

LES **DO**

LES DOSSIERS  
**DE L'OBSTÉTRIQUE**



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

#489 MARS 2019

46<sup>e</sup> année ISSN 0767-8293



DOSSIER  
Suivi et orientation  
d'une grossesse  
physiologique

**MAÏEUTIQUE DOSSIER** ● Instinct maternel : réalité et controverses ● **VOLET PÉDAGOGIQUE**

Le suivi de grossesse ● Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées ● Diagrammes d'un suivi de grossesse physiologique par consultations de 10 SA à 37 SA

**PÉDIATRIE** Suivi des enfants vulnérables (SEV)

**SANTÉ PUBLIQUE** Temps d'accès aux maternités Bourguignonnes et indicateurs de santé périnatale

**SCIENCES HUMAINES** Dimorphisme sexuel et évolution humaine : les violences faites aux femmes ont-elles eu des conséquences sur notre anatomie ?

**ALLAITEMENT** Entraves à l'allaitement maternel chez des femmes ayant vécu un viol et/ou des abus sexuels pendant l'enfance et/ou l'adolescence

# Avec la **Suite PHENIX** passez en mode confort

Trois solutions complémentaires : surveillance de grossesse globale et cohérente, rééducation périnéale et gestion administrative et médicale de vos données patientes.



## **PHENIX MONITO** LE MONITORING SANS FIL

Grand écran, grossesses multiples, imprimante thermique...  
Facilitez votre quotidien !

À PARTIR DE  
**96 € TTC/MOIS\***



## **PHENIX Micro** RÉÉDUCATION PÉRINÉALE SANS FIL

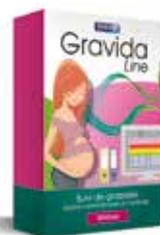
Assistant thérapeutique, dossier favoris... Optez pour la facilité.

**124 € TTC/MOIS\***

## **LOGICIEL DE SUIVI DE GROSSESSE GRAVIDA LINE**

Un seul outil informatisé pour toutes  
vos fiches patientes.

**499 € TTC\*\***



*\* Offre valable pour une durée de 36 mois, selon notre barème de financement en vigueur au 01/01/2018.*

*\*\* Hors financement*



## **POUR L'ENSEMBLE DE VOTRE ACTIVITÉ CHOISISSEZ LA MARQUE DE L'EXCELLENCE !**

## **VIVALTIS**

Leader mondial des appareils de rééducation périnéale, le bien-être des femmes est au cœur de la démarche VIVALTIS depuis 17 ans.

[www.vivaltis.com](http://www.vivaltis.com)



**02** **ÉDITORIAL**  
BENOÎT LE GOEDEC

**04** **MAÏEUTIQUE**

**DOSSIER**  
**SUIVI ET ORIENTATION**  
**D'UNE GROSSESSE**  
**PHYSIOLOGIQUE**

Instinct maternel :  
Réalité et controverses  
INGRID BAYOT

**10** **VOLET PÉDAGOGIQUE**

Le suivi de grossesse  
BENOÎT LE GOEDEC

**10** Suivi et orientation des femmes  
enceintes en fonction des  
situations à risque identifiées  
RECOMMANDATIONS DE LA HAS

**13** Diagrammes d'un suivi de grossesse  
physiologique par consultations  
de 10 SA à 37 SA  
GROUPE DE TRAVAIL SUIVI DES  
GROSSESSES À BAS RISQUE,  
RPVO VAL D'OISE

**16** **PÉDIATRIE**  
Suivi des enfants vulnérables (SEV)  
MARIE-CHRISTINE ALLEMON

**18** **SANTÉ PUBLIQUE**

Temps d'accès aux maternités  
Bourguignonnes et indicateurs de  
santé périnatale  
E. COMBIER

**29** **SCIENCES HUMAINES**

Dimorphisme sexuel et évolution  
humaine : les violences faites  
aux femmes ont-elles eu des  
conséquences sur notre anatomie ?  
PIERRE FRÉMONDIÈRE

**31** **ALLAITEMENT**

Entraves à l'allaitement maternel  
chez des femmes ayant vécu  
un viol et/ou des abus sexuels  
pendant l'enfance et/ou  
l'adolescence  
CASSANDRA VIGNON

