution, surveillance, risques,
- l'alimentation et l'allaitement maternel chez l'enfant prématuré.

Cet entretien dure entre 15 et 45 mn selon les cas. C'est une part importante du travail du pédiatre de maternité et qui est peu connue.

Recevoir des informations sur la prématurité par le pédiatre peut aider les futures mères à comprendre et à se préparer psychologiquement à ce bouleversement. Mais cela peut également augmenter l'anxiété si cette information n'est pas adaptée. Dans notre service, cette information est uniquement orale. Ce mode d'information oral a l'avantage d'être adapté au cas par cas en fonction des connaissances préalables des patientes.

Les brochures explicatives permettent de « standardiser » l'information donnée aux patientes. Seules, elles apparaissent toutefois insuffisantes à prodiguer une information leur permettant d'aborder des situations difficiles de façon suffisamment sereine. Pour cela elles ne sauraient se substituer aux explications données oralement par le médecin mais ont l'avantage de constituer un préalable et/ou un prolongement à la consultation. •

Extraits de la thèse pour le Doctorat en Médecine. Spécialité Pédiatrie : "Impact des modalités d'informations concernant la prématurité sur l'anxiété des patientes présentant un risque d'accouchement prématuré", présentée et soutenue le 10 avril 2015 par Clémence Dekens. Avec son aimable autorisation.

RÉFÉRENCES

1. (Inserm), I. national de la santé et de la recherche médicale. *Grande prématurité : Dépistage et prévention du risque*. (Les éditions Inserm, 1997). at < <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/204>>
2. Ancel, P.-Y. et al. *Survival and Morbidity of Preterm Children Born at 22 Through 34 Weeks' Gestation in France in 2011: Results of the EPIPAGE-2 Cohort Study*. *JAMA Pediatr.* (2015). doi : 10.1001/jamapediatrics.2014.3351
3. Gallois, T., Wendland, J. & Tordjman, S. *Effets du stress prénatal sur le fœtus et les données périnatales : une revue critique de la littérature*. *L'Évolution Psychiatr.* 77, 291 - 301 (2012).
4. Gunter, L. M. *Psychopathology and stress in the life experience of mothers of premature infants. A comparative study*. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 86, 333 - 340 (1963).
5. Legendre, G. et al. [Psychology and pregnancy loss.]. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)* 43, 908 - 917 (2014).
6. Buitelaar, J. K., Huizink, A. C., Mulder, E. J., de Medina, P. G. R. & Visser, G. H. A. *Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants*. *Neurobiol. Aging* 24, Supplement 1, S53 - S60 (2003).
7. Mamelle, N. *Interaction entre facteurs psychologiques chez la femme enceinte et accouchement prématuré*. *J. Pédiatrie Puériculture* 3, 431 - 435 (1990).
8. Graignic-Philippe, R. et al. *Le stress prénatal : état de la question et perspectives*. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 53, 54 - 61 (2005).
9. Venditelli, F. & Lachcar, P. *Menace d'accouchement prématuré, stress, soutien psychosocial et psychothérapie : revue de la littérature*. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 30, 503 - 513 (2002).
10. Mulder, E. J. H. et al. *Prenatal maternal stress : effects on pregnancy and the (unborn) child*. *Early Hum. Dev.* 70, 3 - 14 (2002).
11. Buitelaar, J. K., Huizink, A. C., Mulder, E. J., de Medina, P. G. R. & Visser, G. H. A. *Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants*. *Neurobiol. Aging* 24, Supplement 1, S53 - S60 (2003).

SOS Préma, association d'aide aux parents d'enfants prématurés et nouveau-nés hospitalisés

PAR MAURO ARMATI, SOS PRÉMA

Une naissance prématurée ⁽¹⁾ est un véritable traumatisme pour les parents qui ont à la vivre au jour le jour, à l'accepter, à en assumer la charge émotionnelle, organisationnelle et financière, faire face au deuil ou au handicap parfois, vivre avec l'angoisse toujours présente de séquelles qui peuvent ne se révéler que dans 2, 4 ou 6 ans... Non, la prématurité ce n'est pas juste un bébé qui naît un peu tôt. C'est dans ce contexte de bouleversement et de détresse vécus par elle-même que Charlotte Bouvard décide en 2004 de créer l'association SOS Préma « afin de transformer (son) traumatisme en quelque chose de positif ».

SOS PRÉMA AUX CÔTÉS DES FAMILLES

Gâce à un réseau de 70 antennes locales et de 350 bénévoles, ce sont plus de 650 000 familles qui ont été aidées gratuitement par l'association ; 50 000 parents de bébés hospitalisés qui reçoivent chaque année le guide *"Votre bébé est hospitalisé en néonatalogie"* et qui nous disent le bienfait que cela leur a procuré.

« J'ai eu ce guide lorsque mes enfants ont été transférés de réanimation en soins intensifs à l'âge d'un mois. Il m'a permis de comprendre que je n'étais pas seule dans cette épreuve » témoigne Dominique sur la page Facebook, et Nathalie de renchérir : *« Quand on accouche d'un enfant prématuré, on n'a aucune idée de ce que cela signifie réellement. Tant de questions, de doutes, de peur, de culpabilité. Je me rappelle avoir dormi avec mon guide SOS Préma sous l'oreiller durant ces deux mois trop longs. C'est grâce à SOS Préma que j'ai pu enfin tout comprendre. J'ai pu lâcher prise et me laisser porter... »*

SOS Préma édite aussi des livrets thématiques (*"L'hospitalisation du nouveau-né, côté pères"*, *"Deuil et prématurité"*, et, à paraître courant 2018, *"Handicap et Prématurité"*). Ils sont également offerts aux parents par l'intermédiaire du personnel médical, ou adressés aux parents qui en expriment le souhait à l'association.

Ce sont aussi plus de 1 000 parents par mois qui contactent SOS Préma. La permanence téléphonique quotidienne et spécialisée (puériculture, pédiatrie, psychologie) destinée aux parents et à la famille d'enfants prématurés reçoit de nombreux appels : des demandes de renseignements, des demandes de conseils – car les parents se sentent souvent perdus face à ce bouleversement qu'ils vivent au quotidien – mais ce sont aussi des appels au secours qui nous parviennent parfois.

« Récemment encore un père nous a contactés, en pleurs, car il ne pouvait plus payer l'essence, le parking de l'hôpital et ne

Un père nous a contactés, en pleurs, car il ne pouvait plus payer l'essence, le parking de l'hôpital et ne pouvait donc plus aller voir son bébé.

pouvait donc plus aller voir son bébé », raconte Charlotte Bouvard. Les coûts engendrés par les visites en néonatalogie, parfois pendant des mois, sont insupportables. *« Les parents sont nombreux à dépenser un SMIC par mois dans ces frais ».*

C'est également pour permettre aux parents touchés par cet accident de la vie qu'est une naissance prématurée, que SOS Préma a créé un site internet ⁽²⁾ et un forum de discussion. L'association est aussi présente sur les réseaux sociaux avec une page Facebook institutionnelle suivie par 25 000 personnes et des groupes fermés réservés aux parents de prémas sur lesquels 10 000 parents peuvent échanger et témoigner de leur vécu.

Les pères de bébé prématuré n'ont pas été oubliés : un groupe exclusivement réservé aux pères, vise à les aider à mieux vivre ces périodes de détresse et à comprendre le désarroi dans lequel ils se retrouvent plongés sans y avoir été préparés. En effet, bien qu'ils ne ressentent pas la culpabilité qu'éprouve la majorité des mamans de prémas, ils ont néanmoins l'impression que la situation leur échappe ; un sentiment d'impuissance et d'inutilité les envahit totalement : le groupe fermé leur permet de formuler leurs émotions, parfois contradictoires, et ils apprennent ainsi à mieux affronter cette situation complexe.

Les 70 antennes locales réparties sur l'ensemble du territoire, regroupent 85 Correspondants Locaux, qui sont eux-mêmes des parents de prématuré, souhaitant donner bénévolement aux parents qui vivent la prématurité, les conseils et l'aide qu'ils ont reçus, ou auraient aimé recevoir.

Sélectionnés et formés par Myriam Dannay, la psychologue de l'association, ils collaborent avec les équipes médicales et développent avec elles des actions afin d'améliorer le confort des parents et des services de néonatalogie. En accord avec le personnel soignant et après signature d'une convention avec l'hôpital et de la Charte des visiteurs bénévoles de l'association, ils organisent des visites au sein des établissements, des rencontres de parents dont l'enfant est hospitalisé (*Le café des parents*, par exemple).

Ils participent également, sur demande, aux projets de réaménagement des locaux ou de décoration des salles des familles, aux groupes de travail sur l'entretien de sortie, sur l'accueil de la fratrie ou sur l'accompagnement des familles en cas de décès.

Pour faire connaître leurs actions, mais aussi pour financer certains projets (en néonatalogie par exemple, achat de matériel dit « de confort » comme des fauteuils et des coussins d'allaitement, des appareils photo...), les Correspondants Locaux organisent des événements au profit de l'association : concerts, dîners, expositions, courses...

Ainsi «*La course des héros*», événement sportif annuel, accueille plus de 300 coureurs SOS Préma dans le parc de Saint-Cloud (92) qui reversent leurs collectes à l'association.

Des initiatives personnelles, telle l'ascension du Mont-Blanc par trois pères de prématurés, en juillet 2016, sont aussi l'occasion de recueillir des fonds qui vont permettre de financer les projets, toujours nombreux, l'association ne recevant aucune subvention publique...

SOS PRÉMA AUX CÔTÉS DES ÉQUIPES SOIGNANTES

Un des axes prioritaires que SOS Préma s'est fixé, c'est le dialogue avec les équipes médicales afin que parents et soignants avancent ensemble pour améliorer les choses.

Depuis plus de huit ans, ce sont près de 350 soignants qui participent chaque année aux «*Journées des Soignants*» organisées à l'intention des équipes médicales (pédiatres, médecins, puéricultrices, psychologues, kinés, ergothérapeutes, psychomotriciens, personnel soignant de PMI, CAMSP, MDPH, réseaux de périnatalité dans toute la France), et sont consacrées majoritairement aux témoignages de parents qui ont vécu la prématurité.

Organisées en thèmes, ces journées abordent les différentes problématiques que rencontrent les parents à la naissance de leur bébé, pendant l'hospitalisation et au retour de la famille au domicile.

«*C'est très bien pour une fois d'entendre le vécu des parents, déclare Nathalie M. puéricultrice, c'est beaucoup plus parlant et concret. Cela permet de réaliser à quel point notre travail, notre quotidien, notre routine, intervient dans un moment très particulier et important pour eux. Cela marque une vie.* »



Marie, bénévole SOS Préma, aux côtés de Laurence, maman de Joshua, né à 6 mois de grossesse (28 SA)

Photo : SOS Préma

L'objectif de réunir parents et soignants est « d'apporter aux équipes soignantes quelques clés pour mieux appréhender ce que vivent les parents et les aider ainsi à penser les pratiques ».

Les échanges parents/soignants sont toujours fructueux et souvent poignants lorsque le ressenti des parents s'exprime.

L'objectif de réunir parents et soignants est « *d'apporter aux équipes soignantes quelques clés pour mieux appréhender ce que vivent les parents et les aider ainsi à penser les pratiques car c'est ensemble que nous pourrions améliorer la prise en charge de la prématurité* » (Charlotte Bouvard)

Grâce à son expertise de treize années sur le terrain au service des plus petits, SOS Préma est devenue un formidable réseau national de solidarité et un acteur du paysage social en dénonçant les failles, les inégalités territoriales et les manquements.

SOS Préma participe à des groupes de réflexion, notamment dans l'objectif d'une harmonisation des pratiques, ainsi qu'à des groupes de recherche. « *Il y a des inégalités territoriales en termes d'organisation des soins et de politique sociale* » regrette Charlotte Bouvard. Ainsi, l'accueil réservé aux parents dans les services de néonatalogie est très différent en fonction des établissements.

Dans certains services, des espaces sont destinés et pensés pour les parents, mais dans d'autres « *des mères allaitent encore par terre ou sont accueillies sur des tabourets après une césarienne pour nourrir leur bébé* », déplore Charlotte Bouvard.

SOS PRÉMA PORTE LA VOIX DES FAMILLES AUPRÈS DES DÉCIDEURS

Avec la progression considérable des naissances prématurées (+ 22 % en 15 ans) et ce que cela implique en termes de coûts et de répercussions sociales, SOS Préma veut œuvrer en faveur d'une meilleure prise en charge de la prématurité, et s'emploie pour que la prématurité soit considérée comme un enjeu de santé publique en sensibilisant les pouvoirs publics par des initiatives marquantes.

C'est ainsi que SOS Préma obtient en 2006 qu'une loi soit votée pour l'allongement du congé maternité des mamans de prématurés⁽³⁾. Hélas, plus de dix ans après, cette mesure n'est toujours pas appliquée de façon systématique sur l'ensemble du territoire... Les appels à la permanence téléphonique signalant les difficultés à obtenir l'application de cette mesure sont fréquents, et SOS Préma appuie les demandes des mamans déboutées à tort et désorientées.

« *Ma fille est née à 30 SA. J'ai eu la très mauvaise surprise de voir les dates de mon congé maternité modifiées pour me faire reprendre le travail aux environs de la date prévue d'accouchement! Depuis mon lit d'hôpital j'ai dû batailler avec textes de loi à l'appui pour faire valoir mes droits! Merci SOS Préma.* » nous raconte Fanny.

En ce qui concerne le congé de paternité, SOS Préma réclame un congé de paternité pour nouveau-nés hospitalisés pour que le père puisse être présent auprès de la mère et de leur enfant.

On mesure le chemin qu'il reste à parcourir lorsqu'on compare la situation en France avec la situation en Suède, où les parents se partagent 480 jours de congé parental avec obligation pour les parents de prendre au moins 60 jours chacun ! « *En France, le père est à son travail alors que son bébé est hospitalisé et qu'il lutte pour la vie ?* » s'étonne le professeur Bjorn Westrup de l'hôpital Karolinska à Stockholm (Suède).

En 2008, la "Charte de la Parentalité en entreprise" est initiée par SOS Préma et L'Oréal avec pour objectif d'inciter les entreprises à proposer aux salariés-parents un environnement mieux adapté aux responsabilités familiales (notamment pour les femmes enceintes). La Charte propose aussi un aménagement ponctuel des horaires en cas de problèmes familiaux et un aménagement des congés parentaux et de paternité, sans impact sur l'évolution professionnelle ⁽⁴⁾.

C'est en 2012 que SOS Préma crée, avec la Société Française de Néonatalogie, le Collectif Prématurité, association réclamant une politique santé spécifique : réunir l'ensemble des acteurs concernés par la prématurité, afin de réfléchir aux solutions susceptibles d'améliorer le sort des nouveau-nés prématurés et de leurs familles.

Son but est également d'améliorer la qualité des soins et de développer la recherche. Fruit d'une première concertation, cette plateforme vise à alimenter le contenu d'un futur plan de santé publique axé autour de la prématurité.

Les États Généraux de la Prématurité à l'Assemblée Nationale en 2013, réunissent plus de 200 personnes et donnent l'occasion à Charlotte Bouvard d'affirmer que « *la prématurité est un parcours difficile. La réponse de la société doit se trouver dans l'humain* ».

À l'issue des travaux, onze propositions seront adoptées par l'Assemblée ayant pour but d'améliorer la prévention, l'organisation des soins et d'entamer une réflexion sur l'accompagnement des familles et leur place à côté de leur enfant dès la naissance ⁽⁵⁾.

Plus récemment, en avril 2016, SOS Préma s'appuie sur l'histoire de Louise, petite fille née à 610 grammes pour lancer une campagne d'alerte sur les difficultés rencontrées par un grand nombre de prématurés et adresse, nominativement à chacun des 577 députés de l'Assemblée Nationale, une carte postale représentant un bébé intubé, posé sur la poitrine de sa maman. L'association souhaite ainsi attirer l'attention des députés sur la création d'un groupe d'études "Prématurité et nouveau-nés vulnérables" qui doit auditionner les acteurs de la prise en charge des nouveau-nés vulnérables et travailler sur une proposition de loi ⁽⁶⁾.

En ce début d'année 2018, SOS Préma a fêté les dix ans de l'EFCNI (Fondation européenne regroupant les associations de familles d'enfants prématurés) qui lutte pour que la santé infantile prématurée ne soit plus absente dans le développement des politiques sanitaires et sociales de l'Union Européenne. Les politiques et les pratiques en place pour la prévention, le traitement et les soins de longue durée

des nouveau-nés prématurés varient considérablement à travers l'Europe avec un impact considérable sur la qualité des soins, la santé et les résultats sociaux.

Plus près de nous encore, le 8 février, SOS Préma dénonçait le manque de prise en compte de la prématurité en France et le non-respect de la Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé, suite à l'appel de détresse lancé par une maman séparée de son nouveau-né prématuré par manque de logement à l'hôpital... la non-rentabilité de la prestation ayant provoqué la fermeture des studios d'accueil des parents !

Enfin, mais ce n'est pas le moins important, SOS Préma noue également des relations fortes avec des partenaires commerciaux spécialisés dans le monde de la naissance et son expérience lui permet de faire prendre en compte la particularité des petits prémas pour améliorer et adapter des produits pour bébés.

Ces partenariats ont permis par exemple de mettre sur le marché un T-shirt spécial pour le peau à peau qui apporte plus de confort et de chaleur au bébé, ainsi qu'une sécurité augmentée.

D'autre part, à l'occasion de la Journée Mondiale de la Prématurité, le 17 novembre dernier, Pampers a lancé sa nouvelle couche pour bébés destinée aux prématurés de moins de 800 grammes. Cette couche, trois fois plus petite que d'ordinaire, est adaptée à la morphologie particulière des grands prématurés.

13 années d'existence à défendre les plus petits, les plus fragiles, « *nos adultes de demain* » (comme aime à le dire Charlotte Bouvard), à aider des parents désorientés...

Des petites victoires émaillent toutes ces années. Les choses bougent peu à peu... mais il reste encore malheureusement de nombreux et beaux combats à mener pour que la prématurité ne soit plus considérée comme une naissance qui arrive un peu tôt... •

SOS Préma vient en aide aux parents d'enfants prématurés et nouveau-nés hospitalisés.

Pour plus d'informations ou faire un don, Sosprema.com

Permanence téléphonique : **0811 886 888**

RÉFÉRENCES

1. Une naissance prématurée est une naissance avant la 37^e semaine de grossesse.
2. <http://www.sosprema.com/>
3. La loi n° 2006-340 du 23 mars 2006 (circulaire d'application n°DSS/2A/2006-166 du 12 avril 2006).
4. <http://www.observatoire-equilibre.com/charte-de-la-parentalite/presentation/>
5. <http://www.societe-francaise-neonatalogie.fr/2016/07/04/le-collectif-prematurite-sos-prema-societe-francaise-de-neonatalogie-gwendal-rouillard-depute-du-morbihan-2/>
6. <http://www.sosprema.com/wp-content/uploads/2016/04/Dossier-de-presse-GE-PREMA-.pdf>

RCIU ou PAG: quelles différences ?

PAR DR GUILLAUME GIRARD, SERVICE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE - HÔPITAL TROUSSEAU - PARIS

En 2013, les sociétés savantes française (CNGOF), canadienne (SOGC) et américaine (ACOG) ont émis ou mis à jour des recommandations concernant la prise en charge des fœtus petits pour l'âge gestationnel (PAG) ou en retard de croissance intra-utérin (RCIU). Si la surveillance des fœtus PAG ou en RCIU repose toujours sur le rythme cardio-fœtal (RCF) et les Dopplers fœtaux artériels et veineux, la question est de savoir si les modalités de surveillance doivent être différentes selon l'étiologie du défaut de croissance. Les modalités d'accouchement varient également probablement en fonction du contexte vasculaire ou non, même si, en dehors d'une situation urgente, le profil Doppler reste le facteur décisionnel principal pour choisir le terme et la voie d'accouchement après 32 SA.

SURVEILLANCE DES FŒTUS PAG ET DES RCIU

MOYENS DE SURVEILLANCE

L'élément principal des fœtus PAG et/ou en RCIU reste le Doppler ombilical. Il permet de distinguer les fœtus les plus fragiles nécessitant une surveillance rapprochée et ce, quelle que soit l'étiologie retenue pour le défaut de croissance. Mais les outils de surveillance sont multiples et parfois complémentaires.

LE RYTHME CARDIAQUE FŒTAL RCF ET L'ANALYSE INFORMATISÉE DU RCF

Il reste l'élément principal de surveillance de par son accessibilité. Son excellente valeur prédictive négative permet d'éliminer de façon quasi certaine une anoxie fœtale aiguë en cas de normalité. Il a cependant comme inconvénient d'être parfois d'interprétation difficile, et du coup d'avoir une variabilité inter-observateurs importante dès que l'ensemble des critères de normalité ne sont pas réunis. Pour les RCIU sévères avant 32 SA, il reste néanmoins le critère décisionnel principal d'extraction fœtale.

L'analyse informatisée du RCF avec calcul de la VCT (Variation à Court Terme) permet de s'affranchir du problème de la variabilité inter-observateurs. Plusieurs études ont montré une corrélation entre une VCT basse et un mauvais pronostic néonatal en cas de RCIU. Les études publiées jusqu'ici, peu nombreuses, n'ont cependant pas réussi à démontrer que l'utilisation de la VCT en pratique courante permettait

de diminuer la morbidité néonatale. Les recommandations du CNGOF de 2013 ont néanmoins retenu que « en raison des difficultés d'interprétation des oscillations à l'œil nu aux âges gestationnels jeunes, et devant le caractère objectif et reproductible de la VCT, celle-ci peut être une aide à la décision d'extraction pour les RCIU < 32 SA (avis d'expert) ».

LES DOPPLERS

Nous ne détaillerons pas ici la littérature sur les Dopplers maternels et fœtaux, qui mériterait un chapitre en soi. On peut cependant rappeler les recommandations du CNGOF sur le sujet :

→ Concernant le Doppler ombilical artériel

« Le Doppler ombilical artériel a une valeur prédictive élevée sur la survenue d'une acidose dans une population à risque comme les RCIU (NP3). Le niveau de cette valeur prédictive permet de dépister une grande partie des RCIU à risque d'acidose avec un risque acceptable de faux positifs et très peu de faux négatifs. Les conséquences sur la prise en charge de ces grossesses à risque sont importantes puisque l'on est capable de sélectionner les fœtus réellement à haut risque et ainsi proposer aux mères une surveillance renforcée. D'un autre côté, un Doppler ombilical artériel normal permet d'alléger la surveillance de ces grossesses à risque, compte tenu de la valeur prédictive négative élevée (accord professionnel) ».

« Le Doppler à l'artère ombilicale est le seul site permettant d'identifier les fœtus

à risque périnatal parmi les PAG/RCIU (grade C) ».

« L'utilisation du Doppler ombilical entraîne une amélioration de la santé des nouveau-nés dans une population à risque et notamment les RCIU (grade A). Le Doppler ombilical doit être l'outil de surveillance de première ligne pour les fœtus PAG et RCIU (accord professionnel) ».

→ Concernant le Doppler artériel cérébral fœtal

« La valeur prédictive élevée du Doppler des artères cérébrales sur la prédiction de la morbidité des RCIU permet de dépister une grande partie des fœtus à risque de complications périnatales, avec un taux de faux positifs acceptable et très peu de faux négatifs, et ce de manière plus pertinente qu'avec les mesures de l'artère ombilicale seule. Même s'il n'existe pas d'essai randomisé pour démontrer un éventuel bénéfice clinique, la valeur prédictive élevée de ce Doppler, par rapport à l'utilisation de l'artère ombilicale seule, permet de le proposer systématiquement aux fœtus suspects de RCIU, que le Doppler ombilical soit normal ou non (grade C) ».

→ Concernant les Dopplers veineux

« Lors des grossesses avec fœtus porteurs de RCIU, la séquence de détérioration des indices Doppler artériels, veineux et enfin du tracé cardiotocographique n'est pas toujours respectée. De plus, cette séquence est variable d'un fœtus à l'autre et le Doppler veineux n'est pas toujours synonyme d'acidose, ren-

dant cet outil inutilisable comme seul critère d'extraction. De plus devant les difficultés techniques de l'obtention de ce Doppler et la fréquence peu élevée de la pathologie, cette utilisation doit être réservée aux opérateurs entraînés et pour les grossesses avec RCIU dont l'accouchement est envisagé avant 32 SA (grade C) ».

SURVEILLANCE DE LA QUANTITÉ DE LIQUIDE AMNIOTIQUE

Plusieurs études ont montré une corrélation entre la présence d'un oligoamnios et une issue néonatale défavorable en cas de RCIU. Cependant seule une petite partie des RCIU vasculaires est associée à un oligoamnios. De plus, la valeur prédictive positive d'un oli-

goamnios pour une issue défavorable reste modérée. De ce fait, même si un l'apparition d'un oligoamnios est un élément à prendre en compte dans la surveillance d'un RCIU ou d'un PAG, aucune des sociétés savantes n'a inclus la surveillance du liquide amniotique dans leurs stratégies de surveillance des RCIU ou des PAG.