**38** KIOSQUE

**38** AGENDA EN BREF

**39** FICHE TECHNIQUE  
Les tire-lait

**40** COMMUNIQUÉS

**43** RECHERCHE

**45** AGENDA

**46** FORMATIONS



**LES DO**

**ÉDITIONS ESKA**

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

Photo de couverture : Bananastock®

**POUR VOUS ABONNER,**  
**RETOURNEZ-NOUS LE**  
**BULLETIN EN PAGE 2.**

## LES ANNONCEURS

**C2** Phenix Vivaltis

**C3** Techmed

**C4** Grandir Nature

**03** Journée du Collège  
National des Sages-  
Femmes de France

**45** Colloque La Prééclampsie

**45** 30<sup>es</sup> Journées d'études  
de l'Association  
Nationale des Sages-  
Femmes Territoriales

**45** Association Nationale  
Natation & Maternité

**46** Méthode Dalla Lana

**46** Formations ANSFL

**46** Institut Naissance  
& Formation

**47** Médicformation

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

## OURS

### COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF  
Benoît Le Goedic, Sage-femme  
[Benoitlegoedic@gmail.com](mailto:Benoitlegoedic@gmail.com)

### MEMBRES

Farid Boubred, PH Pédiatre, Marseille  
Véronique Brevaut-Malaty, PH Pédiatre, Marseille  
Isabelle Derrendinger, S-F, Directrice SF, Nantes  
Clotilde Des Roberts, PH Pédiatre, Marseille  
Bruno Deval, Gynécologue-Obstétricien, Paris  
Claude Doyen, S-F, Directrice ESF Strasbourg  
Alexandre Fabre, PH Pédiatre, Marseille  
Pierre Frémondrière, Enseignant Chercheur, ESF  
Marseille  
Jocelyne Guerneur, S-F, Directrice ESF Rennes  
Thierry Harvey, Chef de service, Gynécologue-  
Obstétricien, Paris  
Pascale Hassler, S-F, Enseignante, ESF Marseille  
Sandrine Hautbois-Vigne, S-F, Enseignante, ESF  
La Réunion  
Sabrina Hubert-Payet, S-F, Directrice ESF La Réunion  
Élisabeth Josse, S-F, Directrice de Formation,  
Boulogne-Billancourt  
Pierre Mares, Chef de service, Gynécologue-  
Obstétricien, Nîmes  
Philippe Merviel, Chef de service, Gynécologue-  
Obstétricien, Brest

Sylvie Morel, Nantes  
Alexandra Musso, S-F, Enseignante, Nice  
Christophe Pasca, Directeur IFROSS, MCU  
Sciences de Gestion HDR, Lyon  
Marie-Agnès Poulain, S-F, Directrice ESF Amiens  
Sébastien Riquet, Enseignant Chercheur, ESF  
Marseille  
Cécile Rouillard, S-F, Directrice ESF Angers  
Christine Talot, S-F, Sous-Directrice ESF Foch-  
Suresnes  
Isabelle Vaast, S-F, Lille  
Carole Zakarian, S-F, Directrice ESF Marseille

### CONCEPTION GRAPHIQUE

Marie-Paule STÉPHAN  
Conception, réalisation, suivi du numéro  
[mstudio@netc.fr](mailto: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](mailto:serge.kebabtchieff@eska.fr)

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

### FABRICATION

Marise URBANO - [agpaedit@eska.fr](mailto:agpaedit@eska.fr)

**ADMINISTRATION/ABONNEMENTS**  
[adv@eska.fr](mailto:adv@eska.fr)

### PUBLICITÉ - CONGRÈS COMMUNICATION

T. 01 42 86 55 69 - [congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr)  
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66  
[serge.kebabtchieff@eska.fr](mailto:serge.kebabtchieff@eska.fr)

### MARKETING - CONGRÈS PUBLICITÉ

Priscilla RIESCO et Alicia GORRILLIOT -  
T. 01 42 86 55 69 - [agpaedit@eska.fr](mailto:agpaedit@eska.fr)  
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66  
[serge.kebabtchieff@eska.fr](mailto:serge.kebabtchieff@eska.fr)

### ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Ingrid BAYOT, Sage-femme, DU Lactation humaine  
et allaitement, Formatrice en périnatalité  
E. COMBIER et al, Centre d'épidémiologie  
des Populations E4184 - Université de  
Bourgogne-Dijon.

Pierre FRÉMONDIÈRE, Aix Marseille Univ, EU3M  
et CNRS, EFS, ADES Marseille, France  
Groupe de travail Suivi des grossesses à bas  
risque, RPVO Val d'Oise  
Marie-Christine ALLEMON, Pédiatre  
coordinatrice, Val d'Oise  
Cassandra VIGNON, Sage-femme, Grenoble

### 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 consti-  
tuant 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 : Mars 2019

# Pour un parcours de soin cohérent pour les femmes

La question des fermetures de maternités s'est invitée dans le grand débat national, cristallisant la question des déserts médicaux.

Lourdes, Le Blanc, Die, Bernay – dont la fermeture a été annoncée le 18 février 2019 – sont les dernières en date. Creil, Altkirch, Guingamp restent menacées.

Les normes fixées par le Ministère des Solidarités et de la Santé sont le nombre de naissances inférieur à 300 ou un problème de personnel. La décision de fermer Bernay est prise par M<sup>me</sup> Buzyn sur l'argument « *la liste de garde est insuffisamment robuste* ».

Beaucoup d'établissements peinent à recruter du personnel, notamment des anesthésistes et des gynécologues obstétriciens. Et ils risquent de tomber sous la décision d'une fermeture malgré l'absence de tout problème médical constaté, comme ce fut le cas de Bernay.

Monsieur le professeur Nisand justifie ces fermetures par la gestion des risques « *tout accouchement peut mal se passer et s'il se passe mal il faut un bloc prêt à fonctionner* », quand de leur côté, les acteurs locaux de petites maternités de niveau 1 défendent la qualité de leurs organisations de recrutement des patientes, d'évaluation des risques et de transferts en cas de problème, dépistés. Ils mettent aussi en avant le temps de l'écoute, de l'empathie rendus possible grâce à la taille de l'établissement et améliorant les indicateurs de santé dans la grossesse physiologique.

De son côté, la DRESS publie fin janvier ses statistiques. Elles montrent qu'entre 1996 et 2016, le nombre de maternités sur le territoire a chuté de 40 %, passant de 814 à 470.

Et si le nombre de sages-femmes a augmenté de 3 % par an, cela n'a pas empêché les inégalités de territoires.

Les chiffres de la DRESS montrent que 13000 communes sont sous-dotées en sages-femmes, soit 12,5 % de la population, c'est-à-dire 1,6 million de femmes en âge de procréer.

Quand cet organisme superpose cette carte à celle de la distance à faire pour se rendre à la maternité la plus proche, il apparaît que 1,5 % des femmes, soit 167000 femmes, cumulent les problématiques d'habiter dans une zone sous-dotée en sages-femmes et devant faire plus de 45 km pour aller accoucher dans un établissement. Ce chiffre monte à 5,4 % quand on abaisse la distance à 30 km !

Il est donc difficile de travailler à l'amélioration des indicateurs de périnatalité quand la possibilité d'entrer dans les parcours de soins pensés pour les femmes n'est pas favorisée.

Le parcours ne peut être cohérent que si les ressources sont concordantes ; or l'offre de soins ne l'est pas. Les procédures sont alors efficaces pour les cas standards et prévus mais non adaptatives aux autres situations. Si l'éducation a pu modifier de façon favorable les facteurs qui prédisposent à l'action et que la patiente perçoit un certain contrôle de sa situation, elle ne doit pas être ensuite confrontée au refus ou à des orientations qui la replongent dans ce qui la dépasse. Nous devons éliminer au maximum les facteurs qui nuisent à l'action de la femme. Il y a là une responsabilité politique.

Si la patiente ne voit pas comment changer les choses, passer en mode opératif est difficile pour elle. Si quand elle l'entrevoit, elle se heurte à l'impossible, cela le devient tout autant et la plonge dans un risque plus important de refus de soin. •

Benoît Le Goedec,  
Rédacteur en chef des D.O.