DOSAGE DU RAPPORT SFLT-1/PLGF

Depuis quelques années, la mesure du rapport plasmatique maternel sFlt-1/PLGF (*Soluble fms-like tyrosine kinase receptor-1/placental growth factor*) est apparue comme un excellent marqueur prédictif du risque d'apparition d'une prééclampsie à court terme. Des études récentes laissent penser que ce rapport

pourrait être utilisé dans la surveillance des RCIU vasculaires. Les seuils à utiliser et la place de ce potentiel nouvel outil restent à définir.

MODALITÉS DE SURVEILLANCE

La plupart des études évaluant la surveillance des foetus PAG ou en RCIU ont, soit uniquement inclus des RCIU vasculaires, soit n'ont pas fait la distinction entre RCIU vasculaire et non vasculaire. Il est donc délicat d'affirmer que la surveillance doit être différente en fonction de l'étiologie. Un foetus PAG constitutionnel a assurément moins de risque d'acidose qu'un foetus en RCIU sur une pathologie vasculaire placentaire, mais le diagnostic de certitude étant le plus souvent rétrospectif, recommander une stratégie de surveillance différente n'aurait pas de sens.

Il est donc logique que les différentes recommandations proposent des modalités de surveillance variant selon l'âge gestationnel et le profil des Dopplers, données objectives au moment de la mise en place de la surveillance. Les recommandations françaises ont édicté des stratégies de surveillance dans un chapitre concernant les RCIU vasculaires, sans proposer de stratégie de surveillance pour les autres. Les sociétés canadiennes et américaines ont, dans le même temps, proposé des stratégies analogues sans faire la distinction vasculaire/non vasculaire.

Concernant les modalités de surveillance de la croissance foetale, il a été montré dans de nombreuses études que l'intervalle entre deux estimations de poids foetal à l'échographie ne devait pas être inférieur à 2 semaines. Un intervalle plus court ne pourrait pas affirmer ou infirmer la poursuite d'une croissance foetale, la croissance du foetus étant alors inférieure à la marge d'erreur de l'estimation de poids. Le CNGOF a, pour cette raison, proposé un intervalle de surveillance ne devant pas être inférieur à 2 à 3 semaines entre deux estimations de poids foetal.

AVANT 32 SA

Les modalités de surveillance avant 32 SA des foetus PAG ou des RCIU proposées par le CNGOF sont résumées dans les arbres décisionnels suivants (cf. figures 1 et 2). Il est important de

Figure 1

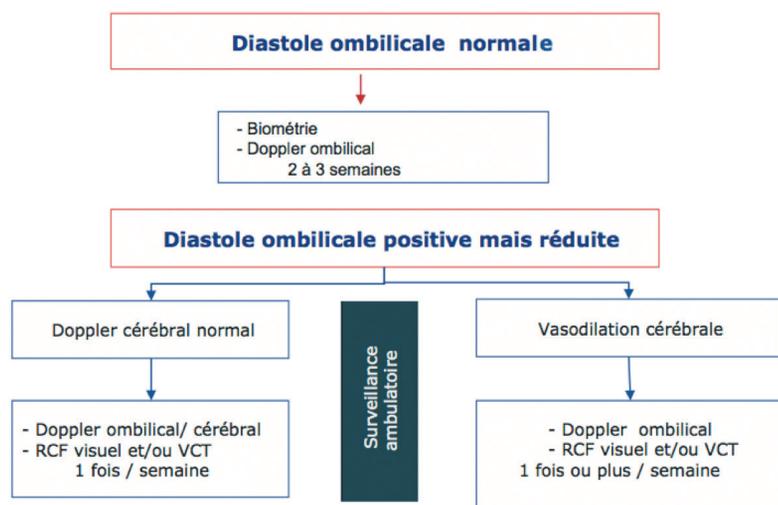
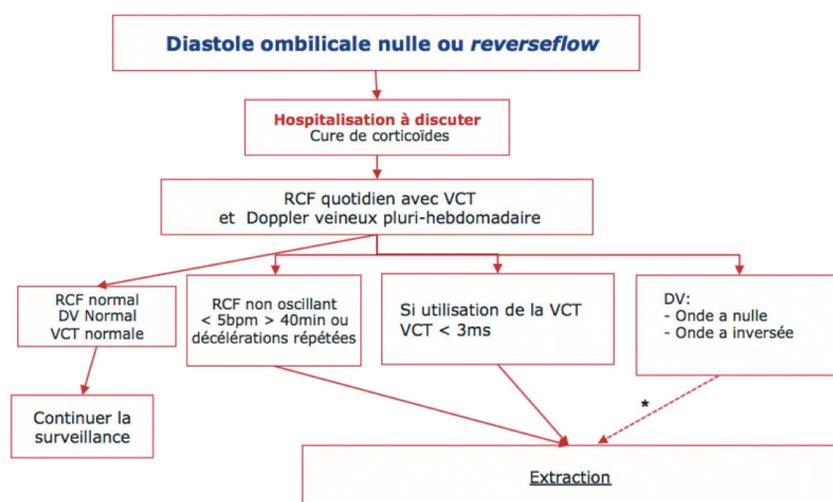


Figure 2



rappeler que ces arbres restent valables quand l'étiologie vasculaire n'est pas certaine.

APRÈS 32 SA

La stratégie de surveillance après 32 SA ne varie pas des stratégies précédentes si aucun critère d'extraction n'a été retenu. Il est en effet admis qu'un fœtus en RCIU avec un Doppler ombilical nul ou en *reverse flow* doit naître à partir de 32 SA, même en l'absence d'anomalie du RCF.

La difficulté peut se poser d'un fœtus PAG pour lequel une anomalie chromosomique est suspectée ou a été diagnostiquée : un Doppler ombilical nul n'est dans ce cas pas exceptionnel et n'est pas associé aux mêmes risques d'acidose qu'un fœtus en RCIU. Le rythme de surveillance n'est dans cette situation pas consensuel.

QUELLE PRISE EN CHARGE OBSTÉTRICALE

AVANT 32 SA

À des âges gestationnels précoces, la décision de naissance est prise le plus souvent devant une altération brutale des paramètres de surveillance (RCF et/ou Doppler). La naissance a alors lieu par césarienne dans la grande majorité des cas (95 à 97 % des cas selon les études). Il n'existe pas dans la littérature d'argument pour contre-indiquer une naissance par voie vaginale dans ces situations, mais la fragilité de ces fœtus et les conditions obstétricales le plus souvent défavorables à ces termes précoces ne permettent le plus souvent pas d'envisager cette hypothèse.

APRÈS 32 SA

Au-delà de 32 SA, et en l'absence d'argument pour une extraction en urgence, un accouchement par les voies naturelles peut être envisagé en fonction des conditions obstétricales et de la fragilité supposée du fœtus, y compris en cas de perturbations du Doppler

ombilical, voire d'une diastole nulle. Dans ce dernier cas, l'accouchement par césarienne reste privilégié.

Le CNGOF ne contre-indique pas non plus l'utilisation des prostaglandines pour le déclenchement des fœtus PAG ou RCIU, alors que cette attitude est déconseillée par la société canadienne. Il ne nous semble cependant pas raisonnable d'utiliser les prostaglandines dans cette situation, alors qu'il est possible de privilégier les maturations cervicales par sondes de Folley pour lesquelles il a été montré qu'elles étaient moins associées à la survenue d'hypercinésies de fréquence et d'anomalies du RCF.

Le choix du terme de naissance dépendra directement, là encore, du profil du Doppler de l'artère ombilical. Les sociétés savantes française, canadienne et américaine recommandent des attitudes quasi similaires qui peuvent être résumées ainsi :

- **Doppler ombilical normal** : expectative possible jusqu'à 39 ou 40 SA en l'absence d'autre élément péjoratif.
- **Résistances ombilicales élevées, avec diastole positive** : accouchement à 37 SA environ.
- **Doppler ombilical avec diastole nulle** : accouchement à 34 SA environ.
- **Reverse flow ombilical** : accouchement à 32 SA au plus tard.

CONCLUSION

Les recommandations de 2013 avaient été émises dans plusieurs pays suite à la publication de plusieurs essais importants concernant la prise en charge des PAG et des RCIU (Essais GRIT, DIGITAT, PORTO). Les résultats publiés depuis ne remettent pas en cause ces recommandations, et permettent même de les confirmer dans certains cas (Essai TRUFFLE). Le seul élément réellement nouveau pourrait venir du dosage plasmatique maternel du rapport sFlt-1/PIGF dans la surveillance des fœtus PAG ou RCIU. •

BIBLIOGRAPHIE

- Retard de croissance intra-utérin : recommandations pour la pratique clinique. CNGOF. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2013 Dec ; 42 (8) : 1018-25
- ACOG Practice bulletin no. 134 : fetal growth restriction. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. (2013)
- Retard de croissance intra-utérin : Dépistage, diagnostic et prise en charge. SOGC. J Obstet Gynaecol Can 2013 ; 35 (8) : 749 - 757
- Infant wellbeing at 2 years of age in the Growth Restriction Intervention Trial (GRIT) : multicentred randomised controlled trial. Thornton JG et al. GRIT study group. Lancet. 2004 Aug 7-13 ; 364 (9433) : 513-20.
- Planned early delivery versus expectant management of the term suspected compromised baby for improving outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Nov 24 ; (11)
- Induction versus expectant monitoring for intrauterine growth restriction at term : randomised equivalence trial (DIGITAT). Boers KE et al. BMJ. 2010 Dec 21 ; 341 : c7087
- 2 year neurodevelopmental and intermediate perinatal outcomes in infants with very preterm fetal growth restriction (TRUFFLE) : a randomised trial. Lees CC et al. Lancet. 2015 May 30 ; 385 (9983) : 2162-72
- A multicenter prospective study of neonatal outcomes at less than 32 weeks associated with indications for maternal admission and delivery. Garite TJ et al. Am J Obstet Gynecol. 2017 Jul ; 217 (1) : 72.e1-72.e9
- The sFlt-1/PIGF ratio as a predictor for poor pregnancy and neonatal outcomes. Chang YS et al. Pediatr Neonatol. 2017 May 10

Réduire les inégalités professionnelles en réformant le congé de paternité

OFCE POLICY BRIEF 11, 12 JANVIER - 2^e PARTIE

PAR **HÉLÈNE PÉRIVIER**, CO-RESPONSABLE DU PROGRAMME DE RECHERCHE D'ENSEIGNEMENT DES SAVOIRS SUR LE GENRE (PRESAGE), OFCE, SCIENCES PO PARIS

Suite du N° 477 (février 2018)

CONGÉS PARENTAUX, PARTAGE DES TÂCHES ET ÉGALITÉ

LES CONGÉS PARENTAUX ET L'ARTICULATION DU TEMPS DES FEMMES

Les politiques dites d'articulation de la vie familiale/vie professionnelle ont été progressivement développées dans les pays européens. Elles reposent sur deux grands piliers. D'une part, des services publics d'accueil des enfants et des aides financières attribuées au titre du coût de la garde des jeunes enfants ; ces politiques ne réduisent pas directement le degré de division sexuée du travail, mais elles permettent aux mères de rester actives. D'autre part, les congés parentaux qui, selon leurs caractéristiques peuvent, soit renforcer la division sexuée du travail, soit la limiter en encourageant, voire en contraignant les pères à consacrer plus de temps au travail familial.

Plusieurs types de congés coexistent en Europe :

- **Les congés maternité**, qui existent depuis la fin du XIX^e siècle et qui visent à protéger les femmes en fin de grossesse et après l'accouchement. La motivation initiale s'inscrit dans un cadre général de santé publique. En France, le congé maternité relève de l'assurance maladie ;
- **Les congés paternité**, beaucoup plus récents, souvent plus courts, environ deux semaines. En France, il relève de la branche famille ; d'une durée de 11 jours consécutifs, il est rémunéré dans les mêmes conditions que le congé maternité ;
- **Les congés parentaux** qui peuvent prendre des formes différentes au regard de leur durée, de leur mode de rémunération, de leur caractère individuel ou familial, et de leur plus ou moins grande flexibilité. Initialement pensés pour les mères, ils sont progressivement devenus neutres. Cette neutralité est insuffisante pour accroître le recours des pères. Ainsi, des réformes plus récentes visent une approche active³⁰.

Les congés parentaux *stricto sensu* sont caractérisés par :

- **La durée du congé**. Trop long et mal équilibré, le congé écartera les mères du marché du travail et leur sera défavorable. Trop court, il ne soutiendra pas suffisamment l'articulation des temps de vie si les modes d'accueil des jeunes enfants sont insuffisants ou très coûteux pour les parents ; les femmes cesseront de travailler pour s'occuper des enfants avant leur scolarisation ;

- **L'indemnisation du congé**. S'il est non rémunéré ou faiblement rémunéré, il sera défavorable aux femmes, qui seront alors dépendantes financièrement de leur conjoint durant le congé. En outre, ce type de congé n'est attractif ni pour les pères ni pour les mères qualifiées. Seules les femmes peu qualifiées et/ou dans une situation précaire seront tentées d'y recourir ;
- **Le droit au congé familial versus individuel**. S'il est familial, y recourir se décide entre les deux membres du couple, le plus souvent la mère pour des raisons sociales (norme de genre) et économiques, la femme ayant un salaire souvent plus faible que son conjoint. Un droit individuel permet d'accroître le taux de recours des pères, car le droit qui leur est attribué est perdu pour la famille s'ils ne le mobilisent pas ;
- **La flexibilité**. Le congé peut être pris à taux partiel et de façon fractionnée jusqu'à un âge avancé de l'enfant. Un congé non flexible, à prendre en une fois et avant les 3 ans de l'enfant aurait moins de chance d'attirer les pères, mais cela n'est pas confirmé dans les travaux de recherche portant sur le congé parental³¹.

QUE FONT NOS VOISINS ?

Le rôle de l'Europe

Depuis longtemps, les institutions européennes adressent aux pays membres des recommandations en matière de congés. Dès 1992, le Conseil de l'Europe recommande les initiatives du type (article 2) :

- « *Les congés spéciaux accordés à des parents qui travaillent et qui ont la responsabilité de la garde et de l'éducation d'enfants* » ;
- « *Le partage entre les hommes et les femmes des responsabilités professionnelles, familiales et d'éducation, découlant de la garde d'enfants.* »

Concernant le congé maternité, la directive 92/85/EC suggère un congé d'au moins 14 semaines dont 2 obligatoires. L'indemnisation ne doit pas être inférieure à celle perçue en cas d'arrêt de travail pour raison de santé. Cela s'inscrit dans une volonté de protection de la santé des femmes. En

30. Certains pays ont fusionné les deux premiers types de congés dans un seul congé parental en réservant des durées spécifiques à chaque parent.

31. Moss P., 2013, « *Politiques de congés pour les enfants en Europe : la place des pères* », Informations sociales, n° 108.

D'une durée d'au moins quatre mois, le congé doit être un droit individuel et des encouragements pour que les deux parents y recourent doivent être intégrés.

revanche, concernant le congé paternité aucune disposition légale européenne n'existe à ce jour ³².

Concernant le congé parental, la directive 96/3/EC de 1996 puis celle de 2010 (2010/18/EU) donnent les grandes lignes des recommandations : d'une durée d'au moins quatre mois, le congé doit être un droit individuel et des encouragements pour que les deux parents y recourent doivent être intégrés. Cette orientation traduit l'intérêt grandissant des institutions européennes pour l'objectif d'égalité femmes-hommes au-delà du marché du travail, en incluant la sphère privée dans le champ d'action des recommandations ³³. Les nombreuses réformes des congés parentaux dans les pays membres ont cherché avec plus ou moins de succès à renforcer le partage des congés entre les deux parents.

Comment encourager le partage du congé parental ?

Pour accroître le partage du congé entre les deux parents, deux options sont mobilisées : des « quotas » réservés au père (une partie du congé doit être prise par le père au risque d'être perdue pour la famille), et des « bonus » (un surcroît d'indemnisation ou de durée est proposé si le père recourt à une partie du congé). La Suède combine les deux : le congé parental suédois, extrêmement flexible, est composé de 12 mois à partager entre les deux parents et de 2 mois pour chacun d'entre eux (non cessibles). En Norvège, le congé parental est d'une durée d'un an environ (46 semaines indemnisées à 100 % du salaire ou 56 semaines à 80 %), 10 semaines sont réservées à la mère et 10 semaines au père, le reste est à partager de façon flexible entre les deux parents. En 2007, le congé parental rémunéré allemand a été raccourci, passant de 24 à 12 mois. Si le père prend au moins 2 mois de congé, ce dernier est rallongé de 2 mois rémunérés (il passe donc à 14 mois) ³⁴. En Italie, le congé est étendu de 10 à 11 mois si le père prend au moins 3 mois. En Autriche, le congé dure 24 mois, mais il n'est rémunéré

que 18 mois si seule la mère le prend ; si le père y recourt pour une part, alors l'indemnisation court jusqu'aux 24 mois de l'enfant ; durant les deux années du congé parental le bénéficiaire peut changer à deux reprises, avec une durée minimale de trois mois chacun.

Comment rendre le congé attractif pour les pères ?

L'autre levier pour encourager les pères à y recourir consiste à passer d'une indemnisation forfaitaire du congé à une indemnisation calculée sur la base du salaire. Cela atténue l'effet du différentiel de salaire dans le couple, qui joue aux dépens de l'emploi de la mère au moment de la décision de prendre un congé parental. En Norvège, le salaire est intégralement maintenu pendant le congé. En Suède, le congé est rémunéré à hauteur de 80 % du salaire passé, et si les parents partagent le congé à parts égales, ils perçoivent alors un surcroît d'indemnisation pouvant aller jusqu'à 1 500 euros sur toute la durée du congé. Par ailleurs, les pouvoirs publics suédois ont à plusieurs reprises mené des campagnes d'information pour inciter les pères à utiliser leur droit au congé parental. En Allemagne, le congé est indemnisé à hauteur de 67 % du salaire (plafonné à 1 800 euros et d'un montant minimum de 300 euros).

Certains pays ont regroupé les congés maternité, paternité et parentaux en un seul dispositif, mais qui reste en partie individualisé. En Islande, le congé parental prend la forme de 3 mois pour la mère, 3 mois pour le père et 3 mois à partager (il n'y a ni congé maternité ni paternité) ³⁵. Les trois congés sont rémunérés à 80 % du salaire (avec un plafond à 2 676 euros/mois) ³⁶. Le Portugal propose un « congé parental initial » (d'une durée de 4 à 5 mois) pour la mère et un « congé parental » réservé au père (d'une durée de 20 jours). La nouveauté ne réside ni dans cette dénomination ni dans ce découpage qui, finalement, correspondent à un congé maternité et paternité, mais dans le fait que la mère peut, sur simple demande, transférer une partie du « congé parental initial » au père (le passage de « congé maternité » à « congé parental initial » rend plus lisible cette possibilité de transfert). Par ailleurs, sur les 20 jours de congé réservés au père, 10 jours sont obligatoires (contre 11 jours optionnels pour la France). De ce point de vue, le Portugal est à l'avant-garde en matière de congés parentaux ³⁷.

Est-ce efficace ?

S'agissant du partage du congé parental, les résultats de ces expériences étrangères ne sont pas spectaculaires dans la mesure où les femmes prennent toujours la plus grande part du congé. Par ailleurs, un recours accru des pères aux congés parentaux ne garantit pas qu'ils s'impliquent davantage et durablement dans l'ensemble des tâches domestiques et familiales.

En Allemagne, depuis la réforme de 2007 le taux de recours des pères est passé de 3,5 % en 2006 à 32 % en 2013, mais 80 % d'entre eux se contentent des 2 mois qui leur sont réservés ³⁸, alors que 90 % des mères prennent une année de congé. Parmi les pays nordiques, seules l'Islande, et dans une moindre mesure la Suède, se démarquent. En Islande, pour 100 mères qui prennent le congé, 91 pères y recourent également, et ce pour une durée d'environ un tiers de l'ensemble des congés pris par les deux parents

32. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/509999/IPOL_STU\(2015\)509999_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/509999/IPOL_STU(2015)509999_EN.pdf)

33. Le Bihan B. et C. Martin, 2008, *Les enjeux de la conciliation vie familiale – vie professionnelle en Europe*, Presses de l'EHESP. Concilier vie familiale et vie professionnelle en Europe, Presses de l'EHESP, p. 5-34.

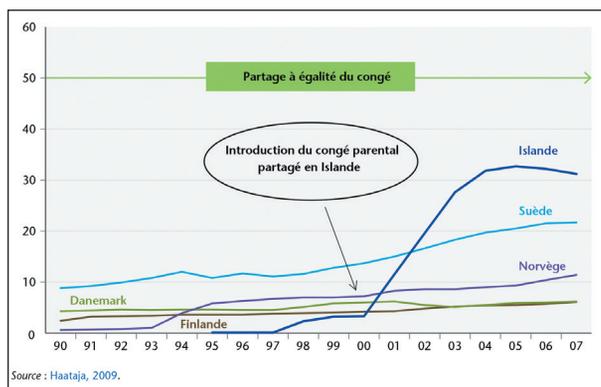
34. Depuis 2015, un autre congé est proposé, « ElterngeldPlus » : l'indemnisation est réduite mais la durée passe à 24 mois (plus 4 mois de bonus). Le congé peut être pris jusqu'aux 8 ans de l'enfant. Les parents peuvent combiner les deux types de congé.

35. La mère peut prendre 1 mois du congé parental qui lui est réservé avant la naissance, et 2 semaines de congé sont obligatoires à la suite de la naissance. Le père n'a aucune obligation de prendre le congé parental.

36. http://www.leavenetwork.org/fileadmin/Leavenetwork/Country_notes/2016/Iceland.pdf

37. <http://www.leavenetwork.org/>

38. http://www.leavenetwork.org/fileadmin/Leavenetwork/Annual_reviews/2016_Full_draft_20_July.pdf

Évolution de la part de congé parental indemnisé pris par les pères dans les pays nordiques³⁹

(graphique 3). En Suède, 80 % des pères font usage de leur droit au congé parental, même si la durée de recours est beaucoup courte que celle des mères. En Norvège, le « quota de pères » introduit en 1993 n'a conduit qu'à une faible augmentation de la part de congé prise par le père. En Finlande, les efforts réalisés en matière de politique de la paternité n'ont pas conduit à une transformation des rapports familiaux⁴⁰.

Le reprofilage des congés parentaux fait bouger le curseur, mais sauf exception les résultats sont décevants. Comment l'expliquer ?

Il est possible que les effets de ce type de congé sur la division sexuée des rôles parentaux s'inscrivent dans la durée. Par ailleurs, au côté de l'objectif d'égalité des sexes, d'autres enjeux ont motivé le reprofilage des congés parentaux dans

En Suède, 80 % des pères font usage de leur droit au congé parental, même si la durée de recours est beaucoup courte que celle des mères.

certains pays : parmi ces enjeux, on trouve la stimulation de la croissance économique via l'augmentation des taux d'activité des femmes ou encore des considérations natalistes visant le renouvellement des générations. Le congé parental court bien rémunéré et partagé, au moins partiellement, entre les deux parents s'est imposé comme une voie prometteuse pour stimuler la natalité et l'activité des femmes. L'Allemagne est emblématique de ce point de vue⁴¹.

La France n'a pas emboîté le pas de ses partenaires européens en matière de congé parental, probablement parce que sa natalité dynamique au regard des autres pays ne l'y contraint pas, ou moins. Par ailleurs, l'objectif d'égalité femmes-hommes n'y suffit pas pour produire des réformes ambitieuses du congé parental. Pourtant, le sursaut d'investissement des nouvelles générations de pères dans l'éducation des jeunes enfants pourrait être un levier pour accroître le partage des congés et ouvrir une brèche dans l'organisation sexuée de la famille.

DE L'APE À LA PreParE : UN CONGÉ PARENTAL FRANÇAIS EN PERTE DE VITESSE

> LES ANNÉES MI-1980 ET 1990

Celles des réformes défavorables à l'activité des mères

L'allocation parentale d'éducation⁴² introduite en 1985⁴³, dont le montant a été doublé en 1987 relevait d'une logique nataliste et défavorable au travail des femmes : ouverte à partir du troisième enfant, elle entérinait le retrait d'activité des mères de trois enfants, qui à l'époque se retiraient le plus souvent du marché du travail avec l'arrivée du troisième enfant. L'effet désincitatif à l'activité a été faible mais l'effet d'aubaine a conduit à redistribuer des ressources vers les familles nombreuses en renforçant la spécialisation des couples. Son extension en 1994 au deuxième enfant relevait d'une autre logique : au carrefour d'une politique familiale (qui encourageait les mères à se retirer du marché du travail), d'une politique de gestion du chômage (en offrant la possibilité aux mères d'être inactives, on contenait l'engorgement du marché du travail), et d'une politique sociale car le caractère forfaitaire de l'allocation et son faible montant (équivalente à la moitié d'un salaire au SMIC à temps plein), elle impliquait de facto qu'elle ne visait qu'une population de femmes peu qualifiées.

Une abondante littérature a montré l'effet désincitatif à l'activité des mères de jeunes enfants d'une telle allocation : entre 100 000 et 200 000 femmes se sont arrêtées de travailler sous l'effet de l'APE rang 2^{44, 45, 46, 47}. La tendance était au repli des femmes dans la famille. Les rares pères qui ont eu recours à l'APE avaient une conjointe plus diplômée, mieux rémunérée ; ces couples adoptaient une répartition des tâches plus égalitaire que la moyenne⁴⁸.

39. Haataja A., 2009, « Fathers' use of paternity and parental leave in the Nordic countries », online working paper, Kela Fpa.

Haas L. et T. Rostgaard, 2011, « Fathers' rights to paid parental leave in the Nordic countries: consequences for the gendered division of leave », Community, Work & Family, 14 (2) : 177-195.

40. Martiskainen H., 2009, « Égalité dans la famille : l'exemple des politiques de congés paternels en Finlande. Miroir aux alouettes ou instrument de changement social ? », Informations sociales, n° 151.

41. Erler D., 2009, « La réforme du congé parental en Allemagne : vers le modèle nordique ? », Politiques sociales et familiales, n° 95.

42. L'allocation de congé parental ne se confond pas avec le congé parental inscrit dans le Code du travail. Ce dernier est un congé d'une période d'un an renouvelable 2 fois auquel les salarié-e-s ayant une ancienneté d'au moins un an sont éligibles, sans compensation financière. Il est cumulable avec le droit à une allocation de congé de parental, versée par l'État.

43. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000881819&categorieLien=id>

44. Afsa C., 1996, « L'activité féminine à l'épreuve de l'allocation parentale d'éducation », Recherches et Prévisions, n° 46.

45. Afsa C., 1998, « L'allocation parentale d'éducation : entre politique familiale et politique pour l'emploi », Insee Première, n° 569.

46. Allain L. et B. Sédiot, 1998, « L'effet de l'allocation parentale d'éducation sur l'activité des femmes », in Politique familiale. Bilan et perspectives. Thélot-Villac.

47. Piketty T., 1998, « L'impact des incitations financières au travail sur les comportements individuels, Une estimation pour le cas français », Économie et Prévision, n° 132-133.

48. Boyer D., 2004, « Les pères bénéficiaires de l'APE : révélateurs de nouvelles pratiques paternelles ? », In Recherches et Prévisions, n° 76, 2004. La paternité aujourd'hui. Pratiques, implications et politiques. P. 53-62 ;

> LES ANNÉES 2000

L'âge d'or de l'articulation des temps des femmes

En 2004, l'APE a été intégrée dans un dispositif plus large, la Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). L'APE est devenue le CLCA, complément de libre choix d'activité. Ouvert dès le premier enfant pour une durée de 6 mois, le CLCA a resserré les conditions d'éligibilité en termes d'activité passée et a accru les incitations à recourir au congé à temps partiel⁴⁹. Le montant de l'indemnisation à taux plein reste faible (toujours un demi-SMIC). En revanche, pris à taux partiel en contrepartie d'une réduction du temps de travail de 20 %, le congé devient plus attractif qu'avant. La solution privilégiée est donc celle de l'articulation des temps des femmes par le temps partiel ou encore par une interruption plus courte⁵⁰. Le recours à un congé à taux plein de courte durée ouvert au premier enfant n'a pas d'effet durable sur la participation au marché du travail des mères.

En revanche, le recours au congé à taux partiel implique un effet négatif sur les salaires des mères, notamment les plus qualifiées⁵¹. En 2006 un nouveau congé ouvert pour les enfants de rang 3 est proposé ; il est mieux rémunéré et ne dure que 12 mois (COLCA : Complément Optionnel de Libre Choix d'Activité). Si ces congés peuvent être partagés entre les deux parents, rien n'est pensé pour encourager les pères à y recourir. Seule l'introduction en 2002 d'un congé paternité rémunéré, d'une durée de 11 jours, montre une volonté de sortir de la logique de « conciliation » du temps des femmes pour amorcer une réflexion sur le temps des pères (*tableau page suivante*).

Cette période est celle du déploiement budgétaire⁵². L'effort a porté en particulier sur l'investissement dans les modes d'accueil. Le désengagement de l'Éducation nationale en matière de scolarisation des enfants de moins de 3 ans a masqué les avancées en matière de création de places d'accueil pour les moins de 3 ans⁵³.

49. Dès sa création, l'APE se décline en taux partiel (avec différents degrés de réduction d'activité) et taux plein. Avec la PAJE CLCA, l'allocation de congé parental à taux plein n'a pas été augmentée (indexation sur les prix) alors que celle à taux partiel a été augmentée de 15 % (HCF, 2009, « *Les aides apportées aux familles qui ont un enfant de moins de trois ans* »).

50. Périvier H., 2004, « *Emploi des mères et garde des jeunes enfants : l'impossible réforme ?* », Droit Social, n° 9/10.

51. Joseph O., A. Pailhé, I. Recotillet et A. Solaz, 2013, « *The economic impact of taking short parental leave : Evaluation of a French reform* », Labour Economics, 25 : 63-75.

52. Les plafonds de la PAJE, prestation d'accueil du jeune enfant, ont été augmentés de 37 % en 2004 (HCF, 2009, op. cit.).

53. Périvier H., 2012, « *Vers un service public de la petite enfance* » in Évaluation du projet économique du quinquennat 2012-2017, Note de l'OFCE, n° 23/26, juillet.

54. Les foyers les plus modestes continuent de percevoir l'allocation de base de la PAJE et donc perçoivent toujours un demi-SMIC dans le cadre d'un CLCA pris à taux plein.

55. 390 euros par mois en cas de cessation totale d'activité, 252 euros pour une durée de travail inférieure ou égale à un mi-temps et 145 euros pour une durée du travail comprise entre 50 % et 80 %.

56. Comptes détaillés de la protection sociale.

> LES ANNÉES 2010

Celles des restrictions budgétaires

Après la crise économique de 2009 vient la période de l'austérité budgétaire : l'heure est à la réduction des dépenses publiques. Les ménages sont mis à contribution dans l'effort budgétaire, particulièrement les ménages aisés avec enfants (réduction du plafond du quotient familial, etc.). Parmi les dépenses allouées à la prise en charge des jeunes enfants, l'allocation de congé parental a été réduite à deux reprises.

En 2014, une refonte technique des différentes allocations conduit à réduire le montant versé au titre du CLCA⁵⁴, qui passe alors à un tiers de SMIC⁵⁵. Puis le CLCA a été remplacé par la PreParE (Prestation partagée d'éducation de l'enfant). Cette réforme affiche la volonté de promouvoir le partage du congé entre les deux parents. Mais contrairement à ce qui a été fait dans les autres pays européens, il ne s'agit pas d'un « quota » réservé au père : le droit individuel à l'allocation de congé parental est passé de 36 mois à prendre jusqu'aux 3 ans de l'enfant, à 24 mois à prendre jusqu'aux 3 ans de l'enfant (*tableau page suivante*). Ainsi, alors qu'un seul parent pouvait utiliser son droit individuel au CLCA jusqu'à l'âge de la scolarisation de l'enfant, avec la PreParE il est impératif que l'autre parent, sous-entendu le père, prenne au moins 12 mois pour couvrir les trois ans. Le montant de l'indemnisation reste faible et forfaitaire. Certes la PreParE est majorée à 638 euros par mois pour une durée de versement plus courte : 8 mois maximum pour chaque parent, dans la limite du premier anniversaire de l'enfant.

L'objectif de cette réforme est d'inciter les pères à y recourir et de réduire la période de congé pris par les femmes pour en limiter les effets sur leur insertion professionnelle : mécaniquement la durée du congé auquel les femmes ont droit est moindre. En revanche, il n'y a pas grand-chose à attendre en termes d'encouragement des pères à prendre le congé : le faible niveau de l'allocation ne peut pas compenser tous les freins économiques, sociaux et normatifs qui font que les pères ne prennent pas de congé parental. La réforme est source d'économies budgétaires, puisqu'elle raccourcit la durée de congé parental pour les mères, en échange d'une année pour les pères, partie du congé qui ne sera probablement pas utilisée.

À rebours de ses voisins, les congés parentaux en France se réduisent comme peau de chagrin et les structures d'accueil se développent.

L'organisation des temps des hommes

À rebours de ses voisins, les congés parentaux en France se réduisent comme peau de chagrin et les structures d'accueil se développent : entre 2010 et 2014, les dépenses publiques au titre du congé parental (CLCA et COLCA) ont diminué de 10 % alors que l'ensemble des dépenses de prestations familiales a augmenté de 8 % et les dépenses consacrées à l'accueil de la petite enfance de 21 %⁵⁶. La tendance des politiques publiques d'accueil des jeunes enfants semble

Tableau 1. Récapitulatif des congés parentaux en France

Type de congé	Congé maternité	Congés de naissance et paternité	PreParE Rg 1	PreParE Rg 2 et +	PreParE Majorée Pour enfant de Rg 3 ou plus
Durée	16 semaines 26 semaines à partir du 3 ^e enfant	Congé de naissance : 3 jours ouvrables Congé de paternité : 11 jours calendaires consécutifs	6 mois pour chaque parent	24 mois par parent <i>le congé maternité post-natal est compris dans la durée accordée à la mère</i>	8 mois par parent <i>le congé maternité post-natal est compris dans la durée accordée à la mère</i>
Calendrier	6 semaines avant la naissance, 10 après /16 semaines pour les enfants de rang 3 et +	Après la naissance (flexible) Dans les 4 mois qui suivent la naissance <i>Les 2 types de congés peuvent être pris séparément ou successivement</i>	Jusqu'au 1 an de l'enfant	Jusqu'au 3 ans de l'enfant <i>Les parents peuvent y recourir simultanément à taux partiel seulement</i>	Jusqu'au 1 an de l'enfant
Obligatoire	8 semaines dont 6 après l'accouchement	Non	Non	Non	Non
Indemnisation	100 % du salaire Plafond 84 €/jour Complément employeurs selon les conventions collectives	3 jours de congé de naissance : 100 % payé par employeur 11 jours : Plafond 84 €/jour Complément employeurs selon les conventions collectives	Taux plein : 390€/mois Taux partiel (réduction d'activité de plus 50 %) : 253€/mois Taux partiel (réduction d'activité de 50 % à 80 %) : 146€/mois		640€/mois
Nombre de bénéficiaires/ Taux de recours	100 % 590 000 bénéficiaires hors fonction publique (Plfss, 2017)	Congé de naissance : 91 % (Drees, 2016) Congé de paternité 68 % (Drees, 2016) 355 723 bénéficiaires régime général en 2011 (Cnaf, n° 133, 2013) 93 % prennent les 11 jours de congés	455 000 bénéficiaires <i>en baisse de presque 8 % entre 2014 et 2015 (plfss, 2017)</i>		
Coût global	3 005 millions € (DREES, pour l'année 2013)	274 millions € (pour l'année 2011)	2 026 millions €		
Protection emploi	Le contrat de travail est suspendu le temps du congé		Aucune protection sauf si cumul avec un congé parental d'éducation		

Sources : Code de la sécurité sociale : article L531-4 ; Code de la sécurité sociale : article D531-4 ; Code de la sécurité sociale : articles D531-1 à D531-26 ; Code du travail : articles L1225-47 à L1225-60 ; Code du travail : articles R1225-12 à R1225-13 ; Code du travail : articles L3142-1 à L3142-3 ; L'e-essentiel, n°133, Cnaf ; Études et résultats, n° 0957, DREES, 2016.

dessiner un parcours du type : après la naissance, les mères s'occupent de l'enfant durant le congé maternité, puis les enfants sont accueillis dans des structures d'accueil extérieures à la famille. Les mères qui travaillent ne subissent pas de stigmatisation sociale contrairement aux mères allemandes⁵⁷. Pour transformer cette tendance en une politique d'égalité,

ce parcours doit s'articuler avec un partage du temps parental entre pères et mères.

Une option pourrait consister à mettre l'accent sur le congé paternité. Deux leviers peuvent être mobilisés : d'une part l'obligation de recourir au congé paternité et d'autre part sa durée. Une étude de la DREES montre que les

Une étude de la DREES montre que les pères ayant eu recours au congé paternité sont davantage impliqués dans les tâches familiales que les autres.

pères ayant eu recours au congé paternité sont davantage impliqués dans les tâches familiales que les autres, et cette corrélation est significative à caractéristiques individuelles, familiales et professionnelles données⁵⁸. Cela n'implique pas nécessairement que cette plus grande implication des pères soit le fruit du congé lui-même : les pères qui décident de prendre le congé ont de fait une intention plus grande que les autres de s'investir dans le soin aux enfants. Néanmoins cela montre, sinon une demande de la part des pères, au moins un levier possible pour accroître leur implication après la naissance d'un enfant.

En France, les femmes sont tenues de prendre 8 semaines de congé maternité dont 6 semaines après la naissance, mais pour les pères le congé est optionnel. Suivant l'exemple du Portugal, le congé de paternité pourrait devenir obligatoire et sa durée pourrait être allongée :

- **Scénario ①** → Le congé de paternité actuel de 11 jours devient obligatoire. Étant donné que le coût actuel du congé paternité est de 274 millions d'euros pour un taux de recours de 68 %, le rendre obligatoire implique un coût total pour les finances publiques de 403 millions (le taux de recours passant à 100 %). **Le coût supplémentaire serait de 129 millions d'euros ;**
- **Scénario ②** → Le congé paternité devient obligatoire et sa durée est doublée, passant à 22 jours calendaires. **Le coût supplémentaire serait de total est de 532 millions d'euros**, pour un coût total pour les finances publiques de 806 millions d'euros ;
- **Scénario ③** → La durée du congé paternité obligatoire est alignée sur celle du congé maternité postnatal, soit 6 semaines (soit 42 jours calendaires), **pour un coût supplémentaire de 1,26 milliard d'euros**, et ce qui porterait le coût du congé paternité à 1,54 milliard d'euros.

57. Brachet S., M. T. Letablier et A. Salles, 2010, « Devenir parents en France et en Allemagne : normes, valeurs, représentations », Politiques sociales et familiales, 100 (1) : 79-92.

58. Legendre E., B. Lhommeau et J. Vincent, 2016, « Le congé de paternité : un droit exercé par sept pères sur dix », Études et Résultats, n° 0997, Drees.

59. Aucune donnée consolidée ne permet d'en évaluer le montant (HCF, 2009, op. cit.).

60. Notons qu'en cas de décès de la mère, le père peut prendre le congé maternité à sa place sous certaines conditions, conditions récemment assouplies (décret du 9 juin 2015). Les indemnités de congés maternité et paternité sont plafonnées. Selon les accords d'entreprises et les conventions collectives, les employeurs peuvent les compléter pour assurer une indemnisation de 100 % à leurs salarié-e-s. Aucune donnée consolidée ne permet d'en évaluer le montant (HCF, 2009). Les coûts présentés ici ne tiennent pas compte du coût que ces réformes entraîneraient pour les employeurs.

L'approximation de ces coûts pour les finances publiques ne tient pas compte du coût induit pour les employeurs du secteur privé, qui, selon les conventions collectives, complètent l'indemnisation plafonnée des congés paternité et maternité de façon à maintenir le salaire perçu par leurs employé-e-s pendant la période de suspension du contrat de travail⁵⁹. Cette réforme du congé paternité pourrait s'accompagner d'une modulation du congé maternité : les mères pourraient transférer une partie de leur congé de maternité à leur conjoint⁶⁰. Ce congé est plus long à partir du troisième enfant, 18 semaines après la naissance de l'enfant contre 10 pour les enfants de rang 1 et 2. Certains parents pourraient opter pour un partage de ce congé postnatal. Cette possibilité serait neutre pour les finances publiques. Le coût actuel des indemnités journalières liées à la maternité est de plus de 3 milliards d'euros.

CONCLUSION

En matière d'égalité professionnelle et de partage des tâches familiales et domestiques, nous sommes loin du compte en France comme en Europe. Malgré tout, certains pays s'en sortent mieux que d'autres. La persistance de la division sexuée du travail est une entrave à l'égalité et est source de discrimination. En matière de congés parentaux, la France est à contre-courant de ses partenaires européens. La dernière réforme de 2014 visait davantage la réduction des dépenses publiques que le partage entre parents du temps consacré aux jeunes enfants. Les congés parentaux pourraient être repensés à l'aune de l'égalité en combinant des durées de congé maternité, paternité et parentaux plus équilibrées à des obligations respectives pour les mères et les pères. D'un « risque maternité » qui pèse sur toutes les femmes actives, on passerait à un « risque parentalité » qui pèserait sur les parents, mais qui aurait le mérite de ne plus être sexué. Cette orientation ne serait pas neutre pour les finances publiques : le coût dépend du calibrage des congés parentaux et des investissements à réaliser dans le secteur de la petite enfance, secteur déjà dynamique. •

Impacts psychiques lors d'une annonce à l'échographie

PAR **DOMINIQUE MERG-ESSADI**, PSYCHOLOGUE, PÔLE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE ET DE SÉNOLOGIE, HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

Nous allons nous intéresser à ce qui se joue sur le plan psychique lors de l'annonce d'une anomalie du fœtus avant la naissance. Plus précisément, nous allons analyser les possibles effets d'une annonce lors d'un examen échographique.

Pour commencer, nous allons explorer comment les femmes enceintes perçoivent cet examen et interroger ce qu'il en est de la place que peut prendre l'attitude de l'échographiste, ainsi que de ses propres bouleversements, puisque c'est à des professionnels du suivi de grossesse, de la physiologie et de l'accompagnement de la naissance que nous nous adressons.

Puis, nous allons relier à ce que nous savons aujourd'hui des processus psychiques du devenir parent, et les possibles interférences entre construction psychique, accès à l'échographie prénatale et annonce d'une anomalie. Cela nous amènera à développer ce qu'il en est des enjeux narcissiques dans l'attente d'un enfant, et d'apporter ainsi un éclairage sur ce qui peut se jouer sur le plan psychique lors de l'annonce d'une anomalie avant la naissance.

LA FEMME ENCEINTE, SES REPRÉSENTATIONS, SES PROJECTIONS

Le bébé est déjà pensé, rêvé, décrit, avant même d'être exploré physiquement grâce à la sonde échographique. Sur le plan psychique, les attentes que l'on a de lui, les espoirs le portent.

Les visions que ses futurs parents peuvent avoir de lui sont imaginaires, sont liées à leurs souhaits mais aussi à leurs craintes. On peut considérer qu'avant l'accès à l'échographie, les parents seraient dans une bulle où ils ne développent que leurs projections.

Sophie de Mijolla-Mellor¹, psychanalyste, repère dans cet accès aux images d'un être en développement « *le caractère proprement monstrueux, au sens du prodige, mais aussi de l'inquiétante étrangeté, que constitue la représentation de l'humain* ». C'est-à-dire que l'idée même de pouvoir voir ce côté caché, voire sacré de la vie qui germe, allie pulsion de vie et pulsion de mort.

Voir par anticipation son propre enfant et y chercher des traits de ses propres ancêtres relève du concept d'inquiétante étrangeté tel qu'il a été conceptualisé par Freud. L'image intrinsèquement fait associer à la mort.

L'illusion d'un accès au réel par l'échographie pourrait venir faire effraction dans une période où la construction des représentations de l'enfant est encore principalement imaginaire².

L'idée même de pouvoir voir ce côté caché, voire sacré de la vie qui germe allie pulsion de vie et pulsion de mort.

La théorie d'une interruption des rêveries parentales par l'échographie a été défendue par Michel Soulé³, pédo-psychiatre psychanalyste dans les années 90. Il a qualifié l'échographie d'IVF, soit *Interruption Volontaire de Fantasme*. Les théories psychanalytiques insistant sur la construction psychique de l'enfant par le bain de langage et de rêveries qui le précèdent et accompagnent son développement, cet accès nouveau à des éléments du réel allait interférer avec la construction fantasmatique. L'accès au réel viendrait empêcher les constructions imaginaires nécessaires à la reconnaissance de l'enfant comme sujet.

Des travaux ultérieurs, notamment d'Anne Courvoisier⁴, ont repris cette idée d'une interruption du travail imaginaire, mais en limitant l'interruption de fantasme à un temps défini juste autour du moment de l'examen d'échographie. Ainsi, durant le temps où l'opérateur fait entrer dans une dimension objective par ses descriptions, la femme serait dans un mode de perception rationnel qui se modifierait peu après pour revenir à une perception plus subjective de l'enfant et de ce qu'il représente.

Quelques années plus tard, Michel Soulé remettra en question sa théorie d'IVF, pour développer celle de l'image échographique comme surface de projection. Plus précisément, il fera le parallèle entre l'image d'échographie avec ses zones plus ou moins déchiffrables et les fameuses taches d'encre du test projectif de Rorschach. Les réponses analysées servent à évaluer les traits de personnalité qui organisent la personnalité du sujet. En fait, cela confirme que chacune s'attachera à tel ou tel élément, en fonction de sa personnalité certainement, de son référentiel, ce qui importe pour elle ou non, mais aussi de ses espoirs et de ses craintes.

Pour autant, l'image révélée par l'échographie n'est pas le réel mais une reconstruction, voire une interprétation de

1. Mijolla-Mellor S. (2009), « *L'enfant idéal n'existe pas* », Recherches en Psychanalyse, n° 8, p. 221-227.
2. Merg D. & Bader C. (2005), *Le vécu parental de l'image échographique du fœtus*, Revue des sciences sociales, Strasbourg, Université Marc Bloch, n° 34, pp. 52-61.
3. Soulé M. (1999), « *Écoute voir... l'échographie de la grossesse* », Toulouse, Eres.
4. Courvoisier A. (1985), *Échographie obstétricale et fantasmes*, Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'adolescent, 22, 2-3, pp. 103-106.

celui-ci. L'image reste une interface qui dévoile une partie de l'anatomie du fœtus, sans le révéler totalement. L'accès à ces fragments est un terreau pouvant nourrir l'imaginaire. Les révélations pourront aller dans le sens de ce qui est attendu, fournir des informations nouvelles ou rencontrer ce qui est redouté. Avant de développer ces aspects plus avant, voyons en quoi le professionnel de santé pourrait interférer.

LE PROFESSIONNEL, MÉDIATEUR ENTRE L'IMAGE ET LES REPRÉSENTATIONS

D'entrée de jeu, la femme enceinte n'a ni le même objectif, ni le même niveau d'interprétation que l'échographiste lorsqu'elle vient pour « son » échographie.

Un écart sépare la femme arrivant avec son lot d'imaginaires et l'échographiste chargé de la responsabilité de réaliser au mieux un bilan très précis, suivant un protocole défini. Luc Gourand⁵, médecin obstétricien échographiste, a listé les différences opposant la patiente et l'échographiste lors de l'examen. Entre imaginaire et réalité, passivité et activité, attente d'être assurée d'avoir un beau bébé en bonne santé/procède à un examen morphologique minutieux de l'enfant en tant que patient; guette des ressemblances familiales chez ce bébé/recherche d'éléments diagnostic anormaux éventuels; attente de garantie de normalité/objective les éléments visualisables en temps réel. Ainsi, Luc Gourand qualifie le moment de l'échographie à partir de cette liste de différences d'appréciation, de « possible malentendu ».

Là aussi, des propos *a priori* similaires sur la description de l'état de santé de l'enfant *in utero* n'auront pas le même impact chez chacune.

Faudrait-il, pour éviter tout risque de générer de l'anxiété, ne rien dire? Mais ne risquerait-on pas, en ne donnant aucun commentaire, de laisser place aux interprétations anxiogènes des images brutes, comme l'a analysé Serge Tisseron⁶, psychanalyste spécialisé dans l'image?

Certes, l'idée d'une « asepsie verbale » évite des interprétations erronées et permet de recentrer sur le but de l'examen. Pour autant, ne donner aucun commentaire, ce qui est différent, risque de générer de l'anxiété. Celle-ci peut venir résonner avec l'histoire du sujet. Dans d'autres cas, certaines patientes viennent juste pour recevoir une ou l'autre information, sans éprouver d'inquiétude préalable. Ne rien dire serait une violence dans une élaboration psychique en cours.

En effet, les propos de l'échographiste apparaissent comme un support aidant à métaboliser les informations apportées

par l'échographie. Sylvain Missonnier⁷ a repéré dans la faculté de décodage des images de l'échographiste et ses capacités à transmettre des informations claires et accessibles à la future mère la « capacité de rêverie maternelle » telle qu'elle a été théorisée par Alfred Bion. Il s'agit de rendre métabolisable des éléments *alpha*, à l'état brut, en éléments *Beta*, qui peuvent alors être intégrés, prendre sens.