			<h2>ABONNEMENT 2019</h2>																
<h3>TARIF D'ABONNEMENT</h3> <p>11 NUMÉROS PAR AN</p>																			
<p><b>Abonnement Particulier</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Plein tarif</th> <th>Étudiant(e)s* Retraité(e)s*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FRANCE</td> <td>79,00 €</td> <td>50,00 €</td> </tr> <tr> <td>D.O.M.</td> <td>84,00 €</td> <td>60,00 €</td> </tr> <tr> <td>EUROPE OCCIDENTALE</td> <td>92,00 €</td> <td>62,00 €</td> </tr> <tr> <td>T.O.M./ÉTRANGER</td> <td>94,00 €</td> <td>65,00 €</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Joindre attestation.</p> <p><b>Abonnement collectif de service</b> 156,00 €</p> <p>En cas de règlement incomplet, l'abonnement sera réduit proportionnellement.</p>		Plein tarif	Étudiant(e)s* Retraité(e)s*	FRANCE	79,00 €	50,00 €	D.O.M.	84,00 €	60,00 €	EUROPE OCCIDENTALE	92,00 €	62,00 €	T.O.M./ÉTRANGER	94,00 €	65,00 €	<p><b>VOS COORDONNÉES</b></p> <p><input type="checkbox"/> M<sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M<sup>lle</sup> <input type="checkbox"/> M. (en lettres capitales)</p> <p>Nom ..... Prénom .....</p> <p>Adresse .....</p> <p>Code postal [ ][ ][ ][ ][ ] Ville .....</p> <p>Pays ..... Téléphone .....</p> <p>E-mail .....</p> <p>Exercice professionnel (Libéral, PMI, Public, Privé, Autre) .....</p> <p>s'abonne aux <b>Dossiers de l'Obstétrique</b>  <b>Éditions ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris</b>            Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35 - Email : adv@eska.fr</p>			
	Plein tarif	Étudiant(e)s* Retraité(e)s*																	
FRANCE	79,00 €	50,00 €																	
D.O.M.	84,00 €	60,00 €																	
EUROPE OCCIDENTALE	92,00 €	62,00 €																	
T.O.M./ÉTRANGER	94,00 €	65,00 €																	
<p>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</p>																			

# Journée à thème du Collège National des Sages-Femmes de France

Lundi 3 juin 2019  
ASIEM - 6 rue Albert de Lapparent - 75007 PARIS

## "La sage-femme au coeur du suivi gynécologique : une spécialité de l'intime" \*

8h00 **Accueil**

8h30 **Ouverture de la journée**  
*Président du CNSF*

9h00 • **Quiz du début de journée**  
*Myriam KHENICHE*

*Modérateur : Michèle ZANARDI-BRAILLON*

9h20 • **Rappel de l'historique de l'ouverture de compétences des sages-femmes sur la gynécologie de prévention en France et impact sur l'accès aux soins et la santé des françaises - Etat des lieux** - *Caroline RAQUIN (sous réserve)*

### Santé sexuelle et Éducation à la sexualité

9h45 • **Pourquoi l'éducation à la santé sexuelle et à la sexualité reste un enjeu ?** *Dr Kpote*  
• **Comment adapter et moderniser le rôle de la sage-femme dans ce domaine ?** *Orateur à venir*

10h30 Pause et visite des stands

### Gynécologie de prévention en France : le rôle de la Sage-Femme

*Modérateur : Nathalie BENET-MANDORLA*

11h00 • **1<sup>ère</sup> consultation gynécologique de l'adolescente : approche, éducation et prévention. Focus sur la vaccination HPV en France** - *Alain MERCIER (sous réserve)*

11h15 • **Pour un suivi gynécologique de prévention adapté : la place du TV et de l'auto-prélèvement** - *Teddy LINET (sous réserve)*

11h45 • **Les nouvelles recommandations en matière de contraception**  
*Nicolas DUTRIAUX*

### Table ronde

• **Orientation et collaboration entre la sage-femme, le gynécologue et le médecin traitant**

*Nathalie BENET-MANDORLA, Nicolas DUTRIAUX, Teddy LINET, Alain MERCIER*

12h30 Pause déjeuner libre

*Modérateur : Adrien GANTOIS*

14h00 • **Où en est-on de la stérilisation définitive en France : quelle évolution ?** *Orateur à venir*