Le professionnel joue un rôle de médiateur entre l'image échographique et les parents. En effet, si des projections sur l'image sont possibles de la part des parents, il est nécessaire pour décrypter les subtilités de l'échographie que l'échographiste en soit le traducteur. Cette place particulière pour l'échographiste n'est pas neutre non plus.

Ainsi, comme l'évoque Paul Denis⁸ : « lorsque le pédiatre, le psychiatre d'enfant, l'échographiste parlent à une mère en lui expliquant un certain nombre de choses, ils se constituent en médiateurs, de chair et d'os, entre elle et l'information qui va la toucher : l'information est donnée dans un cadre relationnel. Si rien n'est dit et si l'image est simplement présentée, de façon directe, toute médiation disparaît et le risque d'effet traumatique est plus grand ».

Le professionnel peut ainsi avoir un rôle d'étalement ou de contenant pour la mère ou le père en limitant les effets traumatiques d'une image incomprise. Paul Denis explique cet effet traumatique par le fait d'apporter « d'un seul coup une masse d'informations considérable qui prend à contre-pied l'organisation précédente [...] d'un autre côté elle peut être organisatrice dans la mesure où elle donne prise à un investissement immédiat dont la valeur organisatrice peut être précieuse »⁹. Donc, toute l'importance de la relation réside dans le côté organisateur ou au contraire désorganisateur de la rencontre et surtout de la présentation de l'image.

Il est donc important d'apporter en plus de l'image des commentaires, des apports d'information dans cet objectif-là.

Pour concilier l'examen échographique et les commentaires en temps réel il apparaît indispensable de formaliser avant l'examen un cadrage des objectifs de cet examen et des étapes de son déroulement.

POSSIBLES INTERFÉRENCES DE L'ÉCHOGRAPHIE SUR LA CONSTRUCTION PSYCHIQUE PARENTALE

Durant ces dernières années, la psychanalyse a fourni un important cadre de référence à l'étude de la grossesse. Françoise Cailleux¹⁰, psychologue, l'a synthétisé dans son article intitulé « Percer le secret de la grossesse : de la transpa-

5. Gourand L. (1998), *Place de l'échographie dans le diagnostic prénatal*, Le carnet Psy, 1998, 35, p. 17-21.
6. Tisseron S. (1995), *Psychanalyse de l'image*, Paris, Dunod.
7. Missonnier S. (2001), Une étoile monstrueuse dans la constellation maternelle? Les représentations d'anomalies fœtales pendant la grossesse, in D. Brun (dir.).
8. Michel Soulé (1999), « Écouter, voir... l'échographie de la grossesse », p. 66.
9. Ibid, p. 139.
10. Cailleux F. (2009), « Percer le secret de la grossesse : de la transparence du corps à la transparence psychique », Cahier de psychologie clinique, n° 32, p. 75-87.
11. Merg D. (2006), *Illustration de la rencontre entre les images médicales et les imaginaires d'enfant au cours du devenir mère*, Séminaire Ouverture professionnelle, Master 2 recherche, 14 décembre 2006, Université de Strasbourg.
12. De Mijolla-Mellor S. (2009), « L'enfant idéal n'existe pas », Recherches en

Psychanalyse, n° 8, p. 221-227.

13. Soubieux M. J. (1999), *Œil du dehors, œil du dedans*, in Soulé M. (dir.), p. 113-131.
14. Torok M., Abraham N. (1987), « L'écorce et le noyau », Flammarion.
15. Merg D. (2001), *Étude clinique des répercussions psychiques maternelles suite à l'annonce d'une anomalie visible de l'enfant : contribution de la périnatalité au mécanisme de l'inquiétante étrangeté*, thèse de doctorat.
16. Catherine Allamel-Raffin, Dominique Merg-Essadi, Jean-Christophe Weber, Thierry Rusterholtz & Isabelle Pons (2008), *Le fœtus dans l'acte d'IMG : un statut à géométrie variable*, Revue des Sciences Sociales, Strasbourg, Université Marc Bloch, 39, pp. 126-134.58. Legendre E., B. Lhommeau et J. Vincent, 2016, « Le congé de paternité : un droit exercé par sept pères sur dix », Études et Résultats, n° 0997, Drees.

rence du corps à la transparence psychique ». Elle a rendu aux peintres et aux poètes, la primauté de ce qui a été étudié et rapporté par les analystes.

Pour les parents, mais également l'entourage et la société, l'enfant existe sur différents plans. Ainsi, bien avant la naissance se construit pour les parents un rapport à un enfant imaginaire. Cet enfant émerge des fantasmes des parents, de leurs histoires et vécus personnels. L'enfant est en quelque sorte façonné à leur image au gré des désirs conscients ou non.

Nous avons analysé les représentations parentales de l'image de l'enfant avant sa naissance lors d'une étude antérieure¹¹. Les résultats font état d'une double fonction de l'image échographique : d'une part elle objective l'existence de l'enfant et d'autre part elle offre support à la subjectivité parentale. La part de la subjectivité est aujourd'hui dominante et contribue à la dimension affective des images de l'enfant à naître.

Quels peuvent être les effets de cette rencontre précoce avec l'enfant réel ? Que se passe-t-il par exemple quand l'enfant réel s'éloigne « beaucoup » de l'enfant imaginaire, par exemple à l'annonce d'une anomalie ?

Sophie de Mijolla-Mellor dans son article « *L'enfant idéal*

n'existe pas »¹² nous fait remarquer que « *La femme enceinte n'aurait pas de représentation inconsciente du fœtus ou de l'embryon qui grandit dans son ventre* », en revanche, « *les rêves des femmes enceintes commencent le plus souvent par : « mon bébé était né », voire représentent un bébé de quelques mois ou un petit enfant* ». Ainsi, l'auteur explique par là qu'une révélation d'une anomalie de l'enfant à un stade de développement précoce peut mettre un frein à cette construction de l'enfant idéal, ou au contraire réactiver son investissement, par réaction de réparation, assortie d'une culpabilité.

De plus, en autorisant la profanation par l'accès aux images de l'enfant à naître, la femme peut se sentir coupable et vivre l'annonce de cette anomalie comme une punition pour avoir enfreint un interdit selon Marie-José Soubieux¹³. Nous retrouvons différentes formes de culpabilité dans la clinique, qu'elles soient reliées à la question des origines fait que cela échappe au conscient, et l'on peut aussi culpabiliser d'une faute « héritée », car elle concerne nos ascendants¹⁴.

Afin d'aborder différents aspects des répercussions psychiques de l'annonce d'une anomalie, nous allons présenter deux vignettes cliniques.

VIGNETTE CLINIQUE

MADAME U. OU LA PARENTALITÉ PRÉMATURÉE

MADAME U, BIBLIOTHÉCAIRE, 28 ans, en union libre depuis deux ans, conjoint souvent à l'étranger pour missions, demande un entretien suite à l'annonce d'un *laparoschisis*.

19 SA → Révélation d'un *laparoschisis* lors de l'échographie morphologique. Le conjoint est présent, ne parle pas bien le français. Madame lui traduit les informations données par la sage-femme puis par le médecin.

20 SA → Premier entretien, recommandé par la sage-femme. Madame est souriante. À partir de la narration de son histoire personnelle, du projet de grossesse, elle s'enthousiasme de découvrir qu'elle est dorénavant considérée « comme une maman ». Venant pour les examens recommandés pendant la grossesse, Madame se vivait comme « une femme enceinte ». Or, depuis cette échographie où les professionnels ont diagnostiqué et décrit l'anomalie dont le fœtus est atteint, ils s'adressent à elle, non plus comme la patiente Madame U, mais comme la mère du petit qui est dans son ventre.

Déjà, lors de cet examen, la sage-femme a demandé au couple s'ils souhaitaient connaître le sexe du « bébé » ?

Cette question a été émouvante et ils ont dit oui rapidement. Ce n'est que dans un second temps que la sage-femme leur a annoncé qu'il y avait une image à réexaminer avec le médecin, difficile à identifier, au niveau de la paroi intestinale de « leur petit garçon ». Enfin, le troisième temps a été de décrire ce qui pouvait être vu, puis de nommer de quelle particularité il s'agissait.

Cette appellation « humanisante » a pu inscrire cet enfant porteur d'une anomalie comme un sujet humain, là où pourrait surgir une image « monstrueuse ». Par ailleurs, l'enfant n'étant pas

encore investi en tant que tel à ce stade de la grossesse pour Madame U, il aurait pu y avoir une entrée dans la culpabilité sans ce préalable.

22 SA → Madame dit que médicalement les médecins avaient apporté des réponses aux questions qui sont venues dans un premier temps. Elle a un rendez-vous avec le chirurgien pédiatre, auquel elle prévoit de se rendre sans le conjoint, ce dernier, confiant, préférant réserver ses congés pour l'après-naissance.

Madame dit être également confiante en l'équipe médicale. Autant elle était jusque-là une femme enceinte fière de continuer son activité professionnelle et ses activités personnelles, autant depuis qu'elle est devenue dans le discours des soignants « Madame U., la maman du petit qui a un laparoschisis » elle réalise qu'elle va être mère. Ses questions concernent les aspects pratiques de l'hospitalisation du bébé, elle et son conjoint lui ont donné un prénom de grossesse, afin de parler de lui comme d'un enfant attendu, sans toutefois lui choisir son prénom définitif.

Madame continuera les entretiens tout au long de la grossesse, élaborant l'attente de son enfant, sa position de mère, et ses liens avec la ville où elle et son conjoint ont choisi de démarrer « leur lignée ».

Madame donnera un sens à cette anomalie au niveau de l'ombilic, comme une nouvelle origine du monde, une concrétisation de la rencontre de deux cultures.

Il a pu se dire des choses sur des attitudes infantilisantes et souvent autoritaires de ses propres parents à son égard, en opposition à la posture respectueuse et bienveillante des soignants. « *Les bonnes fées de l'hôpital universitaire* ».

Cette vignette nous enseigne un possible effet d'anticipation du processus psychique de parentalité par l'annonce d'une anomalie à l'échographie.

L'échographie elle-même pourrait avoir, certaines fois cet effet, bien que le plus souvent ce soit la perception des mouvements du fœtus qui aide au passage de « l'être enceinte » à « porter un enfant »¹⁵.

A contrario, ne négligeons pas que l'accès à l'annonce d'une anomalie peut aussi, dans certaines situations, empêcher l'investissement, voire modifier le statut de l'enfant à naître, comme nous avons pu l'observer¹⁶.

Elle nous conforte aussi dans la pratique des paroles bienveillantes, du vocabulaire humanisant, qui réifient le fœtus et contiennent le processus psychique de parentalité.

MADAME D. OU L'IDENTIFICATION AU FŒTUS

MADAME D., JURISTE, 38 ans, mariée depuis un an, première grossesse, demande d'entretien suite à une annonce de Trisomie 21.

18 SA → Consulte pour l'échographie morphologique. Le médecin échographiste l'informe de la bonne évolution de la grossesse, et lui fait part d'un diagnostic de Communication Auriculo Ventriculaire visible à l'examen d'échographie, et appelant à faire d'autres investigations.

19 SA → Choriocentèse.

20 SA → Le résultat est annoncé: XY T21 en présence de Madame, sa belle-sœur et une amie psychologue. Madame est au bord du malaise, sidérée. Le médecin propose de rencontrer le couple dans un second temps.

20 SA → **Premier entretien** à la demande de Madame, déjà en psychothérapie par ailleurs pour anxiété.

Madame vient seule, se dit effarée par ce diagnostic qui lui avait été impossible d'imaginer. Il lui est impossible d'élever un enfant qui ne pourra pas accéder à une « *qualité de vie* ». Elle-même s'est extraite d'un milieu familial dit « *sans amour* » voire « *maltraitant* » par l'accès aux études supérieures. Monsieur, universitaire brillant, cultivé, n'est pas favorable à la demande d'IMG formulée par Madame. Tous deux sont croyants pratiquants de religion musulmane.

Madame se plaint de l'examen échographique ayant permis de révéler l'anomalie cardiaque qui a évoqué la probabilité d'une anomalie chromosomique associée. La scène de l'examen est décrite comme « *une intrusion brutale, violente* ». Dans son souvenir, l'échographiste aurait appuyé la sonde avec force. Madame mime

le geste se saisissant des deux mains « *pour appuyer encore plus fort* », jusqu'à lui « *faire mal* ». La patiente projette probablement sur l'échographiste la violence qu'elle a ressentie en elle.

21 SA → **Deuxième entretien**. Madame a rencontré la généticienne, elle rapporte qu'il s'agit d'une T21 libre et homogène « *non transmise par les parents* ». Madame insiste sur le fait que « *la compatibilité entre elle et son conjoint* » n'est pas en cause ici.

Or, justement, Monsieur n'approuve pas la décision de son épouse d'avoir recours à une interruption médicale de grossesse. Il respecte ce choix, bien qu'il lui coûte de perdre son premier fils (il est père par ailleurs de deux filles adolescentes). Madame se plaindra à plusieurs reprises du manque de soutien de la part de son conjoint, pour cet événement comme pour des situations du quotidien.

Madame continuera les entretiens, avec déplacement de la haine contre l'échographiste vers différentes femmes de son entourage et propensions à l'interprétation de nombre de propos ou de comportements comme des agressions.

Un apaisement a été possible par « *la reconnaissance de son enfant* » comme son fils auprès d'un groupe de pairs, des parents endeuillés. Son histoire peut dorénavant se dérouler sans le cortège émotionnel bruyant de sa douleur.

Le sens de cette naissance sera vécu comme une preuve de la possibilité de son couple à surmonter une épreuve.

L'anxiété, antérieure à son état de grossesse, accompagne toujours les événements de l'équipe où elle a été prise en charge pour son interruption médicale de grossesse.

Cette vignette nous enseigne l'effet de sidération, puis de déni suite à une annonce, soit un travail d'acceptation psychique qui se déclenche lors de la perte d'un être cher, ici de l'objet d'investissement. Nous repérons aussi l'identification au fœtus, les projections, ainsi que les mouvements de déplacement amour-haine.

Nous allons développer plus précisément ce qui se joue sur le plan psychique.

BOULEVERSEMENTS PSYCHIQUES

L'annonce d'une anomalie va entraîner, indifféremment de la gravité du diagnostic, une douleur psychique intense.

« *La douleur est un affect qui échappe à la pensée, dernier rempart contre la folie et la mort. Mais la douleur est aussi la manifestation extérieure d'une pulsion extérieure refoulée* »¹⁷.

L'annonce d'une anomalie, avec ou non probabilité d'un handicap, peut avoir dans certains cas les mêmes effets que l'annonce de la mort du nouveau-né.

L'annonce d'une anomalie entraîne aussi une « *blessure narcissique* » Il s'agit d'une effraction dans le mode d'investissement libidinal de la mère qui constitue un processus de devenir parent¹⁸. Cette blessure a donc un retentissement sur le processus de parentalité.

17. Nasio JD. (2005), *La douleur d'aimer*. Paris : Payot, « Petite Bibliothèque ».

18. Merg D. (1998), *Anomalie congénitale visible et identité maternelle*, Le Journal des Psychologues, 1998, 155, p. 14-15.

19. Bydlowski M. (1998), *Transparence de la grossesse et dette de vie*, in Dugnat M., *Devenir père, devenir mère*, 1998, Paris, Erès, p. 75-81.

Monique Bydlowski¹⁹ nous dit que « *la grossesse est donc ce moment privilégié de transparence psychique au cours duquel peut s'opérer une sorte d'alliance thérapeutique avec le narcissisme maternel. Cette alliance favorisera le dévoilement de fantasmes et de souvenirs ordinairement refoulés dont on sait aujourd'hui combien ils pourront peser sur l'enfant qui grandit. Partagés avec le thérapeute, tel souvenir chargé d'affect, tel fantasme invasif perdront leur charge émotionnelle. Elle se dissoudra au fil des entretiens, favorisant ainsi une plus grande disponibilité de la jeune mère envers son nouveau-né. En s'adressant au narcissisme maternel, il suffit ainsi, souvent, pour restaurer l'enfant qu'elle porte, de réparer celui qu'elle a été.* »

La grossesse et surtout la venue d'un enfant bouleversent la filiation. Avant le premier enfant, le couple se trouve encore dans une place d'enfant vis-à-vis de leurs parents, mais la grossesse et la naissance d'un enfant vient bouleverser cet ordre nécessitant des bascules : l'enfant devient parent pour laisser la place à l'enfant, les parents deviennent grands-parents pour laisser la place à leur enfant, etc.

La venue d'un enfant peut amener l'homme et la femme à retraverser des questions en rapport au narcissisme primaire qui renvoie à leurs propres investissements respectifs de leur place initiale d'enfant. Mais également au narcissisme secondaire, c'est-à-dire l'étape suivante au cours de laquelle le bébé investit sa propre personne en fonction de l'investissement précédent. Ces enjeux narcissiques viennent se rejouer en lien avec l'investissement possible pour l'enfant à venir, en lien avec les relations précoces qu'ont vécu les parents.

Ces enjeux seront probablement encore plus prégnants chez les femmes seules, qui ne vivent pas d'interrelations avec les perceptions propres au conjoint et son entourage.

Les enjeux narcissiques en rapport avec l'échographie peuvent prendre différentes directions. Ainsi, les parents peuvent chercher à se retrouver dans l'image du fœtus, c'est une manière d'investir cet enfant en devenir, par ressemblance aux parents. L'enfant est alors la continuité de son parent, voire la possibilité d'accomplir des choses que, lui, n'a pas réussies, accomplir ses rêves et combler d'éventuels manquements.

Plus concrètement, Luc Gourand²⁰ explique : « Pour construire leur projet, les parents ont besoin de croire à leur capacité à devenir parents. Ils ont besoin de faire confiance à l'aptitude de leur enfant à se développer ». D'une certaine manière cela peut vouloir dire que les parents doivent se percevoir et investir leur rôle de parents comme étant « suffisamment bon » pour pouvoir donner l'espace de liberté possible à l'enfant de se développer. Pour percevoir l'enfant comme un bon objet, les parents eux-mêmes doivent se percevoir comme tel.

La relation à l'enfant est donc en quelque sorte un miroir de la relation d'un parent à lui-même.

Par l'identification, la qualité imaginaire s'efface au profit de « l'être comme l'objet », c'est-à-dire que l'identification supprime la distance séparatrice entre l'objet perçu ou représenté et le Moi. L'identification n'est pas qu'aliénante, elle est structurante, c'est ce qui spécifie le rapport mère-enfant. C'est ce que Winnicott²¹ a conceptualisé sous les termes de « Préoccupation Maternelle Primaire ».

Sophie de Mijolla-Mellor parle notamment du fait que l'embryon en lui-même constitue une anomalie : « L'anormalité est là tout entière, en ce sens que notre image narcissique ne saurait se plier à abandonner ainsi son aspect et ses contours pour s'identifier à un embryon en forme de haricot ou à ces apparences de créatures issues d'une préhistoire aquatique que l'on verrait plus volontiers dans un bocal que dans son propre ventre »²².

Mais cela donne lieu, selon elle, à une « idéalisation ». Et de la même manière, même quand une anomalie de l'embryon est présente, cela n'amène pas inéluctablement à un désinvestissement, au contraire il peut y avoir surinvestissement qui résulterait d'une tentative de la mère de compenser « sa culpabilité d'avoir mis au monde un anormal par la qualité de « mère idéale » à laquelle elle s'astreint »²³.

Sylvain Missonnier²⁴ souligne la présence de l'angoisse signal, un paradigme anticipatif présent lors du processus de

parentalité. L'anticipation est un des mécanismes de défense adaptative du moi. Ainsi peut s'articuler parfois un équilibre psychique angoisse/anticipation.

Quelle différence avec l'anxiété ? L'anxiété, dérivée du latin *anxietas*, signifie une « disposition naturelle à l'inquiétude »²⁵. Il s'agit d'une dérégulation émotionnelle plus fréquente au cours de la période de la grossesse. Un état psychologique dans lequel la personne peut identifier et justifier l'objet. Les signes de l'anxiété peuvent se rapprocher de signes d'angoisse mais avec une intensité beaucoup moins forte. L'anxiété d'objet se développe dans la conscience et sa source est souvent alimentée par le changement.

La période de grossesse est souvent comparée à l'état de « l'inquiétante étrangeté ». Cette notion fait écho à la période de la vie psychique dont l'évolution du sentiment du moi dont le moi n'était pas encore bien délimité par rapport au monde extérieure et l'autrui. Cela caractérise la vie *in utero* et le vécu de la femme enceinte. Cette impression est dérivée de la vie psychique infantile et produite par la répétition de l'identique (l'enfant dans le ventre qui est une partie de moi).

Cependant, si la patiente a déjà fantasmé (imaginé, rêvé, redouté) d'avoir un enfant anormal elle peut vivre un épisode de bouleversement psychique pouvant aller jusqu'à une décompensation en l'absence d'élaboration. En effet, le fantasme fait partie de la vie psychique du sujet. Il peut s'exprimer de façon consciente (rêverie) mais aussi inconscient qu'une très grande partie anime la vie psychique du sujet. Ces éléments inconscients ne restent pas accessibles à la conscience du sujet et sont alimentés par le désir. Cela a une fonction de protection pour le sujet contre le réel. Ici le réel est représenté par l'annonce d'anomalie et peut être traumatique pour le sujet vu qu'il n'a plus de barrière entre le fantasme et la réalité.

COMMENT S'AJUSTER POUR TENDRE VERS « UNE BONNE PRATIQUE » ?

La réactivité sera dépendante du sujet, de sa structure, de son histoire. Pour autant, l'expérience clinique, l'écoute des bouleversements des parents et les apports des théories psychanalytiques nous permettent de suggérer quelques moyens d'aborder une annonce diagnostique avant la naissance.

Une mauvaise nouvelle à laquelle on ne peut pas être préparé va entraîner un temps de sidération durant lequel le patient (ici la femme enceinte et son conjoint) devient sourd aux informations. L'annonce bouscule représentations conscientes et attentes. Aussi, pour le professionnel, il sera nécessaire de reprendre les informations en plusieurs temps.

Ainsi, M. Carpentier²⁶ récapitule la réception d'une information en trois temps :

- ① Le premier est celui de l'attente partielle de ce qui est à transmettre.
- ② Le second est celui qu'il faut au moi pour réaliser ce qu'il a entendu, le temps de changer de cadre, de lieu, d'espace et de temps, pour laisser l'inconscient réagir et le moi percevoir. Là, deux cas de figure : soit l'inconscient avait déjà enregistré quelques éléments qui vont dans le même sens, alors restera le temps de réaliser ce que l'information veut dire et ce qu'elle entraîne dans l'imaginaire. Soit aucun élément dans l'inconscient ne

20. Gourand L. (1997), *L'échographie à sa juste mesure*, L'école des parents, 12, p. 30-33.

21. Winnicott D.W. (1969), « La préoccupation maternelle primaire » in De la pédiatrie à la psychanalyse Payot, Paris, 1969, p. 168-174.

22. Ibid, p. 221-227.

23. Ibid, p. 221-227.

24. Missonnier S. (2015), « L'avenir présent de l'anticipation » in La consultation thérapeutique périnatale. Un psychologue à la maternité, Eres 2015, p. 81-111.

25. Kapsambelis V. (2007), « L'angoisse », in Que sais-je ? Paris, PUF, 2007.

26. Carpentier M. (2009), « Un enjeu face à l'annonce du diagnostic en périnatalité : La douleur d'avoir un enfant handicapé », L'information Psychiatrique, n° 85, p. 439-445.

s'attendait à une telle annonce, aucun élément préalable n'a été perçu et là, l'inconscient enregistre mais le moi se défend et ne veut rien savoir. Le moi se tétanise, témoin d'une douleur dont le sujet ne peut rien dire. Le refoulement va empêcher l'information d'accéder au conscient. C'est un moyen de protection du moi face à l'apparition d'une douleur ancienne inconsciente.

- ③ Le troisième temps est celui où le médecin revoit le couple lorsqu'il a réalisé ce qui était en train de se dire, que le moi est suffisamment prêt à recevoir l'annonce. Alors les parents auront des questions, et seront aussi psychiquement disponibles pour reprendre le déroulement de ce qui leur arrive.

L'échographiste est exposé, sur le plan de ses responsabilités médico-légales, dans la relation avec la patiente, et par la portée des informations qu'il sera amené à délivrer s'il repère des anomalies. Les professionnels aussi peuvent traverser des temps de défense psychiques qui rendent compliquée l'objectivation d'une anomalie lors de l'examen d'une patiente pour laquelle une relation empathique s'est développée.

Une analyse des échanges lors des consultations²⁷ montre l'importance des contraintes temporelles et émotionnelles qui pèsent sur la communication. Dans une consultation programmée pour durer 30 minutes, l'opérateur doit à la fois demander des renseignements sur la grossesse pour remplir un dossier et faire plusieurs séries de mesures au dixième de millimètre près sur un fœtus qui mesure quelques centimètres, en ayant les yeux rivés sur l'écran. Il doit également rédiger un compte rendu d'examen. Dans ces conditions, l'opérateur prend l'initiative de la plupart des interactions verbales et les réponses de la femme enceinte doivent être courtes. La communication autour du dépistage est également entravée par des contraintes émotionnelles qui résultent de la mise en œuvre du dispositif sociotechnique pour respecter les normes de qualité de l'échographie.

De nombreux praticiens s'interrogent sur leur pratique. Et notamment sur la manière d'appliquer au mieux ce devoir d'information imposé par la loi de 2002. « *Nous sommes pris en tenailles entre l'obligation d'informer le plus complètement possible et la crainte que ces informations ne bouleversent les parents* », témoigne Roger Bessis²⁸. Cette tension est d'autant plus prégnante pour l'activité en libéral. Lorsque le praticien connaît bien sa patiente, qu'il a une relation privilégiée de longue date, il peut être lui-même particulièrement affecté d'avoir à lui annoncer une mauvaise nouvelle. Certains rapportent s'être surpris à répéter l'examen plus que nécessaire, avec l'espoir de ne pas retrouver l'anomalie diagnostiquée. Cette forme de déni transitoire de l'échographiste témoigne d'impacts psychiques probables également du côté de l'échographiste.

Une étude²⁹ montre que les sages-femmes libérales pratiquent les échographies de dépistage conformément à la

27. Champenois-Rousseau, Vassy, (2014), *Comment le risque devient une évidence : praticiens, femmes enceintes et dépistage prénatal de la trisomie 21*, p. 121-136.

28. Hoffner A.B (2006), *Malaise dans le dépistage prénatal*, La Croix.

29. Helvig A.D. (2007), *Être sage-femme échographiste en libéral*, Mémoire.

30. Bydlowski M. (1978), *Les enfants du désir, le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient*. Psychanalyse à l'université, 1978, 4, 13, p. 59-92.

Nous sommes pris en tenailles entre l'obligation d'informer le plus complètement possible et la crainte que ces informations ne bouleversent les parents.

législation : elles gardent une certaine asepsie verbale lors de la suspicion d'une pathologie et adressent la patiente à un médecin référent. C'est lui qui portera le diagnostic de l'anomalie et l'annoncera au couple.

Les femmes enceintes entendent bien qu'il y a une suspicion, et là encore, selon leur structure, ce sont leurs propres mécanismes d'adaptation qui seront mis en mouvement.

CONCLUSION

La grossesse est une expérience unique propre à la vie d'une femme, un moment particulier doublé de remaniements psychiques importants.

Chaque parent porte dans son inconscient un enfant fantasmatique issu de son enfance.

L'enfant est conçu plus tardivement, après plus de réflexions et de projets. Il est aussi accueilli plus précocement comme personne, comme être distinct de sa mère bien qu'encore physiquement contenu en elle.

L'échographie apporte une surface de médiation entre l'enfant imaginaire, l'enfant réel, le professionnel et chacun des parents en devenir. L'image échographique ne supprime pas le fantasme de l'enfant imaginaire, fruit du désir de grossesse.

Le temps de l'échographie est un temps de rencontre entre les parents, l'enfant et l'échographiste.

L'annonce d'une anomalie entraîne des bouleversements psychiques divers selon la structuration initiale du sujet. Le développement d'une angoisse est dépendant de la capacité d'élaboration psychique des parents à métaboliser le message transmis, de leurs représentations conscientes et inconscientes « réveillées » lors d'une annonce. Cette angoisse peut se relever de l'anticipation adaptée ou traumatique.

Les parents sont confrontés à la violence du « réel dit ». Nous rappelons avec M. Bydlowski³⁰ combien la grossesse est une période de la vie de femme plus propice aux angoisses du fait d'une levée du refoulement habituellement protecteur.

L'échographiste aussi est exposé aux mouvements psychiques associés à la survenue d'une anomalie. Sa propre sensibilité, son expérience et sa relation à la patiente vont interférer dans sa manière de délivrer l'information aux futurs parents.

Lors d'une annonce d'une anomalie, l'incertitude, qui est potentiellement pathogène est mise en travail par le mécanisme d'adaptation du moi : l'anticipation. Ce mécanisme permet l'ouverture et la mise en travail psychique de l'imaginaire confronté à un diagnostic qui peut être vécu comme une fatalité et se relever traumatique pour le sujet. En effet elle ouvre à des processus de symbolisation « de la diversité et de la complexité des scénarios possibles » qui est un préparatif à l'imprévisible. Cela a un effet contenant pour le sujet. •

Ce texte a été présenté aux Assises de Sages-femmes 2017. Avec leur aimable autorisation.

Le psychotraumatisme dans les violences faites aux femmes

PAR **ISIS HANAFY**, PSYCHOLOGUE-VICTIMOLOGUE UJM, DOCTORANTE EN NEUROSCIENCES, **BERNARD MARC, M. LECLERE, G. DIE**, SERVICE DES URGENCES MÉDICO-JUDICIAIRES (U.M.J.) DU GRAND HÔPITAL DE L'EST FRANCIEN, G.H.E.F., SITE DE MARNE-LA-VALLÉE, FRANCE)

INTRODUCTION

Le Professeur Louis Crocq, éminent spécialiste de la névrose traumatique, a défini le traumatisme comme un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes, lié à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité d'une personne qui y est exposée comme victime, comme témoin ou comme acteur ^[1]. Plus précisément, on peut qualifier le psychotraumatisme selon le Diagnostic and Statistical Manual (DSM), comme les conséquences psychiques sur une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s). On distingue deux formes de psychotraumatismes : le type I quand l'événement est unique, et le type II quand il est répété ou durable ^[2].

Les troubles psychotraumatiques sont ainsi issus d'une confrontation à une menace contre son intégrité physique (i.e. la mort) ou psychique (i.e. la néantisation face au non-sens et à l'impuissance). Ils sont liés à des mécanismes psychologiques et neurobiologiques de sauvegardes exceptionnels (récemment découverts) mis en place par le cerveau pour échapper à un risque vital intrinsèque cardiovasculaire et neurologique induit par une réponse émotionnelle (hormonale et neuronale) dépassée et non contrôlée par un psychisme en état de sidération ^[3]. Ces mécanismes s'apparentent à une disjonction du circuit émotionnel lors d'un survoltage par stress extrême, et sont à l'origine d'une mémoire traumatique, de troubles dissociatifs et d'une anesthésie psychique et physique qui vont être responsables des symptômes psychotraumatiques et d'une souffrance psychique à part entière.

Les psychotraumatismes sont à l'origine d'une dissociation entraînant :

- ① Une anesthésie émotionnelle accompagnée de troubles de la conscience (e.g. sentiment d'irréalité, de dépersonnalisation) avec incapacité à intégrer la situation stressante d'un point de vue cérébral,

- ② Une mémoire traumatique, qui devient un champ de mines pour la mémoire autobiographique, avec des réminiscences intrusives faisant revivre les violences avec une souffrance et une détresse peu ou prou identiques – suffisamment similaires pour que des rappels automatiques soient dès lors effectués,
- ③ Des conduites de contrôles et d'évitements (traduites notamment par une hypervigilance), ou des conduites à risques qui sont des stratégies efficaces mais très handicapantes pour échapper à la mémoire traumatique. Les psychotraumatismes sont aussi à l'origine de perturbations cognitives, de troubles du comportement, de l'alimentation, du sommeil, de la sexualité et de la personnalité ^[3].

Il s'agit d'un problème de santé publique majeure ; la violence est la première cause de mortalité et de morbidité dans le monde. Celle-ci engendre fréquemment des troubles psychotraumatiques qui peuvent être graves : 58 % d'état de stress-post-traumatique chez les femmes victimes de violences conjugales ; 24 % chez l'ensemble des victimes de traumatismes ^[4], avec des chiffres encore plus importants quand des violences sexuelles sont présentes ; et 60 % d'état de stress-post-traumatique chez les enfants témoins ou victimes directes de maltraitances intrafamiliales. Les troubles psychotraumatiques peuvent également être responsables de nombreuses conduites paradoxales de la part des victimes (e.g. confusion, banalisation, tolérance, dépendance à l'agresseur, conduites à risques), ce qui rend la prise en charge difficile.

Connaître ces conséquences psychotraumatiques permet d'approfondir la compréhension des victimes et leurs comportements, de mieux les accueillir et conduire un entretien, tant au niveau de l'évaluation des conséquences des violences, qu'à celui des accompagnements, des aides, des conseils, des orientations et des traitements. Connaître les mécanismes psycho-traumatologiques permet aussi de mieux comprendre les mécanismes de la violence, les stratégies des agresseurs, de mieux évaluer la dangerosité de certaines situations de violences, et *in fine*, d'améliorer la prévention des violences et de lutter efficacement contre celles-ci.

LES VIOLENCES EN GÉNÉRAL

Il existe de nombreux types de violences, volontaires et involontaires, dont les impacts à court et long terme sont de toutes natures et de toutes importances, notamment mortelles. Initialement se placent les violences naturelles, celles qui correspondent aux catastrophes idoines (tempêtes, inondations, tremblements de terre, etc.) et à l'agressivité

MOTS-CLÉS : psychotraumatisme, effraction, mémoire traumatique, violence, emprise, résilience, maltraitance intrafamiliale, évaluation médico-psychologique, symptomatologie anxio-dépressive, repérage, obligation de soin, I.T.T.

Chez l'être humain, la conscience et les connaissances dont il est détenteur font de la violence volontaire qu'il exerce un outil de domination, de puissance, de pouvoir.

animale. Les premières ne présentent aucune intention ou volonté de nuire. La seconde peut avoir la motivation ou volition de le faire à dessein protecteur ou nourricier ; dans leurs comportements dits instinctuels, les animaux obéissent simplement aux lois inexorables de la Nature.

Chez l'être humain, la conscience et les connaissances dont il est détenteur font de la violence volontaire qu'il exerce un outil de domination, de puissance, de pouvoir dont il usera en fonction de son éthique personnelle et des mœurs de la société dans laquelle il vit. Le terme violence vient du latin « vis » qui peut désigner l'emploi de la force sans égard à la légitimité (et à la légalité) de son usage. Cette force peut être physique ou psychologique, et causer des dommages jusqu'au décès, par destruction partielle (blessures et mémoire traumatique) ou totale. On dit que les violences sont intentionnelles, elles ont pour but de contraindre et de dégrader l'autre.

On note trois catégories principales de violences :

- ① **les violences psychologiques** (e.g., harcèlement, négligence) ;
- ② **les violences physiques** (e.g., négligence, maltraitance) ;
- ③ **les violences sexuelles** (e.g., attouchements, viol) ^{13,51}.

Il est à noter que l'une n'est jamais plus « importante » que l'autre ; il faudra en mesurer le degré selon la fréquence et l'intensité des agissements, pour établir un diagnostic clinique et un pronostic de retentissement psychologique. Toutefois, si la violence psychologique (donc entraînant nécessairement une restructuration de la personnalité) n'est pas nécessairement sexuelle (par exemple via la corruption de mineur qui visionnerait un film pornographique projeté par ses parents), l'inverse est vrai ; la violence sexuelle est inéluctablement physique, et cette dernière entraîne inévitablement une mémoire traumatique, autrement dit des séquelles sur la psyché d'actes qui ont été portés sur le corps. Ainsi, la violence sexuelle sera, elle, obligatoirement aussi psychologique.

Les violences physiques sont de natures différentes – les conflits guerriers en sont l'illustration paroxystique. On distingue au sens de l'inventaire médico-légal les violences par armes naturelles (pieds, poings, coudes, genoux, etc.) qui sont la base des arts martiaux, les violences par armes par destination (bâton, chaise, outil, tesson de bouteille, etc.), les violences par armes blanches (couteau, rasoir, hache, machette, etc.) et les violences par armes à feu (auxquelles se rattachent les violences par explosifs). Toutes ces violences caractérisées par des lésions physiques différentes – et souvent pathognomoniques – ne sont pas exemptes de violences psychologiques associées, comme on le sait bien dans la pratique médico-judiciaire ^{13,61}.

Les automutilations et le suicide (ou ses tentatives) sont des violences de soi-même envers soi-même, presque tou-

jours associées à des violences psychologiques et souvent révélatrices de violences sexuelles à l'encontre de celle ou celui qui s'automutile.

Les violences routières, s'ajoutent à cette liste des violences d'autant que le conducteur fait prendre des risques à ses passagers ou à ceux qu'il rencontre, par une conduite enfreignant le code de la route ou sous l'influence de l'alcool et/ou des stupéfiants. Les séquelles physiques et psychiques et les invalidités qui en résultent figurent parmi les plus importantes.

En outre, les violences peuvent être passives, i.e. par omission (comme dans la négligence), ou actives, i.e. par commission (comme dans le braquage). Elles peuvent être directes, immédiates ou indirectes, médiates ou collatérales. Les violences peuvent également être uniques ou répétées, en ce sens, on préférera parler de maltraitance. Elles peuvent avoir lieu dans un contexte intrafamilial ou extra-familial, toucher des mineurs ou des majeurs, du genre masculin, comme féminin. Elles peuvent intervenir dans tous les milieux sociaux, économiques, politiques, religieux, culturels, qu'ils soient urbains ou ruraux.

Notons cependant que les violences sont le plus souvent commises par des proches ; les auteurs sont fréquemment connus de la victime. D'ailleurs, force est de constater, aujourd'hui, en France, que les violences sont régulièrement méconnues, sous-estimées, non-identifiées, souvent banalisées, déniées ou tolérées – ou parfois, à l'extrême inverse, surexploitées. De plus, la grande majorité des violences reste tue. En outre, elles sont très peu dépistées et leurs conséquences sont rarement diagnostiquées par les professionnels de la santé qui sont toujours très peu formés.

LES VIOLENCES EN PARTICULIER

Les violences faites aux femmes sont un enjeu majeur de santé publique ¹⁷¹. Les maltraitances conjugales sont, pour les femmes et les enfants, qu'ils en soient témoins ou victimes directes, à l'origine d'importants traumatismes psychiques et de conséquences plus ou moins graves et durables sur leur santé psychique et physique, sur leur vie personnelle, affective, sociale et professionnelle – pour les unes, et sur leur développement, sur leur scolarisation, leur socialisation et leur vie affective – pour les autres. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a évalué que les femmes victimes de violences perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé. 30 % de la gent féminine aurait subi des violences conjugales, et 38 % des homicides de femmes sont réalisés par leur partenaire intime ; en 2014, 148 sont ainsi décédées en France ¹⁵¹.

La Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) nous rappelle que les violences conjugales affectent durablement et profondément la santé physique, mentale et génésique des victimes jusqu'à la dépression (symptômes anxio-dépressifs), la psycho-somatisation (maladies chroniques) et l'état de stress post-traumatique (ESPT). Elles constituent également un danger pour la santé maternelle et périnatale multipliant par 1,9 le risque de fausse couche et augmentant de 17 % celui d'une naissance prématurée. En outre, les femmes ayant subi des violences

au cours des douze derniers mois ont 26 fois plus de risques de faire une tentative de suicide. L'abus de substances psychoactives est une comorbidité souvent rencontrée ¹⁷¹.

Attention cependant, les maltraitements conjugaux ne concernent pas que les femmes. Les hommes en subissent également, même si la virilité dicte souvent de ne pas faire appel à la Justice, ou que cette dernière, rendue par des êtres humains, tombe dans le tabou de « l'homme battu » (physiquement comme psychiquement). L'avenir semble indiquer que les violences faites aux hommes seront un axe futur de préoccupation sanitaire et juridique. D'autre part, il faut distinguer les violences conjugales de la conjugopathie. Cette dernière engage la personnalité des deux partenaires intimes dont le mode de communication dans leur vie conjugale passe par des disputes fréquentes qu'ils assument tous les deux pour en être tantôt l'instigateur, tantôt le récepteur.

À l'instar de la maltraitance infantile, qui considère la répétition des violences infligées (fonction de la piété filiale naturelle, aliénante dans ce cas) ^{18,91}, les violences conjugales entraînent de la maltraitance conjugale (scellée par une emprise qui facilite la répétition des actes – elle-même fonction de la piété conjugale acquise). On parle alors de maltraitance parce qu'il y a une répétition et une diversification des actes de violences.

Il en existe plusieurs types :

- ① **verbale** (e.g. insultes, cris),
- ② **économique** (e.g. inaccessibilité au compte joint, argent de poche),
- ③ **relationnelle** (e.g. séparation du cercle amical et/ou familial),
- ④ **affective** (e.g. rejets, moqueries),
- ⑤ **psychologique** (e.g. intimidations, menaces),
- ⑥ **matérielle** (e.g. coup de poing dans le mur, jet d'objet),
- ⑦ **physique** (e.g. coups et blessures),
- ⑧ **sexuelle** (e.g. rapports forcés, pratiques non-désirées).

La violence psychologique, à l'origine des intimidations, des rabaissements, des provocations, des humiliations, des comportements tyranniques, des rejets, des corruptions, des critiques, des injures, des réprimandes, etc., sans oublier les menaces, d'hospitalisation, de faire retirer les enfants, de divulguer des éléments de l'intimité, de coups et blessures, et de mort (cette dernière représentant désormais un chef d'accusation à part entière), est l'essence même de l'emprise conjugale que l'on rencontre presque toujours dans la maltraitance idoine. Elle constitue un faisceau de contraintes qui bloque une victime, annihilant sa propre identité, pour la fixer à un assujettissement dont elle peinera toujours plus à sortir, d'autant qu'elle a d'abord éprouvé des sentiments amoureux, donnant lieu à la dépendance affective non pathologique de base ¹¹⁰.

Il faut apprendre à repérer, dépister ces maltraitements de façon à prévenir la (sur)victimisation, et en traiter, soigner les auteurs afin d'éviter la récurrence. En France, des réponses sociales, sanitaires et juridiques sont délivrées aux victimes, et des obligations (ou injonctions) de soins sont ordonnées aux infracteurs. De nouvelles actions pour améliorer la prise

en charge spécifique des unes et des autres sont menées chaque année depuis quelque temps. C'est parallèlement à cette thématique que l'intérêt pour la violence psychologique a vu le jour ces dernières années – faisant notamment entrer le harcèlement dans le Code Pénal en 2015 ¹¹¹.

Notons qu'en France, après être sortis d'un plan quinquennal interministériel en 2016 au sujet des violences faites aux femmes, nous entrons cette année dans une mesure similaire traitant de manière plus globale la violence intrafamiliale, avec un zoom particulier réalisé sur les enfants des couples dans lesquels règne la maltraitance, victimes collatérales, directes et/ou indirectes.

LA MÉMOIRE TRAUMATIQUE

La mémoire traumatique, ou sidération neurobiologique du traumatisme psychologique, est rencontrée dans tous les types de violences (sexuelles, physiques et psychologiques), de façon plus ou moins importante, et peu ou prou ancrée. Lorsque les violences sont répétées depuis un certain temps et/ou avec une certaine force (Cf. psychotraumatisme de type II), cette mémoire traumatique tend à se confondre avec la mémoire autobiographique, chaque épisode de vie entraînant régulièrement un ou plusieurs éléments offrant similarité avec la situation traumatogène généralement rencontrée ¹³¹.

En situation de stress lié à un élément traumatogène effrayant, et donc sidérant, le système nerveux central (SNC) engage la sécrétion de cortisol et d'adrénaline. À forte dose, présentant un risque léthal, ces hormones provoquent une disjonction cérébrale. Celle-ci verrouille les amygdales, responsables de l'échange avec le système limbique (pôle de la mémoire et des émotions), et produit de l'endorphine et de la kétamine-like, ce qui entraîne une analgésie physique et émotionnelle. On perçoit, mais on ne sent plus, ni ne traite, la douleur et la peur, éprouvant des distorsions spatio-temporelles jusqu'au sentiment d'étrangeté, d'irréalité, voire de dépersonnalisation. La réponse émotionnelle ainsi piégée, non traitée, non intégrée, correspond à la mémoire traumatique, et explique les dissociations péri-traumatiques (qui calment l'état de détresse) ^{11,31}.

C'est pour se faciliter la vie qui est devenue un terrain miné, que les victimes mettent en place des stratégies d'adaptation.

Quand le SNC redémarre normalement (celui-ci peut prendre jusqu'à sept jours), la mémoire traumatique reste, sorte de machine à remonter le temps qui fera revivre au moindre lien, à l'identique, tout ou partie, des événements vécus, parallèlement à la mémoire explicite narrative et autobiographique normale. C'est pour se faciliter la vie qui est devenue un terrain miné, que les victimes mettent en place des stratégies d'adaptation. Elles peuvent être d'évitement ou de dissociation (de façon à retrouver chroniquement l'anesthésie psychique susmentionnée), causes et/ou conséquences sur le long terme, de troubles anxio-dépressifs, de troubles identitaires, voire de troubles de la personnalité ^{12,31}.

LES SYMPTÔMES POST-TRAUMATIQUES

Les violences sont des atteintes à l'intégrité psychique et physique des victimes, à leur dignité et à leur droit de vivre en sécurité. Elles ont de graves conséquences sur la santé de celui ou celle qui en est victime. Le psychotraumatisme est une réponse universelle, normale et proportionnelle aux violences, avec une atteinte neurologique qui est réversible au moyen de traitements, avant tout, psychothérapeutiques.

À côté des conséquences traumatologiques directes des violences physiques (avec une femme tuée par son (ex)partenaire tous les trois jours en moyenne, en France), les conséquences sur la santé mentale et physique des victimes

Les violences sont des atteintes à l'intégrité psychique et physique des victimes, à leur dignité et à leur droit de vivre en sécurité.

de violences sont directement liées à l'installation de troubles psychotraumatiques sévères qui peuvent se chroniciser et durer de nombreuses années, avec des répercussions sur leur santé pouvant représenter un risque vital (e.g. suicide, accidents, conséquences de conduites à risques et addictives, maladies liées aux stress)^[5,7].

VOICI UNE LISTE DES DIVERS TROUBLES POST-TRAUMATIQUES QUE L'ON PEUT RENCONTRER

1 LES ALTÉRATIONS COGNITIVO-ÉMOTIONNELLES sont en rapport avec les fonctions instrumentales (e.g. attention, concentration), avec des répercussions sur l'efficacité intellectuelle, les processus mnésiques (amnésie antérograde, rétrograde, dysmnésie, hypermnésie), le langage (dyslexie, dysorthographe, dysphasie, dysgraphie), le développement moteur et/ou des fonctions visio-spatiales (dyspraxie), celui des activités numériques (dyscalculie), et la perception par chaque sens (dysgnosie). Elles sont également en rapport avec les fonctions exécutives (e.g. insight, introspection), avec des perturbations du raisonnement, de la pensée abstraite, de l'organisation, de la planification, de la prise de décision, de l'orientation, aboutissant à de l'hypo ou hyperactivité – de la brady ou tachypsychie.

2 LES TROUBLES PSYCHIQUES ET RELATIONNELS sont représentés par les éléments anxio-dépressifs classiques, et donc par une détresse cliniquement significative (en lien direct avec l'effroi ressenti au moment du traumatisme, c'est-à-dire de l'effraction psychique par néantisation, une tristesse pathologique (i.e. une envie irrépressible de pleurer), du stress (élément neurobiologique), de l'angoisse (i.e. une crainte liée à l'intuition), de l'anxiété (i.e. une peur liée aux éléments du monde extérieur), des sentiments d'inquiétude, d'insécurité, de peur des représailles, de l'amotivation, de l'anhédonie, un repli sur soi qui peut engendrer un isolement social.

Ils donnent également lieu aux symptômes suivants : fébrilité, apatisme, asthénie, psychique généralisée, apathie, hypersensibilité, hyper-susceptibilité, hypervigilance, ruminations, irritabilité ou déprime, réminiscences, images intrusives jusqu'à la reviviscence de tout ou partie de l'événement traumatique, baisse de l'élan vital, passivité, soumission (Cf. survictimisation), et perte d'intérêt, fléchissement dans les activités (scolaires, professionnelles, de type loisir) ou surinvestissement (Cf. burn-out).

Ce sont des troubles qui entraînent des sentiments d'incompréhension, d'impuissance, d'échec, de honte (déstructurant, générateur de failles narcissiques), de culpabilité (désocialisant, producteur de difficultés relationnelles), de responsabilité (de la victimisation actuelle, de l'éclatement familial secondaire, de l'emprisonnement de l'agresseur), non sans lien avec l'emprise, l'aliénation, l'influencabilité, la fragilité ou la vulnérabilité que présentera le sujet. Ils

s'accompagnent d'atteintes de l'estime de soi (dépréciation), de la confiance en soi (inhibition) et de l'affirmation de soi (dépression), jusqu'à former des perturbations de la personnalité, dans son identité, et *de facto*, un faux-self (i.e. une adaptation de soi aux désirs d'autrui).

3 LES PERTURBATIONS PHYSIOLOGIQUES concernent la santé mentale d'une manière générale, y compris les addictions, les idéations, les velléités ou les raptus suicidaires, les automutilations (ou scarifications) et tentatives de suicide, et tout ce qui se rapporte à la fatigabilité. Elles altèrent le sommeil, l'alimentation, le cycle menstruel, la digestion, en même temps qu'elles définissent les troubles neurovégétatifs, d'ordre vagotonique : bradycardie, syncope, myosis, hypersalivation, hypersudation, constipation, etc., comme d'ordre sympathicotonique : tachycardie, tétanie, mydriase, amaigrissement, sécheresse de la peau et des muqueuses, etc.

4 LES AFFECTIONS PSYCHOSOMATIQUES – en lien avec les cicatrises psychiques – les plus couramment rencontrées sont les suivantes : urticaire, psoriasis, eczéma, sensations d'engourdissements et/ou de fourmillements, palpitations, arythmie, céphalées, migraines, lombalgies, douleurs abdominales et/ou pelviennes, vertiges, nausées, diarrhées, vomissements, etc.

5 LES TROUBLES DE LA SPHÈRE AFFECTIVO-SEXUELLE touchent d'abord l'image de soi – avec l'impression d'avoir été sali(e), bafoué(e) – qui entraîne un dégoût, puis un rejet de son corps, une difficulté avec son schéma corporel et une ambivalence avec sa corporéité, qui perturberont ou rejeteront la sexualité (ou présexualité si on se situe autour de l'adolescence), et seront accompagnés de difficultés à entrevoir un avenir en la matière (Cf. dyspareunie, dysfonction érectile), de masturbations excessives et de préoccupations à thème sexuel envahissant, ou de pudeur exagérée. Chez les enfants, on notera la persistance ou la réapparition de l'énurésie et l'encoprésie.

Si les violences entraînent de nombreux troubles post-traumatiques, les maltraitances génèrent d'autant plus de dégâts qu'elles sont subséquentes à une emprise, autrement dit une empreinte modelée au fil du temps, sur la personnalité de la victime, qu'elle soit en structuration comme c'est le cas dans la maltraitance infantile, ou déjà structurée (plus ou moins correctement) comme c'est le cas dans la maltraitance conjugale^[17].

CONCLUSION

DES EXPLICATIONS UTILES À L'ACTION PÉNALE ET À LA PRÉVENTION

Actuellement, il est proposé l'hypothèse selon laquelle les auteurs de violence conjugale ont connu de la dystraitance infantile, autrement dit, des apports affectivo-éducatifs qui ont été fournis en « trop plein » (enfant roi qui évoluera vers une intolérance à la frustration et tous les méfaits qu'on lui connaît adulte, tels que l'impulsivité, l'instabilité, l'insatisfaction, l'intolérance, ou encore l'immatrité), ou en « trop vide » (on parle alors de carences affectivo-éducatives, génératrices de failles narcissiques qu'il va falloir combler à tout prix). De cette dystraitance, le sujet évolue avec des besoins nouveaux, « hors-norme », auxquels il tente de répondre avec ce que le « dans-la-norme » lui propose. Cela crée une dissonance collective, sociétale qui aboutit au couple auteur-victime, scellé par l'agressivité. Aider un auteur donnera lieu à la reconnaissance des faits qu'il a commis, celle du vécu de la victime et celle de la Loi, parallèlement à toutes effectuations des recâblages psychiques nécessaires (avec les cadres, limites, repères et références appropriés) afin de prévenir la récidive.

Actuellement, il est proposé l'hypothèse selon laquelle les auteurs de violence conjugale ont connu de la dystraitance infantile...

En ce qui concerne les victimes, les protéger consiste dans un premier temps à les faire quitter le lieu de la commission des infractions, autrement dit leur lieu de vie, et les éloigner de l'auteur, autrement dit leur partenaire intime, qui sera assigné en Justice dans un second temps (avec ou sans l'accord de la victime si le Procureur, représentant l'action publique au sens pénal, décide de le poursuivre). Il faut les accompagner dans cette double démarche peu aisée devant lui donner l'opportunité *in fine*, d'effacer symboliquement cette partie de vie pour en entamer une autre propice à la réappropriation de soi, *i.e.* une reconnexion à son identité propre. L'appareil judiciaire facilitera cette étape en ordonnant une interdiction d'entrer en contact de celui ou celle qui l'en a dépossédé.

La prise en compte du retentissement psychologique dans la détermination d'une durée d'Incapacité Totale de Travail (ITT) apparaît dès lors indispensable^{112, 131}. Celle-ci repose sur les critères cliniques (signes et facteurs de risque) susmentionnés au niveau de la sphère psychotraumatique et ses répercussions fonctionnelles (psycho-somatiques).

Pour rappel, les arrêts de la chambre criminelle de la Cour de cassation des 22 novembre 1982, 30 juin 1999 et 6 février 2001 définissent l'incapacité totale de travail ; celui de 1982 précise que « l'I.T.T. n'implique pas l'amputation totale de toute la capacité de l'individu » mais qu'elle concerne « l'amputation de la capacité totale qu'avait l'individu avant le fait traumatique ». Elle correspond en somme à la période

d'indisponibilité pendant laquelle – pour des raisons en relation directe, certaine avec le fait générateur – l'intéressé ne peut plus exercer les actes essentiels de la vie courante sans pour autant les interdire¹¹².

Dès 2002, l'OMS parle de « dommage psychologique »¹¹⁴. En France, la loi du 9 juillet 2010 a introduit le délit de violences psychologique dans le Code Pénal¹¹⁵, faisant de la composante psychologique une composante inhérente aux faits de violence, pénalement reconnue. En octobre 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations qui consacrent une importance égale à l'évaluation des troubles somatiques et psychiques¹¹⁶. Tout récemment, à l'occasion de la *Journée internationale pour l'élimination des violences faites aux femmes*, Emmanuel Macron a notifié la création d'un délit « d'outrage sexiste » pour punir le « harcèlement de rue ». De plus, pour favoriser les plaintes, le Président de la République a également annoncé « un signalement en ligne pour les victimes de violence, harcèlement ou discrimination » et la possibilité de porter plainte dans les lieux de prise en charge, y compris les hôpitaux. L'accent sur l'aspect psychologique des violences n'est plus à démontrer.

Principalement, l'hypervigilance, les syndromes de répétition et d'évitement et l'état de stress post-traumatique ont été reconnus comme pathognomonique d'une ITT supérieure à 8 jours. On peut secondairement regarder les facteurs prédictifs de l'ESPT et ses formes subsyndromiques, la sémiologie anxio-dépressive, ainsi que la nature, la gravité, la durée et la fréquence des violences, déterminent la survenue de complications – comme les facteurs dits protecteurs (*e.g.* le soutien sociofamilial dont peut bénéficier la victime). Une attention particulière devra être portée aux violences chroniques, caractérisées par une succession de faits dont les retentissements ne peuvent pas tous être évalués en même temps, et pouvant donner lieu à des durées d'ITT exceptionnellement longues qui pourraient porter à controverse. Il conviendra dès lors de ne pas préjuger d'une durée d'évolution ou d'une imputabilité à certains faits de violences en particulier¹³¹.

L'I.T.T. est nécessaire au magistrat pour quantifier les violences au sens pénal. Très majoritairement, elle est physique, déterminée par le médecin légiste au sein d'une U.M.J. (ou par tout autre praticien). De plus en plus, la nécessité de fixer une I.T.T. correspondant à l'incapacité psychologique à réaliser les gestes de la vie courante (en lien avec une symptomatologie anxieuse post-traumatique avérée).

La fixation d'une I.T.T. psychologique pourrait suivre le même schéma :

→ **0 jour** quand le retentissement psychologique est inexistant (n'occasionnant aucune symptomatologie spécifique) ;

« L'Incapacité Totale de Travail n'implique pas l'amputation totale de toute la capacité de l'individu » mais elle concerne « l'amputation de la capacité totale qu'avait l'individu avant le fait traumatique ».

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

- **Inférieure à 8 jours** quand il est estimé de courte durée (symptomatologie anxio-dépressive légère tel que le syndrome d'évitement) ;
- **Supérieure à 8 jours** quand il est évalué de moyenne durée (symptomatologie anxio-dépressive lourde tel que le syndrome de dissociation) ;
- **Supérieure à 30 jours** quand il est considéré comme important jusqu'au PTSD.

Enfin, au-delà de 8 jours d'I.T.T. évalués, il semble pertinent de solliciter une évaluation complémentaire, qu'il s'agisse d'un examen médico-psychologique (psychiatrique) ou d'une seconde appréciation psychologique ; au même titre que les lésions physiques d'une victime suffisamment importantes nécessitent une réévaluation de l'I.T.T. à distance du premier examen médico-légal. C'est ce que prévoit le Code de procédure pénale lorsqu'il évoque la détermination médicale de l'I.T.T. ^[12]. •

RÉFÉRENCES

- [1] CROCQ L. et al. (2014) *Traumatismes psychologiques. Prise en charge psychologique des victimes*. Paris : Elsevier Masson.
- [2] CROCQ L. (2012) *16 leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob.
- [3] HANAFY I, MARC B. (2017) *Le dictionnaire médico-psycho-légal*. Paris : In Press éditions.
- [4] Astin MC, Oglan-Hand SM, Coleman EM, Foy DS. *Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women : comparisons with maritally distressed women*. J. Consult. Clin. Psychol. 1995, 63 (2) : 308-312
- [5] ONVFF. *Violences au sein du couple et violences sexuelles : les principales données*. La lettre de l'Observatoire nationale des violences faites aux femmes n° 4, nov. 2014 http://www.stop-violences-femmes.gov.fr/IMG/pdf/La_lettre_de_l_Observatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes_no4_-_nov_2014-2.pdf (consulté le 27 novembre 2017)
- [6] G.DIE., I. HANAFY, B. MARC. *Typologie et conséquences psychologiques des violences*. J. Med. Leg. 2016, 59 : 73-83
- [7] ONVFF. *Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes*. La lettre de l'Observatoire nationale des violences faites aux femmes n° 6, mai 2015. http://stop-violences-femmes.gov.fr/IMG/pdf/lettre_ONVF_-_no_6_-_mai_2015_-_violences_et_sante.pdf (consulté le 31 août 2017)
- [8] MARC B., HANAFY I. (2016) *Children : Physical abuse*. In : Payne-James J. and Byard R.W. (eds.) *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*, 2nd edition, Vol. 1, pp. 513-527. Oxford : Elsevier.
- [9] MARC B., HANAFY I. (2016) *Children : Neglect*. In : Payne-James J. and Byard R.W. (eds.) *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*, 2nd edition, Vol. 1, pp. 482-490. Oxford : Elsevier.
- [10] HANAFY I, MARC B. *Emprises des êtres, meurtrissures des âmes : de l'identification à l'appropriation*. Analyse médico-psychocriminologique de violences contemporaines ; Ethics, Medicine and Public Health 2017, 3, 74-82 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemep.2017.02.019>
- [11] Code pénal. Article 222-33-2-2 (Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 - art. 41). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000029334247&cidTexte=LEGITEXT000006070719>. Consulté le 23 juillet 2017.
- [12] HANAFY I., MARC B., DIE G., MARTINEZ M, MAHE V., DUPIC E. *Le rôle du psychologue médico-légal évaluateur en pratique médico-judiciaire et l'Incapacité Totale de Travail (ITT) d'un point de vue psychologique*. J. Int. Victimo. N° 33, 2016. <http://www.jidv.com/index.php/parnumero/536-jidv-n-33> (consulté le 27 novembre 2017)
- [13] HUCK A. « *La détermination de l'incapacité totale de travail psychologique : critères et méthodes selon l'expérience de l'équipe de médecine légale du CHU d'Angers*. » Thèse de médecine, 2014, Faculté de médecine d'Angers.
- [14] Organisation Mondiale de la Santé. KRUG E.G., DAHLBERG L.L., MERCY J.A., ZWI A., LOZANO-ASCENCIO R. (eds). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf (consulté le 27 novembre 2017)
- [15] LOI n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. JORF n° 0158 du 10 juillet 2010 page 12762. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=C62BE7BF1C6453E6AEE6910188711BDD.tplgfr41s_3?cidTexte=JORFTEXT000022454032&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000022453922 (consulté le 27 novembre 2017)
- [16] Haute Autorité de Santé : recommandations pour la pratique clinique : certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Octobre 2011. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf (consulté le 27 novembre 2017)
- [17] Commission européenne. *La violence de genre*. Eurobaromètre spécial 449 - Vague EB85.3 - TNS opinion & social. Novembre 2016. <https://ec.europa.eu/comfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/.../75840>. Consulté le 23 juillet 2017.



LES DOSSIER DE L'OBSTÉTRIQUE

ABONNEMENT 2018

TARIF D'ABONNEMENT

11 NUMÉROS PAR AN

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

* Joindre attestation.

Abonnement collectif de service 156,00 €

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

VOS COORDONNÉES

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

Nom Prénom

Adresse

Code postal [][][][] Ville

Pays Téléphone

E-mail

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

s'abonne aux **Dossiers de l'Obstétrique**
Éditions ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
 Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35 - Email : adv@eska.fr

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

kitett®

Tire-lait FISIO PRO

La gamme des tire-lait Fisio, au plus proche de la physiologie de la tétée du bébé

FISIO PRO, l'allié indispensable des professionnels de l'allaitement pour le bien-être des mamans

- La gestion indépendante du rythme et de la force d'aspiration, pour un allaitement adapté et confortable
- Le partenaire idéal pour accompagner les mamans dans les pathologies les plus complexes
- Une passerelle en douceur vers l'utilisation à domicile du tire-lait Fisio



Puissance d'aspiration

Rythme d'aspiration



KOLORYOU®



Partenaire de
sospréma
& bébés hospitalisés

CE 0459

Dispositifs médicaux de classe IIa. LPPR : code 1140252, participation à l'achat de la tétérelle, du biberon et du tube de raccordement, code 1105712, location hebdomadaire du tire-lait. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne le dispositif médical.

K:COMPS.FR:210.0218 - Documentation destinée aux Professionnels de Santé. Photographies non contractuelles.

L'ALLAITEMENT PAR DTF MEDICAL



19, rue de la Presse - CS 60132
42003 Saint-Etienne Cedex 1 - France
Tél. : +33 (0)4 77 74 51 11 - Fax : +33 (0)4 77 79 67 72
E-mail : dtf@dtf.fr - www.dtf.fr

DTF
medical

Les femmes et les mères du Bassin minier Lensois durant la Grande Guerre

1^{re} PARTIE

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

La Grande Guerre (1914-1918) possède mille visages. De commémorations en veillées, les années qui viennent de s'écouler ont rappelé les douloureux événements qui ont touché le monde et ont permis de (re)donner vie « à ceux qui se sont sacrifiés sur les champs de bataille de l'Artois, du Nord de la France et de la Belgique »¹. Nous nous devons de faire un retour sur l'histoire des femmes et des mères qui vécurent la Première Guerre mondiale dans le Bassin minier Lensois, une zone géographique qui fut occupée durant quatre ans par l'ennemi. Totalement méconnue, cette page d'histoire est le fruit d'un travail long effectué aux Archives du Pas-de-Calais.

Disons, pour commencer, qu'au fur et à mesure que la guerre s'éternisait, la liberté des femmes se fossilisait. Cela ne les a pas empêchées de défier en permanence les occupants, de chercher à les tromper, d'initialiser des combats et de prendre des risques. C'est cette histoire que nous allons suivre mais, avant d'aller plus loin, interrogeons le passé de ces femmes nourries du monde d'avant-guerre.

LE COCKTAIL QUI PRÉSIDE À CE LONG VOYAGE VERS LA NUIT DES FEMMES

Il fallait donc donner au parcours historique des bottes de sept lieues pour survoler le bassin minier et tirer un panorama choisi pour éclairer leur destin dans ce conflit à l'échelle planétaire. Au fil du voyage, rempli d'émotion, on pourra ainsi se glisser dans la peau des femmes pour essayer de percer le mystère de leur vie entre 1914 et 1918. Une lecture de la vie de ces femmes du bassin minier d'avant 1914 s'impose pour mieux comprendre leur place sous l'appareil de domination de l'ennemi. Notre histoire commence à Hénin-Liétard, une commune minière connue sous le nom d'Hénin-Beaumont.

UN UNIVERS TAPISSÉ DE CRASSIERS

Si les installations minières ont pour la plupart perdu la fraîcheur du temps jadis, à la veille de la Grande Guerre, 1 442 710 tonnes de charbon (1913) y étaient produites par près de 3 300 ouvriers et ouvrières de la Compagnie minière de Dourges. Jailli des souvenirs d'antan, le film de la Compagnie des mines de Dourges défile et rappelle qu'elle s'étendait sur une superficie de 3 800 hectares².

Avant 1914, les femmes avaient une dure vie de labeur. Si les hommes travaillaient à la mine, au chemin de fer ou dans les champs, les femmes étaient trieuses, cabaretières, épicières, domestiques, ménagères, couturières ou ouvrières agricoles³. D'autres femmes en rupture se faisaient marchandes de chiffons. Le journal *La Plaine de Lens* du 22 avril 1908 (n° 165) précise les contours de ce métier teinté de gris : « Les enfants sortant de l'école se rendaient au cimetière et s'emparaient des crânes pour jouer au football, les têtes volaient en l'air et retombaient avec un bruit sec au milieu des rires des gamins, d'autres s'emparaient des tibias qu'ils allaient vendre aux marchands de chiffons afin d'acheter des jouets ou du sucre ».

Les femmes vivaient avant 1914 dans des maisons basses, typiques des constructions d'Hénin-Liétard. Au début de l'exploitation du charbon, vers 1850, les compagnies minières, en s'efforçant de fixer les populations sur les territoires, en élevèrent de nouvelles d'une superficie de 35 m² rangées les unes à côté des autres formant ainsi des coronas⁴.

Dans les rues aux teintes acides des coronas, la vie grouillait. La grande majorité des femmes habitaient donc dans les

1. Général B. DICKES, « Éditorial ». *L'Écho de Notre Dame de Lorette*, décembre 2017, 270, p. 2.
2. De l'image brouillée par la disparition de la plupart des infrastructures minières d'autrefois, sort le souvenir des puits miniers d'Hénin-Liétard et de Noyelles-Godault. En voici la liste : le puits n° 1 a été creusé en 1850 à Hénin-Liétard, le puits n° 2 a été creusé en 1855 à Hénin-Liétard, le puits n° 3 a été creusé en 1858 à Hénin-Liétard, le puits n° 3 bis a été creusé en 1892 à Hénin-Liétard, le puits n° 4 a été creusé en 1867 à Noyelles-Godault, le puits n° 4 bis a été creusé en 1906 à Noyelles-Godault, le puits n° 5 n'a pas existé car le chantier a été abandonné, le puits n° 6 a été creusé en 1885 à Hénin-Liétard, le puits n° 6 bis a été creusé en 1906 à Hénin-Liétard, le puits n° 7 a été creusé en 1894 à Hénin-Liétard, le puits n° 7 bis a été creusé en 1901 à Hénin-Liétard et enfin le fonçage du puits n° 8 a été abandonné à la déclaration de la guerre en août 1914. À l'issue de la Grande Guerre, sur 150 fosses du bassin minier, 103 ont été détruites et 1 900 kilomètres de galeries étaient inutilisables.
3. Les femmes les plus pauvres du bassin minier se livraient aussi à des travaux de lessive chez les particuliers. En avril 2014, la compagnie *Cendres la Rouge* a bâti, sur le site du 9-9 bis d'Oignies, un spectacle où une femme occupée aux travaux de lessive traversait en un éclair la vie du bassin minier.
4. Les premiers coronas apparaissent dans la seconde moitié du XIX^e siècle. D'emblée, les logements agrémentés d'un potager considéré comme un avantage en nature, accueillèrent leurs premiers couples. Dans le cas d'Hénin-Liétard, les coronas jaillirent comme d'un volcan autour du bourg primitif. On y découvre avant la Grande Guerre, les coronas d'Avaleresse, Darcy, Declercq, Margodillots, Mulot, de La Perche, Sainte-Henriette, A. Voisin et Promper. Si dès septembre 1914, les ennemis les assiégèrent, dès octobre, ne s'encombrant plus de rien, ils y firent pleuvoir des quantités incroyables de projectiles.

centres et les corons de villes authentiquement populaires. Dans ces espaces ouverts où les pages de la vie tournaient toutes seules, l'horizon d'une guerre semblait improbable.

UNE POPULATION QUI CROÎT RAPIDEMENT

C'est la noire pépite, à savoir le charbon, qui attira dès 1852, une main-d'œuvre importante dans le bassin minier. La forte fécondité des mineurs permit à la population de croître rapidement et d'être dévorée aussitôt par les Compagnies minières. Prenons un exemple : de 3 000 habitants en 1848, Hénin-Liétard passa à 14 000 habitants en 1900⁵. Dans les corons aux formes des plus traditionnelles, on s'épiait sans fin et les rues bruisaient de mille rumeurs. Personne ne se doutait pourtant du drame qui allait se jouer au milieu de l'été 1914.

La vie y était pourtant dure pour de multiples raisons. Dès 1905, la hausse des prix des denrées alimentaires et des effets d'habillement fut tellement vertigineuse que les femmes se rendaient dans les commerces les yeux brouillés de larmes. En 1907, la quinzaine⁶ d'un mineur ne suffisait plus pour nourrir une famille. « *Voyez donc le prix de la viande, bientôt elle ne paraîtra plus sur la table de l'ouvrier* » pouvait-on lire dans le journal *La Plaine de Lens* du 8 septembre 1910. Les manifestations contre la vie chère se multipliaient. Par exemple, le 14 octobre 1910, une manifestation se déroula à Bruay. Les femmes renversèrent et pillèrent les paniers des commerçants qui, au marché, refusèrent de vendre leur beurre à 1,50 franc, et de nombreux fermiers furent malmenés.

Riches de scènes cocasses, les cafés où se retrouvaient les mineurs étaient aussi vus d'un œil critique et goguenard par leurs femmes. Si à la veille de la guerre, le Pas-de-Calais comptait 21 000 débits de boisson, le bassin minier en alignait au moins un par quartier. Suffisantes pour ébouillanter les cerveaux, les femmes et les enfants étaient aussi parfois les victimes des ivresses de quelques amoureux de l'alcool. Avant 1914, dans cet air irrespirable des bistrotts, parfois sous l'emprise d'une ivresse, les clients tendus brisaient des chopes, malmenaient le cabaretier et même certaines bagarres se terminaient tragiquement. Avec le recul, on est fortement saisi par ces comportements mais à l'époque dès que la tension retombait, le café redevenait un vrai lieu

de convivialité où les hommes se faisaient tour à tour des déclarations « d'amour » ou de guerre, c'était selon.

PUIS LA GUERRE ÉCLATA...

Le 2 août 1914, bien qu'éparpillés dans l'ensemble des corons de la Compagnie des Mines de Dourges, les hommes répondirent immédiatement à l'appel à la mobilisation générale du crieur municipal d'Hénin-Liétard. L'abbé Louis Ducrocq dans le livre consacré à Marie-Thérèse Trannin, une victime d'un bombardement sur Arras, note une réflexion de cette dernière sur le départ des hommes mobilisés. « *Le départ de nos soldats suscite partout un renouveau de vaillance et de foi. On a raison de dire que Dieu tire toujours le bien du mal. Mais lui seul est puissant, lui seul peut donner la victoire. Dieu a permis que d'autres nations viennent s'unir à la nôtre pour nous défendre contre l'invasion allemande. C'est que la cause pour laquelle nous combattons est juste. S'il en était autrement, Dieu serait avec nos ennemis, fussent-ils beaucoup moins nombreux et beaucoup moins forts qu'ils ne le sont* »⁷.

Le désenchantement prit tôt le pas sur le fameux départ « la fleur au fusil ». « *Août : c'est la joie du départ, l'enthousiasme pour la guerre sainte, l'élan d'un peuple qui n'a pas accepté la honte de naguère, puis les premiers deuils, la retraite, l'invasion, le casque à pointe qui déambule arrogant dans nos rues silencieuses* » (Madame E. Colombel, *Journal d'une infirmière d'Arras*)⁸.

LES INFIRMIÈRES SONT AU CHEVET DES VICTIMES ENNEMIES

Avec les bombardements vint le temps où les blessés affluèrent à Hénin-Liétard. Alors que la commune frissonnait sous la menace des bombardements et des balles perdues, pris au piège, ce fut à l'hôpital Darcy d'Hénin que les chirurgiens et les sœurs infirmières soignèrent les soldats allemands blessés⁹.

En pleine guerre, l'ère de l'humanité passa par le déploiement dans les autres villes du bassin minier d'ambulances tenues par des femmes exceptionnelles. À Liévin par exemple, ce fut Marie Liétard qui organisa l'ambulance civile. Alors que certains hommes ont été à l'origine d'une

5. Hénin-Beaumont s'appelait avant 1971, Hénin-Liétard (il s'agit de la référence au seigneur de Liétard). C'est suite à sa fusion avec Beaumont que la commune devient Hénin-Beaumont. En 2012, la ville comptait 26 940 habitants. Sur des paroles de Maurice Teze, Henri Salvador écrivit la musique de la chanson intitulée *Hénin-Liétard* qu'il interpréta en 1967. Les Charlots reprirent la chanson plus tard.

6. La quinzaine était le nom donné au salaire.

7. *Le Lion d'Arras*, 15 mars 1916, p. 4.

8. Les hommes de la Compagnie des Mines de Dourges, après quelques échanges très émouvants, partirent rejoindre leur bureau de recrutement pour répondre à l'appel de la mobilisation générale. Pour beaucoup cependant la jovialité masquait l'anxiété. Une semaine plus tard, le vendredi 7 août 1914, le lieutenant d'artillerie en charge de réquisitionner les chevaux venait dans Hénin-Liétard pendant que les femmes se ruaient dans les banques pour retirer leur argent. Le 2 octobre 1914, les troupes allemandes entrent dans Noyelles et Hénin-Liétard. Alors que la « Course à la mer » servait de fil rouge aux stratèges allemands, après avoir fait sombrer Douai dans l'horreur, ce fut au tour de Noyelles-Godault et de Drocourt le 2 octobre 1914 d'être confrontés à l'enfer. L'ennemi se précipita jusqu'au cœur des corons pour se battre ; le 3 octobre, Hénin-Liétard tombait entre leurs mains.

9. *Aux infirmières... Les mains blessées (aux dévouées infirmières de la Grande Guerre). Comme elles sont douces vos mains, Qui nous soignent aux lendemains, De nos tueries ! Comme elles s'empressent vers nous, Avec des frôlements si doux, Vos mains d'amies ! Et qu'elles sont blanches aussi, Et si fines, toutes, et si, Patriciennes ! Comme elles ont de petits doigts, Courageux, vifs, malins, adroits, Vos mains de reines ! Qu'elles sont bonnes quand, le soir, Nos plaintes montent dans le noir, Mal étouffées, Et qu'avec des gestes jolis, Elles bordent nos petits lits, Vos mains de fées ! Et qu'elles sont tendres encor', Quand, nous disputant à la mort, Et de sang teinté, Elles refont un pansement... Si doucement... si tendrement, Vos mains de saintes ! Et voilà pourquoi tous nos gars, Se croyant revenus, là-bas, Dans leurs chaumières, S'endorment en disant : « Maman ! » Tout en serrant, dévotement, Vos mains de mères ! Th. Botrel. La ville de Reims abrite un monument qui rend hommage aux 979 (E : dernier chiffre) infirmières tombées au champ d'honneur durant la Grande Guerre. Ce dernier a été financé par une souscription lancée par un comité d'honneur fondé et présidé par Juliette Adam, la fondatrice de la *Nouvelle Revue*. Il fut imaginé par l'architecte Charles Girault et par le sculpteur Denys Puech. Ils exécutèrent ce monument. Erigé au centre du Square de l'Esplanade Cérés, il a été inauguré le 11 novembre 1924.*

violence inattendue, d'autres ont déployé une humanité hors du commun. Ce fut le cas de Marie Liétard. S'il est impossible de faire le tour de la personnalité de cette héroïque femme en quelques mots, le site Internet « *Mémoires de pierre* » traduit remarquablement son parcours. « *Durant la Grande Guerre, Marie Liétard organisa une ambulance dans la ville occupée. Elle contribua ainsi à sauver de nombreuses vies et à soulager les souffrances de la population civile en compagnie de sa sœur, Madame Montagne. Atteinte par un obus en septembre 1918, elle décède le 3 septembre 1920* ».

Dès la déclaration de guerre, les religieuses ont aussi été désignées pour venir en aide aux blessés. Ce fut le cas dans la ville minière de Lens. La commune organisa une ambulance qui fut rattachée à la Croix Rouge et les blessés civils et militaires furent confiés aux bons soins des Sœurs franciscaines de Calais. Cette initiative lensoise s'explique aussi par le rôle joué par les personnalités locales parmi lesquelles se trouvaient le maire Émile Basly et le notaire lensois Léon Tacquet. Les femmes de Lens concoururent à offrir le matériel à l'hôpital de Lens.

Ainsi, en quelques jours à Lens, les femmes d'une rare énergie collectèrent pour la mise en place de l'hôpital la somme de 35 000 francs et les établissements scolaires de la ville (Campan et Michelet) se remplirent de literies, draps et couvertures. Elles prirent ensuite le chemin de l'hospice pour parfaire leur formation d'infirmière.

LES CHÂTELAINES AU CHEVET DES BLESSÉS

Aux religieuses se sont jointes les châtelaines locales. Aucune boule de cristal n'avait permis de prévoir que les châtelaines du bassin minier seraient venues en aide aux blessés et aux orphelins¹⁰. À Liévin, Madame Jonglez de Ligne¹¹ épousa dès 1914 la cause du « réenchantement » des laissés-pour-compte. Si Madame Jonglez de Ligne ne s'est pas contentée d'enregistrer simplement les œillades des hommes et des femmes meurtris croisés dans Liévin,

10. Pour en savoir plus lisez *Le Feu de Barbusse* publié en 1916 sous forme de feuilleton dans le journal *L'Œuvre* puis en livre qui fut couronné par un Prix Goncourt. Il y déshabilla l'infâme conflit auquel il participa comme une course-poursuite écrite dans un style grave. Surnommé « *Le Zola des tranchées* », Henri Barbusse publia plus tard l'ouvrage *Les lettres d'Henri Barbusse à sa femme 1914-1917*. Les mots de Christine Ferniot dans *Télérama* (2013) résumant l'esprit de ce livre : « *Souvent, Henri Barbusse écrit sur ses genoux, les pieds dans la boue des tranchées. Un peu de paille pour dormir est une aubaine. Il ne sait plus à quoi ressemble un lit. C'est à sa femme qu'il adresse l'essentiel de ses lettres. Hélyonne son « petit cœur », sa « petite mignonne », son « joli fifillou » lui manque douloureusement* ».

11. Madame Jonglez de Ligne resta seule dans son château de Liévin après l'arrestation de son mari. Dans un bel esprit de solidarité, elle y fit aménager la cave pour y accueillir jusqu'au 8 septembre 1915 les habitants blessés de Liévin.

12. D'une rare sensibilité, la châtelaine soigna et visita la population civile de Liévin et logea les orphelins dans les caves de son château. Le 28 août 1915, cette femme exemplaire fit aménager une remise du château en chapelle et fit cinq jours plus tard planter le coq de l'église de Liévin ravagée sur cette dernière. Pour aller plus loin sur l'histoire des infirmières en 1914-1918, visionnez le film *L'adieu aux armes* (1930, de Frank Borzage). Sous l'effet magique de la caméra de Frank Borzage, on suit le travail de ces infirmières dans la Grande Guerre et de l'impossible amour entre un ambulancier, Gary Cooper et une infirmière, Helen Hayes. D'après un texte d'Ernest Hemingway, ce film est réussi et très émouvant.

elle fit école car l'autre châtelaine de la ville, Mademoiselle Aronio¹² s'est engagée dans la même voie.

Revenons aux femmes d'Hénin-Liétard. Jusqu'à l'été 1914, engoncées dans la cité minière, les femmes d'Hénin-Liétard ont fini par être progressivement évacuées d'octobre 1914 à avril 1917 en Belgique. Elles s'embarquèrent avec le strict minimum et sans s'attarder pour Grez-Doiceau et Genappe.

MARTHE CLOTILDE LAURE LAVAURS

Engageons un dernier exemple. Dans la ville voisine à savoir Billy-Montigny, le samedi 3 octobre 1914 vers 15 h 30, alors que les Allemands progressaient en direction de Lens, le directeur de la Compagnie des mines de Courrières, Auguste Lavaurs fut arrêté. Comme il délaissait à contrecœur Marthe Clotilde Laure, son épouse effrayée, Auguste Lavaurs leva le voile de son humanité en inscrivant dans son journal : « *Comme j'ai peine à rassurer ma femme malgré le calme dont je me suis départi, l'officier cherche à la tranquilliser en lui disant que je reviendrai le soir* ». Le lendemain, le 4 octobre 1914, Auguste Lavaurs fut libéré et reconduit chez lui par l'officier Baum qui fit mander à Marthe Clotilde Laure de faire préparer un repas pour trois officiers. Le repas devait être bon car le lendemain, l'officier fit inscrire sur la porte du couple Lavaurs : « *Réception bonne, personnes âgées aimables, à épargner. Signé Baum.* ».

LES FEMMES SONT LE SOUFFRE-DOULEUR DES OCCUPANTS

Au-delà du rituel quotidien de la servitude et de la domesticité envers l'occupant, les femmes de Rouvroy, un village voisin d'Hénin, et du reste du bassin minier ont dû se méfier du moindre mot prononcé de travers. Un exemple s'impose. Qu'un terrifiant « Boche » soit lâché et la coupable était déportée en Allemagne. Le pasteur de Liévin, Auguste Lemaître, y raconte le calvaire d'une Liévine qui eut le malheur de prononcer le mot interdit dans la rue. « *La moindre peccadille était sévèrement punie. Une femme se laissa aller à prononcer le mot « Boche » en causant dans la rue ; elle n'avait pas vu que juste à ce moment un officier passait. L'officier s'arrête, va droit à la malheureuse et lui déclare : « puisque vous parlez des Boches, vous irez les voir dans leur pays en Allemagne ».* Et ce fut la prison, l'exil. On ne sait ce que cette femme est devenue » indiquent les sources.

PASSÉ SOUS SILENCE : LE TRAVAIL OBLIGATOIRE

Montrées du doigt et déportées en cas de mots malheureux contre l'ennemi, les femmes étaient aussi contraintes de travailler pour lui et de confectionner les sacs utilisés pour consolider les tranchées sans s'opposer. De fait, l'appel lancé en 1914 par le ministre Viviani aux femmes pour prendre la relève des hommes aux champs et à l'usine les laissa ici de marbre.

Dans ce monde peuplé de femmes et d'enfants, surfant sur la vague de la répression et de la sauvagerie gratuite, les ennemis les obligèrent de façon brutale à travailler pour eux. Le notaire lensois Léon Tacquet en apporte des preuves dans son journal. À la date du 1^{er} juillet 1915, il écrit : « *Je*

HISTOIRE

savais qu'il y a quelque temps notre maire (Émile Basly) avait, sans prendre l'avis de qui que ce soit, fait confectionner par des institutrices, leurs élèves et d'autres personnes, 9 000 brassards blancs et un certain nombre de masques que lui avaient commandés les Allemands. Se sentant coupable, et ne voulant pas être le seul à être chargé d'une pareille responsabilité, il vient me dire quelques instants après : « Tout cela est beau mais il faut bien marcher quand on y est forcé, Lamendin a bien fait faire dernièrement pour les Allemands 400 sacs dans une nuit. Ah ! Le bon camarade ! ».

Loin de l'atmosphère poisseuse du bassin minier occupé et des silhouettes sans visage des femmes enserrées dans leurs guenilles fuyant les soldats allemands, dans la ville d'Arras, les femmes étaient parfaitement au diapason avec les soldats britanniques. Elles leur venaient volontiers en aide comme on le lit dans l'hebdomadaire *Le Lion d'Arras* du 22 mars 1916, p. 4. « Au pensionnat d'Arras fonctionne un véritable atelier. On y complète l'équipement des soldats : on y fabrique des couvre képis, des épaulettes de campagne, etc. Durant la journée du 6 août 1915, cent couvre képis ont été cousus de la sorte. D'autres fois, ce sont des écussons à fixer aux tuniques ou bien encore des vieilles chemises à raccommorder, de vieilles capotes à remettre en état ».

PORTRAIT VÉRITÉ DES RÉSISTANTES

Des femmes ont, dans cette ambiance, voulu rester libres et pour cela elles n'ont pas hésité à se rebeller. Ainsi, lorsque la machine allemande a tenté de les broyer en organisant de fausses visites médicales – des viols déguisés en somme – elles se sont opposées de toutes leurs forces pour tenter de faire plier l'ennemi.

Intéressons-nous à quelques résistantes de la Grande Guerre. Les commémorations du Centenaire qui se tiendront en 2018 viennent à point pour rendre hommage à Marcelle Sommer, une liéinoise de naissance, qui, au péril de sa vie, dans la Somme, alla nourrir les soldats français sous le feu de l'ennemi et en fit évader de nombreux autres. Les journaux l'ont honorée comme il le fallait. Elle eut par exemple, les honneurs du *Cherbourg Éclair* (5 février 1916), du magazine *J'ai vu* (3 février 1917), de *l'Illustration* (27 janvier 1917), du journal *Excelsior* (14 janvier 1915), de *The Sphere* (24 janvier 1917), de *l'illustré Les Trois couleurs* (10 mai 1917), du *Geraldton Guardian* (23 octobre 1917)... Les archives Gaumont-Pathé conservent aussi une bobine d'un reportage diffusé en 1917 et titré « *L'héroïne de la Somme décorée de la Légion d'honneur et de la Croix de Guerre* ».

Marcelle Sommer, ou Marcelle Semmer, naquit à Liévin le 17 février 1893. Cette infirmière courageuse et audacieuse a eu dans la presse internationale des articles toujours élogieux dont la teneur était la suivante : « *Dans la Somme, Mademoiselle Marcelle Semmer, de l'Éclusier, au milieu des ruines du village quand le feu de l'ennemi était tel qu'il fallait renoncer à porter des vivres aux hommes dans les tranchées, n'a pas hésité à s'y rendre elle-même, ses baquets de soupe aux mains. C'est à côté des soldats en première ligne qu'elle a été blessée le 30 septembre 1914. Aujourd'hui, la Légion d'honneur et la Croix de guerre décernées devant les troupes par le général Baret ornent la poitrine de cette héroïne de dix-neuf ans* ».

Ensuite, il faut célébrer Émilienne Moreau. Dès la fin de l'année 1915, le journal *Le Petit Parisien* publia les *Mémoires*

Louise de Bettignies.
Monument aux
femmes héroïques
de Lille.
Photo : J. Janicki



d'Émilienne Moreau, l'héroïne de Loos qui, le 25 septembre 1915, informa les Écossais du *Black Watch*, qui voulaient reprendre Loos-en-Gohelle, de la position des Allemands dans sa commune. Émilienne Moreau (1898-1971) fut pour nombre de Françaises et de Français une vraie bulle de vie.

Enfin, rappelons le souvenir de Louise de Bettignies, plus connue sous son nom de résistance Alice Dubois. Elle dirigeait le réseau lillois de résistance Ramble. Dans le point de mire des Allemands, elle fut arrêtée en octobre 1915 à Froyennes en Belgique, au café « *Le canon d'or* » qui servait de sentinelle à la milice, puis condamnée et emprisonnée à Siegburg où elle s'éteignit le 27 septembre 1918. Surnommée la « Jeanne d'Arc du Nord », Louise de Bettignies créa à Lille avec une autre femme, Léonie Vanhoutte alias Charlotte, un réseau de résistance. Contribuant à son entrée dans la légende, chacun racontait après la Grande Guerre son action en n'omettant pas de rappeler que son réseau fournissait des informations aux alliés sur les déplacements des troupes allemandes et sur la situation des dépôts de munitions.

Louise de Bettignies constitue à elle seule un pan de l'histoire de la Grande Guerre. Pour ses actes de bravoure, elle fut décorée de la Croix de Guerre avec palme et de la Croix de Guerre britannique. Elle fut aussi élevée au grade de chevalier de la Légion d'honneur et nommée par le roi Georges V, officier de l'Empire Britannique en 1919.

CONCLUSION

L'Histoire a oublié ces héroïques femmes qui vécurent dans les zones occupées par l'ennemi. Elle a aussi oublié ces moments d'espoir, fruit de l'action des femmes. En cette période sanglante, il est arrivé que le bassin minier connaisse des périodes de grâce, grâce à l'action d'adolescent(e)s courageux. À Liévin, Blanche, 15 ans, prit en l'absence du curé, l'initiative de transformer le sous-sol de sa maison en cave chapelle où les petits catéchisés priaient pour leurs papas partis au combat et pour la victoire de la France. Blanche de Liévin croula sous les louanges du journal *La Croix*. On peut lire dans le numéro du 3 mars 1917 : « *Elle appelait de tous ses vœux le jour béni où elle aurait pu leur relire, avec le joyeux Alléluia de la victoire, la douce et encourageante parole des bergers la nuit de Noël : Allons jusqu'à Bethléem ! Allons ensemble jusqu'à l'hostie, jusqu'à Jésus, qui a fait la joie de notre jeunesse !* » Malheureusement, elle fut tuée à l'entrée de sa cave chapelle par un obus. •

À suivre.

kiosque 42

fiche technique 43

recherche 44

communiqués 45

agenda en bref 46

congrès et formations 46

KIOSQUE

LIVRE

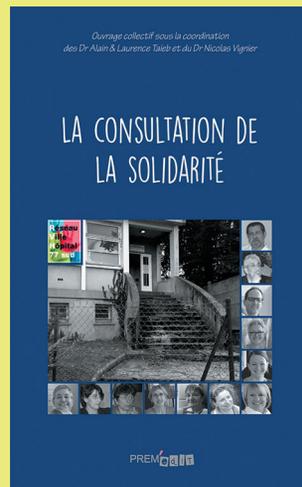
LA CONSULTATION DE LA SOLIDARITÉ

Cela faisait donc 20 ans. Vingt ans que des accueillants, des travailleurs sociaux, des infirmiers et des médecins se succédaient pour assurer cette permanence. Les personnes en situation de précarité pouvaient y rencontrer un travailleur social et un médecin gratuitement et se voir délivrer les médicaments dont ils avaient besoin. Cette consultation était une belle aventure humaine. Vingt ans c'est quelque chose. Nous allions célébrer cela. Mais une simple rencontre. Quelques discours. Et on oublie tout.

Il fallait que quelque chose reste. Que la consultation continue à vivre. Il fallait laisser une trace, quelque chose pour dire merci à ceux qui l'ont imaginée et portée, un endroit où témoigner de cette expérience hors norme. Le présent ouvrage recueille ainsi des témoignages et des contributions de soignants, d'usagers, de travailleurs sociaux, de bénévoles, d'un directeur d'hôpital, de stagiaires, etc. qui ont tous de près ou de loin, pour un temps ou depuis longtemps, contribué à faire vivre cette consultation de la solidarité.

LES AUTEURS

Ouvrage collectif, sous la direction de :
Dr Alain Taieb, Dr Laurence Taieb, Dr Nicolas Vignier



Éditeur : Prem'Edit

248 Pages - Prix : 27 €

Format : 228 x 152 mm

Parution : 22 janvier 2018

ISBN : 979-10-91321-93-8

<http://nouveautes-editeurs.bnf.fr>

LIVRE

MIEUX ACCOUCHER, C'EST POSSIBLE !

« J'ai écrit ce livre pour contribuer à rendre aux femmes le plein bonheur de leur pouvoir créateur et pour les aider à faire les bons choix pour elles, leur bébé et leur conjoint. Il est destiné à celles qui veulent vivre leur grossesse et leur accouchement plus en douceur, plus en sécurité et surtout comme elles le souhaitent vraiment. » Épisiotomies excessives, césariennes inutiles, hospitalisations abusives pour raison géographique, accélérations de l'accouchement pour raison économique... La surmédicalisation actuelle de toutes les grossesses et de tous les accouchements est injustifiée et n'est pas sans risque.

Francine Dauphin nous rappelle que la grossesse et l'accouchement sont des phénomènes naturels qui doivent être surveillés et accompagnés, mais qui, dans la très grande majorité des cas, ne justifient pas la multiplication de gestes techniques. Or aujourd'hui, les fabuleux progrès des technologies médicales pourraient être mis au service de la femme au lieu de l'asservir et lui permettre d'accoucher dans des conditions optimales de sécurité et de bien-être. Les solutions existent. Elles marchent. Elles sont connues. Francine Dauphin, nourrie d'une expérience exceptionnelle de 50 ans au service des femmes, nous les rappelle avec bon sens et une profonde humanité dans ce livre chaleureux qui redonne aux femmes le choix des possibles.

LES AUTEURS

Francine DAUPHIN est sage-femme depuis un demi-siècle. Elle a été cadre à l'hôpital Antoine-Béclère, dans l'un des services les plus en pointe en matière d'obstétrique. Aujourd'hui, elle exerce au sein du Groupe Naissance, où les femmes choisissent leur mode d'accouchement.

Denis LABAYLE est médecin et écrivain. Certains de ses essais font aujourd'hui référence : *La vie devant nous* (Seuil), *Tempête sur l'hôpital* (Seuil) ou *Pitié pour les hommes* (Stock).



Éditeur :

Synchronique Éditions

148 Pages - Prix : 12 €

Format : 200 x 135 mm

Parution : 8 mars 2018

ISBN : 978-2-917738-43-6

www.synchronique-editions.com

KIOSQUE

EXPOSITION AU PLOMB chez la femme enceinte

QUAND ET COMMENT ÉVALUER L'EXPOSITION AU PLOMB D'UNE FEMME ENCEINTE ?

Les expositions à une source de plomb des femmes enceintes, pendant leur enfance ou leur grossesse, peuvent être à l'origine d'une contamination de l'enfant qu'elles portent et d'effets indésirables sur la grossesse. Les effets documentés du plomb sur la grossesse et le développement sont : une augmentation des risques d'hypertension artérielle gravidique, d'avortement et de prématurité, de petit poids de naissance, d'effets neurotoxiques et de retard du développement chez l'enfant (cf. fiche A - DO 477).

Le repérage systématique du risque d'exposition au plomb pendant la grossesse est recommandé.

Il peut se faire à tout moment, en particulier lors de la première consultation du suivi de grossesse ou au cours de l'entretien prénatal précoce.

Les médecins, les sages-femmes ou les infirmiers qui collaborent avec eux peuvent repérer les expositions passées et actuelles au plomb des femmes enceintes en utilisant le questionnaire ci-contre.

- ▶ Les sources d'exposition au plomb repérées et/ou les plombémies mesurées pendant la grossesse doivent être consignées dans le carnet de surveillance de la grossesse, le carnet de santé de l'enfant et celui de la mère.
- ▶ Quel que soit le résultat de la plombémie, l'identification d'une ou plusieurs sources d'exposition au plomb implique leur éradication rapide ou leur évitement. Le cas échéant, la femme enceinte doit être éloignée de ces sources.



À l'issue de la première consultation du suivi de grossesse ou de l'entretien prénatal précoce, ou lors de toute autre occasion, si les réponses à au moins une des questions ci-dessus indiquent une possible exposition au plomb, actuelle ou passée, la sage-femme ou le médecin :

- Donnera les conseils d'hygiène adaptés (cf. fiche H) ;
- Prescrira une plombémie à sa patiente pour confirmation (cf. fiche N). Depuis 2005, la plombémie et la consultation de dépistage pour les enfants et les femmes enceintes sont entièrement prises en charge par l'Assurance maladie (voir la fiche R) ;
- Et/ou prévoira la réalisation d'une plombémie à la naissance, chez le nouveau-né (prélèvement de sang au cordon).

Si l'exposition de la femme enceinte est professionnelle, elle est réglementairement interdite et doit être immédiatement interrompue. L'intéressée doit être invitée à rencontrer rapidement son médecin du travail et à déclarer sa grossesse à son employeur, afin que les mesures préventives adaptées puissent être mises en œuvre.

Questionnaire de repérage des expositions au plomb des femmes enceintes

RECHERCHER UNE EXPOSITION ANCIENNE

- ▶ Avez-vous déjà été intoxiquée par le plomb ? Si oui, avez-vous eu un ou plusieurs dosages de votre plombémie ?

- *Disposez-vous de leurs résultats ? À défaut pouvez-vous indiquer dans quelles villes ont été effectués ces dosages¹ ?*

- *Pouvez-vous présenter votre carnet de santé² ?*

- ▶ Êtes-vous arrivée récemment en France³ ?

RECHERCHER DES FACTEURS DE RISQUE D'EXPOSITION ACTUELS

Facteurs de risques environnementaux

- ▶ Habitez-vous ou fréquentez-vous régulièrement un bâtiment ancien construit avant 1975 (surtout s'il a été construit avant 1949 - cf. fiche B) ? **Si oui, ou si vous ne savez pas**

- *la peinture des murs ou des huisseries est-elle écaillée dans votre logement ou dans les parties communes de l'immeuble ?*

- *des travaux de rénovation (notamment décapage ou ponçage de vieilles peintures) ont-ils été récemment réalisés dans votre logement ou dans les parties communes de l'immeuble ?*

- ▶ Avez-vous connaissance de la présence de canalisations en plomb distribuant l'eau dans votre logement ou dans votre immeuble ?

- ▶ Habitez-vous ou fréquentez-vous régulièrement des lieux proches d'un site pollué par le plomb, en particulier un site industriel rejetant ou ayant rejeté du plomb dans l'atmosphère⁴ ?

- ▶ Habitez-vous ou fréquentez-vous régulièrement un lieu de vie précaire (squat, bidonville) ?

- ▶ Consommez-vous des fruits ou des légumes cultivés dans un jardin proche d'un site industriel rejetant ou ayant rejeté du plomb dans l'atmosphère ?

- ▶ Exercez-vous (ou avez-vous exercé) une personne de votre foyer exerce-t-elle une activité professionnelle ou de loisir exposant au plomb ? (cf. fiche B)

Facteurs de risque individuels

- ▶ Existe-t-il des personnes intoxiquées par le plomb dans votre entourage ?

- ▶ Utilisez-vous ou avez-vous déjà utilisé des remèdes ou des compléments alimentaires traditionnels (Inde, Pakistan, Asie du Sud-Est, Chine, Pays arabes, Amérique latine) ?

- ▶ Vous est-il arrivé de manger des substances non alimentaires telles que : argile, terre, plâtre, écailles de peinture ?

- ▶ Utilisez-vous des cosmétiques traditionnels (khôl, surma...)?

- ▶ Utilisez-vous de la vaisselle ou des ustensiles de cuisine en céramique d'origine artisanale, en étain ou en cristal ?

- ▶ Avez-vous déjà été blessée par une arme à feu ?

- ▶ Est-ce que vous fumez ? Ou quelqu'un de votre entourage fume-t-il dans votre logement ?

1. L'intéressé ou le médecin qu'il désigne peut obtenir communication des résultats des dosages de sa plombémie, en faisant la demande au Centre antipoison de la région où il résidait au moment du ou des dosages.

2. Les résultats des mesurages des plombémies et les traitements reçus devraient y être reportés et le sont parfois.

3. Les plombémies en population générale sont souvent moins élevées en France que dans certains pays d'Afrique, du

Moyen-Orient, d'Asie du sud-est, des Antilles et d'Europe de l'est.

4. L'information utile peut être obtenue en consultant Basias, inventaire historique de sites industriels français, base de données développée par le Bureau des recherches géologiques et minières (BRGM) <http://basias.brgm.fr/donnees.asp> ou encore en interrogeant la mairie de sa commune.

Delayed vs early umbilical cord clamping for preterm infants: a systematic review and meta-analysis

Clampage tardif versus clampage précoce du cordon ombilical dans le cas d'enfants prématurés : revue systématique et méta-analyse

BACKGROUND

The effects of delayed cord clamping of the umbilical cord in preterm infants are unclear.

OBJECTIVE

We sought to compare the effects of delayed vs early cord clamping on hospital mortality (primary outcome) and morbidity in preterm infants using Cochrane Collaboration neonatal review group methodology.

STUDY DESIGN

We searched MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, and Chinese articles, cross-referencing citations, expert informants, and trial registries to July 31, 2017, for randomized controlled trials of delayed (≥ 30 seconds) vs early (< 30 seconds) clamping in infants born < 37 weeks' gestation. Before searching the literature, we specified that trials estimated to have cord milking in $> 20\%$ of infants in any arm would be ineligible. Two reviewers independently selected studies, assessed bias, and extracted data. Relative risk (ie, risk ratio), risk difference, and mean difference with 95% confidence intervals were assessed by fixed effects models, heterogeneity by I² statistics, and the quality of evidence by Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations.

RESULTS

Eighteen randomized controlled trials compared delayed vs early clamping in 2834 infants. Most infants allocated to have delayed clamping were assigned a delay of ≥ 60 seconds. Delayed clamping reduced hospital mortality (risk ratio, 0.68; 95% confidence interval, 0.52-0.90; risk difference, -0.03; 95% confidence interval, -0.05 to -0.01; P = .005; number needed to benefit, 33; 95% confidence interval, 20-100; Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations = high, with I² = 0 indicating no heterogeneity). In 3 trials in 996 infants ≤ 28 weeks' gestation, delayed clamping reduced hospital mor-

tality (risk ratio, 0.70; 95% confidence interval, 0.51-0.95; risk difference, -0.05; 95% confidence interval, -0.09 to -0.01; P = .02, number needed to benefit, 20; 95% confidence interval, 11-100; I² = 0). In subgroup analyses, delayed clamping reduced the incidence of low Apgar score at 1 minute, but not at 5 minutes, and did not reduce the incidence of intubation for resuscitation, admission temperature, mechanical ventilation, intraventricular hemorrhage, brain injury, chronic lung disease, patent ductus arteriosus, necrotizing enterocolitis, late onset sepsis or retinopathy of prematurity. Delayed clamping increased peak hematocrit by 2.73 percentage points (95% confidence interval, 1.94 - 3.52; P < .00001) and reduced the proportion of infants having blood transfusion by 10% (95% confidence interval, 6 - 13%; P < .00001). Potential harms of delayed clamping included polycythemia and hyperbilirubinemia.

CONCLUSION

This systematic review provides high-quality evidence that delayed clamping reduced hospital mortality, which supports current guidelines recommending delayed clamping in preterm infants. This review does not evaluate cord milking, which may also be of benefit. Analyses of individual patient data in these and other randomized controlled trials will be critically important in reliably evaluating important secondary outcomes.

Fogarty M, Osborn DA, Askie L, Seidler AL, Hunter K, Lui K, Simes J Tarnow-Mordi W. **AM J OBSTET GYNECOL.** 2018 JAN; 218 (1): 1-18

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

to increase: augmenter
bias: biais
to allocate: répartir
to assign: recevoir, attribuer
background: contexte
delayed: retardé
early cord clamping: clampage précoce du cordon
cord milking: traite du cordon
trial registries: Registres d'essais cliniques
patent ductus arteriosus: persistance du canal artériel
harm: mal, méfaits, inconvénients

CHLAMYDIA TRACHOMATIS AND THE RISK OF SPONTANEOUS PRETERM BIRTH, BABIES WHO ARE BORN SMALL FOR GESTATIONAL AGE, AND STILLBIRTH: A POPULATION-BASED COHORT STUDY

Chlamydia trachomatis et le risque d'accouchement prématuré spontané, de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel et de mortinaissance : une étude de cohorte basée sur la population.

Chlamydia trachomatis est l'une des infections sexuellement transmissibles les plus communément diagnostiquées dans le monde, mais les études dans la littérature sont contradictoires concernant une association entre l'infection génitale à chlamydia et de mauvais indicateurs en obstétrique. La direction du couplage des données de l'Australie-Occidentale a créé une cohorte de femmes en âge de procréer en reliant les enregistrements des naissances aux listes électorales des femmes d'Australie occidentale nées de 1974 à 1995. La cohorte a ensuite été liée aux dossiers de dépistage de la chlamydie et au registre national périnatal des données sur naissances prématurées et d'autres indicateurs défavorables en obstétrique. Les associations entre le dépistage de la chlamydie, la positivité du test et les résultats obstétricaux défavorables ont été réalisées en utilisant des analyses de régression logistique multivariées.

De 2001 à 2012, 101558 femmes âgées de 15 à 38 ans ont eu une naissance unique. Parmi ces femmes, 3921 (3,9%) avaient une naissance prématurée spontanée, 9762 (9,6% des 101371 femmes avec des données disponibles) avaient un nouveau-né qui était petit pour l'âge gestationnel, et 682 (0,77%) avaient une mortinaissance. Pendant leur grossesse, 21267 (20,9%) de ces femmes avaient au moins un test de dépistage de la chlamydia et 1365 (6,4%) des personnes testées étaient positives. Avant la grossesse, 19157 (18,9%) de ces femmes ont subi un test de dépistage de la chlamydia, dont 1595 (8,3%) ont été testées positives. Après ajustement pour l'âge, l'origine ethnique, le tabagisme maternel et les antécédents d'autres infections, aucune association significative n'a été retrouvée entre un test positif pour la chlamydia et l'accouchement prématuré spontané (rapport de cotes ajusté 1,08 [IC 95% 0,91-1,28], p = 0,37), un nouveau-né qui était petit pour l'âge gestationnel (0,95 [0,85-1,07], p = 0,39), ou un enfant mort-né (0,93 [0,61-1,42], p = 0,74).

EN CONCLUSION

Une infection à chlamydia génitale qui est diagnostiquée et, vraisemblablement traitée pendant ou avant la grossesse n'augmente pas considérablement le risque d'accouchement prématuré spontané, d'avoir un nouveau-né qui est petit pour l'âge gestationnel ou d'avoir un enfant mort-né.

Reekie J, Roberts C Preen D, Hocking JS Donovan B, Ward J Mak DB Liu B. **LANCET INFECT DIS.** 2018 JAN 19. PII: S1473-3099 (18) 30045-8.

Women's experiences of pregnancy related pelvic girdle pain: A systematic review

Revue systématique sur le vécu des femmes concernant les douleurs de la ceinture pelvienne liées à la grossesse

OBJECTIVE

To systematically review the available studies which relay the experience of pregnancy related pelvic girdle pain and how this affects women psychologically and emotionally.

METHOD

A systematic review and meta-synthesis of the experiences of pregnancy related pelvic girdle pain was conducted for qualitative studies dated between 2005 and 2016. Predefined terms were used to search nine central databases and hand searches of two reference lists of identified studies were carried out.

FINDINGS

614 records were identified, eight studies met the inclusion criteria for review. Pain from pelvic girdle pain impacted on women's daily lives both at home and the workplace. This had a negative emotional and psychological impact on women as it took away their feeling of independence. Women reported feelings of frustration, guilt, irritability and upset at being unable to carry out their normal roles. Pelvic girdle pain also affected the women's sense of identity and ability to care for their children.

CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS FOR PRACTICE

Health professionals working with pregnant and postnatal women need to be aware of the anger, frustration and negative emotions resulting from PGP. These women may become socially isolated and there is a risk they could abuse analgesics in attempt to manage the pain especially if they do not have the social support. For women with young children, it is important to be aware of safety issues they face with carrying babies and controlling toddlers. It is therefore important that health professionals recognise PGP as a serious health issue, approach this condition sensitively and refer to appropriate treatment as soon as PGP is suspected.

TRADUCTION

Une revue systématique et méta-synthèse sur le vécu des douleurs pelviennes liées à la grossesse a été réalisée avec des études qualitatives réalisées entre 2005 et 2016. Des termes prédéfinis ont été utilisés pour rechercher neuf bases de données centrales et des recherches manuelles de deux listes d'études identifiées ont été effectuées. 614 enregistrements ont été identifiés, huit études répondaient aux critères d'inclusion. Les douleurs de la ceinture pelvienne ont eu des répercussions sur la vie quotidienne des femmes à la maison et au travail. Cela a eu un impact émotionnel et psychologique négatif sur les femmes, car il leur a enlevé leur sentiment d'indépendance. Les femmes ont rapporté des sentiments de frustration, de culpabilité, d'irritabilité et de contrariété à l'idée de ne pas pouvoir s'acquitter de leurs rôles habituels. Les douleurs de la ceinture pelvienne affectent également le sentiment d'identité des femmes et leur capacité à prendre soin de leurs enfants.

CONCLUSIONS ET IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

Les professionnels de santé travaillant avec des femmes enceintes et en postnatal doivent être conscients de la colère, de la frustration et des émotions négatives résultant de ce type de douleur. Ces femmes peuvent devenir socialement isolées et il existe un risque qu'elles puissent abuser des analgésiques pour tenter de gérer la douleur, surtout si elles ne bénéficient pas de soutien social. Pour les femmes ayant de jeunes enfants, il est important d'être conscient des problèmes de sécurité auxquels elles sont confrontées lorsqu'elles transportent des bébés et surveillent les tout-petits. Il est donc important que les professionnels de la santé identifient ces douleurs comme un problème de santé grave et qu'ils l'abordent de façon sensible et se réfèrent à un traitement approprié dès que le syndrome est suspecté.

Mackenzie J, Murray ELusher
JMIDWIFERY2018 JAN; 56: 102-111.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE → 01.02.18

ONSSF-UNSSF

Mardi 30 janvier 2018, les syndicats professionnels représentatifs des sages-femmes (Organisation Nationale Syndicale des Sages-femmes et Union Nationale Syndicale des Sages-Femmes) ont été reçus, à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Saliés (CNAMTS), pour la 7^e réunion de négociations conventionnelles.

À ce stade des négociations, les deux syndicats regrettent l'impasse dans laquelle l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) les a conduits en imposant, dès le début, une **enveloppe budgétaire contrainte, bloquée à un montant dérisoire** et indécent ainsi que des **propositions unilatérales et arbitraires**, y compris sur la **démographie des sages-femmes libérales sur le territoire**.

Les mesures minimalistes ne permettent pas une réelle reconnaissance de leurs compétences et maintiennent les sages-femmes libérales au rang de la **profession de santé ayant les plus bas revenus**. Certains actes, pratiqués par les sages-femmes, n'ont toujours pas de rémunération prévue par la Sécurité sociale.

La qualité de la prise en charge des femmes, aussi bien au cours de la grossesse que lors du suivi gynécologique, n'est pas prise en compte dans les discussions par l'UNCAM. Pourtant, les résultats de l'enquête de périnatalité sont alarmants. La HAS vient de faire paraître des recommandations sur la prise en charge de l'accouchement normal, chez les femmes présentant un bas risque obstétrical : **mais avec quels moyens ?** Nos propositions ne sont pas écoutées dès lors qu'elles nécessitent un ajustement financier.

Où sont donc passées les promesses de campagne de M. Macron ?

Le futur Président de la République s'était adressé en mars 2017 aux sages-femmes du territoire et préconisait : « [...] que les sages-femmes relèvent les nombreux défis de la santé », « [...] soient au cœur de la prévention, [...] participent à la réorganisation de notre système de santé » ; et promettait que « (son) projet donnera (aux sages-femmes) les moyens de développer une approche humaine et efficace des parcours de santé des femmes ».

Si les sages-femmes sont prêtes à relever les défis à venir, cela ne pourra se faire sans les moyens adéquats pour y parvenir !

PLUS D'INFORMATIONS

<http://www.unssf.org/>

AGENDA EN BREF

- **17 MARS 2018**
NANTES - 44 (Westotel La Chapelle-Sur-Erdre)
Assemblée générale et Colloque de l'ANSFL
ansfl.org
- **22-23-24-25 MAI 2018**
MARSEILLE
46^{es} Assises Nationales des Sages-Femmes
assises-sages-femmes.eu
- **31 MAI AU 2 JUIN 2018**
Hôtel Fairmont MONTE CARLO
Gyn Monaco 2018
gyn-monaco.com
- **4 JUIN 2018**
PARIS 7^e
Journée à thème du Collège National des Sages-Femmes de France
cerc-congres.com
- **23-24 MARS 2018**
STRASBOURG (67)
Séminaire annuel Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs
Thème 2018 : 10 ans de l'AFSFA : de la naissance à la reconnaissance
cerc-congres.com
- **27-28 SEPT. 2018**
PARIS 3^e
Forum Sein 2018
eska.fr
- **26-27 NOVEMBRE 2018**
PARIS
JPU 2018 (Journées Post-Universitaires)
apsf.fr
- **29-30 NOVEMBRE 2018**
MONTPELLIER
12^e Congrès national de la Société Francophone de Tabacologie
Thème : La tabacologie au cœur de la santé
societe-francaise-de-tabacologie.com
- **16-17 MAI 2018**
BADEN (SUISSE)
1^{er} Congrès suisse de Périnatalité
Thème : "Mythes et faits".
perinataalkongress.ch
- **7-8 JUIN 2018**
POITIERS
Journées d'études de l'Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales
ansft.org
- **14 AU 16 JUIN 2018**
SAINT-MALO
7^e Congrès International Emergences Hypnose et Douleur
hypnoses.com



FORMATIONS ANSFL 2018

Organisme de formation enregistré
sous le n° 53 35 08377 35

TARIFS, DATES, ADHÉSION www.ansfl.org

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

ÉCHOGRAPHIE ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE
Intervenantes : Évelyne Rigaut (SF-Écho)
Lorraine Guénédal (Biologiste)
Date : 7-8 juin 2018
Lieu : Lyon (groupe constitué)

LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE GYNÉCOLOGIE DE PRÉVENTION
Intervenante : Annie Sirven (SF)
Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
• Session I : Date : [site www.ansfl.org](http://site.ansfl.org)
• Session II : Date : 20-21-22 mars 2018 (Pré-requis : session I)

L'INSTALLATION EN LIBÉRAL
Intervenante : Laurence Platel (SF)
Date : 16 fév 2018 - Lieu : Paris 15^e

LA PRATIQUE LIBÉRALE : CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS
Intervenante : Laurence Platel (SF)
Date : 5 avril 2018 - Lieu : Paris 15^e

INITIATION À LA PENSÉE CRITIQUE LES SAGES-FEMMES
Intervenante : Amélie Battaglia (SF)
Date : 5-6 juin 2018 - Lieu : Paris 17^e

LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES À BAS RISQUES
Intervenante : Amélie Battaglia (SF)
Date : 2^e sem 2018 - Lieu : Paris

LA SEXOLOGIE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE NOS PATIENTES ET DE LEURS CONJOINTS
Intervenante : Nicole Andrieu (SF)
• Session I
Date : 27-28 mars 2018
Lieu : Crest (26) (groupe constitué)

EUTONIE : RÉÉDUCATION EN POSTNATAL
Intervenante : Martine Gies (SF)
Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)

• Session I : Découverte
Date : 5-6 avril 2018
• Session II : Les pathologies urinaires
Date : 21-22 juin 2018 (Pré requis : session I)
• Session III : Retrouver la mobilité et le dynamisme
Date : 27-28 sept 2018 (Pré requis : session II)

• Session IV : Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre
Date : 28-29 nov 2018 (Pré requis : session III)

ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ
Intervenante : Odile Tagawa (SF)

• Session I : Prénatal
Date : 2^e sem 2018 - Lieu : Marseille
• Session II : Postnatal

Toutes nos formations : FIF-PL

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



<http://ansfl.org/>

COLLOQUE DE L'ANSFL

SAMEDI 17 MARS 2018 DE 9 H À 17 H, À NANTES

TOUT SEUL ON VA PLUS VITE, ENSEMBLE ON VA PLUS LOIN

PRÉ-PROGRAMME À CONFIRMER

CE QUI NOUS RELIE

Exercer en maison de santé pluridisciplinaire
Laurence Cassé

Réseaux de périnatalité :
apports dans les relations interprofessionnelles
Rozenn Collin

Du côté des réseaux sociaux
Mylène Beaudron-Tortajada

TABLE RONDE INTERPROFESSIONNELLE

Partenaires particulières cherchent partenaires particuliers...

Micheline Boivineau (sage-femme territoriale), Catherine Le Biavan (sage-femme hospitalière), Dr Teddy Linet (gynécologue-obstétricien), Hélène Morin (sage-femme libérale), Dr Philippe Marissal (médecin généraliste)...

Ce colloque sera précédé de l'AG de l'ANSFL, le vendredi 16 mars à 14 h.

Pour une bonne prise en compte de vos annonces ou de leurs mises à jour, nous vous recommandons de nous les adresser
AU PLUS TARD LE 10 DU MOIS PRÉCÉDENT. ✉ congres@eska.fr

Pratiquer dès le lendemain du séminaire



Institut Naissance & Formations



Calendrier 2018

Connaissance & Maîtrise du Périnée
 de Dominique Trinh Dinh
 Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

PROGRAMME EN 3 ÉTAPES

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

Niveau 1

- **St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse**
 Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
 - du 5 au 8/03/18 et du 3 au 6/04/18
 - du 10 au 13/09/2018 et du 8 au 11/10/2018
- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**
 Formatrice: Anne-Françoise Sachet
 - du 28 au 31/05/18 et du 25 au 28/06/18
 - du 22 au 25/10/2018 et du 19 au 22/11/2018
- **Vergèze (30) - La Clé des Chants**
 Formatrice: Corinne Roques
 - du 13 au 16/03/18 et du 10 au 13/04/18

Niveau 2

- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**
 Formatrice: Anne-Françoise Sachet
 - du 12 au 15/03/18 et du 9 au 12/04/18
- **Vergèze (30) - La Clé des Chants**
 Formatrice: Corinne Roques
 - du 11 au 14/09/18 et du 9 au 12/10/2018
- **St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse**
 Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
 - du 1^{er} au 4/10/2018 et du 12 au 15/11/2018
- **La Réunion - Cogohr**
 Formatrice: Corinne Roques
 - Novembre 2018: dates à définir

Travail Corporel en Rééducation Périnéale

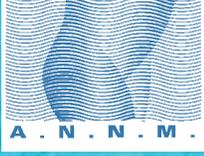
- Durée: 4 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- **Hôtel Kyriad à Rouen (76)**
 Formatrice: Corinne Roques
 - du 22 au 25 mars 2018

Programmation en région possible. Nous contacter.

Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

- Durée: 3 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**
 Formatrice: Anne-Françoise Sachet
 - du 16 au 18 avril 2018
 - du 17 au 19 septembre 2018

Renseignements auprès de **Jocelyne Dallem**
 ☎ 03 89 62 94 21 - ✉ cmp.info@free.fr
 Institut Naissance & Formations - 2a rue du Paradis - 68190 Ungersheim
 🌐 www.institutnaissanceetformations.fr
 Prises en charge possibles: DPC - FIF-PL



Association Nationale Natation & Maternité
 PIONNIÈRE DEPUIS 1977

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

Formations bi-annuelles

Prochaines formations

- ▷ Clamart (92)
 - Stage prénatal: les 23, 24, 25 avril 2018
 - Stage postnatal: le 26 avril 2018

► **Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes**

Programme et inscription

6, Allée de la Tournelle - 91370 Verrières le Buisson
 Message: 01 69 30 98 01 - Courriel: infos@annm.fr
 Site internet: <http://annm.fr>

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



N'féraïdo®
 modelages
 accompagnant
 Bienêtre

OUI! A LA BIENÉTRAITANCE OBSTÉTRICALE

Volet obstétrique*

Réponses manuelles aux maux de
Cycle I: La grossesse, l'accouchement et le post-partum
Cycle II: La mère et le bébé

Dates Paris
 Cycle I: 5 au 7 nov 2018
 Cycle II: 8 au 10 nov 2018

Dates Agen
 Cycle I: 11 au 13 avril 2018

Dates Fribourg
 Cycle II: 4 au 6 mai 2018

* D. Jacquin D.O.

Volet uro-gynécologique**

Rééducation manuelle par voie externe
 Modelages: Bassin, organes pelviens & périnée

Dates Paris
 8 au 10 octobre 2018

Dates Agen
 16 au 18 mai 2018

** Francine Augère S.F.

Contact et intervenant
 Dominique Jacquin, OSTÉOPATHE D.O.
 Tél.: 05 62 28 39 94
www.nferaido.com



FORMATION

Pour une bonne prise en compte de vos annonces ou de leurs mises à jour, nous vous recommandons de nous les adresser **AU PLUS TARD LE 10 DU MOIS PRÉCÉDENT.** ✉ congres@eska.fr



Charte éthique de bonne pratique

Unité d'enseignement Hypnose médicale et périnatalité

Aucun pré-requis

- Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 1 5 jours / 35 H
- Hypnose conversationnelle à l'usage de la sage-femme 3 jours / 21 H
- Autohypnose pour la prévention des douleurs, de l'anxiété et du stress 4 jours / 28 H

Pré-requis : Module Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 1

- Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 2 5 jours / 35 H
- Analgésie, anxiolyse, confort et situations d'urgence 3 jours / 21 H
- Hypnose de groupe et préparation à la naissance 4 jours / 28 H
- Hypnose Outils d'accompagnement du couple et de la parentalité 3 jours / 21 H
- Hypnose Développer l'utilisation du sensoriel 2 jours / 14 H
- Quickstart en hypnose 3 jours / 21 H
Clés et leviers pour un usage facile de l'hypnose

Pré-requis : Module Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 2

- Hypnose médicale et périnatalité - Praticien 5 jours / 35 H

 **CERTIFICATION TECHNICIEN EN HYPNOSE MÉDICALE ET PÉRINATALITÉ**
98 HEURES DE FORMATION

 **CERTIFICATION PRATICIEN EN HYPNOSE MÉDICALE ET PÉRINATALITÉ**
Au total 203 HEURES DE FORMATION comprenant la certification Technicien

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

 contact@medicformation.fr

 01 40 92 72 33

Medic Formation , 79 rue de Sèvres, 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

N° de déclaration d'activité 11 95 04903 95 - Agréé ANDPC 1251 - Agréé DOKELIO/ Intercarif-oref Réf : OF-11646

FORMATION