14h20 • **La place de la sage-femme dans le dépistage et la prise en charge de l'endométriose** *Jean-Pierre RAGAGE*

14h40 • **Prise en charge de la ménopause. Place de la sage-femme** *Laurent PANNEQUIN*

### Table ronde

15h00 • **L'IVG médicamenteuse et instrumentale en France : Etat des lieux et rôle de la sage-femme**

*Laurence DANJOU (sous réserve), Philippe FAUCHER, Alice ROCQ*

15h30 Pause et visite des stands

16h00 **Suivi gynécologique : pour une prise en charge bienveillante des femmes ayant subi des violences dans leur vie**

*Modérateur : Sophie Guillaume*

*Orateurs : Mathilde DESLEPINE (sous réserve), Gilles LAZIMI, Claude ROSENTHAL*

16h40 • **Quiz de fin de journée**

*Myriam KHENICHE*

17h00 **Fin de la journée**

**Nouveauté 2019**

QUIZ avec votes interactifs via smartphones.  
Questions sur les thématiques de la journée avec résultats en direct dans la salle pour échanger tous ensemble.

\* Sous réserve de modifications

Commissariat général : Cerc-Congrès (agissant pour le compte du CNSF)  
17 rue Souham - 19000 TULLE

Tel : 05 55 26 18 87 - Mail : inscription@cerc-congres.com - Site : www.cerc-congres.com

**N° de formation du CNSF : 11940627094**

Droit d'inscription (employeur, non membre du CNSF et autres professions) **130€** - Membre du Collège **80€**

# INSTINCT MATERNEL : RÉALITÉ ET CONTROVERSES

PAR INGRID BAYOT,  
SAGE-FEMME, DU LACTATION HUMAINE ET ALLAITEMENT,  
FORMATRICE EN PÉRINATALITÉ\*

## RÉSUMÉ

« Instinct maternel » : des mots encensés ou interdits, des mots qui font réagir, qui suscitent la controverse, le rejet, ou encore qui confortent, qui rassurent... Que signifie ce mot « instinct » ? Comment, au cours des derniers siècles, le concept « d'instinct maternel » a-t-il été forgé, puis instrumentalisé ? Pour créer quelles attentes normées, pour exercer quel pouvoir sur les femmes ? Pourquoi est-il nécessaire de renoncer à utiliser cette expression piégée ?

D'autre part, qu'est-ce qui, au cours de l'évolution des espèces, fut mis en place pour assurer la survie, la vie et le développement du bébé le plus vulnérable et le plus immature de toutes les espèces mammifères ? Et quelles sont les conditions gagnantes pour que ces protections s'expriment au mieux, que ce soit de la part de l'individu-femme qui devient mère, ou au niveau de ses proches ou encore, de sa communauté qui accueille et soutient ?

## UN MOT, UNE EXPRESSION...

Le mot « instinct » est associé à la spontanéité, le « naturel », le non-appris – *faire d'instinct* ; associé au pulsionnel, au non réfléchi aussi : *instinct de fuite, de survie*.

Le dictionnaire Larousse (<http://www.larousse.fr/>) le définit ainsi :

- Ensemble des comportements animaux ou humains, caractéristiques d'une espèce, transmis par voie génétique et qui s'exprime en l'absence d'apprentissage.
- Impulsion innée, automatique et invariable qui régit le comportement de tous les individus d'une même espèce.
- (Fig.) Avoir un don, une disposition naturelle, une aptitude à sentir ou à faire quelque chose.

On y retrouve les notions de naturel, de non-apprentissage. S'y ajoute la notion de *généralisation* des comportements observables.

L'observation oppose donc un démenti flagrant au concept d'instinct maternel. Nous pourrions clore le débat ici et affirmer avec certaines féministes ou psychologues ou philosophes : l'élan vers l'enfant, c'est *quand je veux, si je veux*.

\* [www.ingridbayot.com](http://www.ingridbayot.com)

C'est *l'amour en plus* [Badinter 1980], en plus et à côté de la biologie, de cette corporéité féminine qui ne nous a pas apporté grand-chose, semble-t-il, si ce n'est des malédictions, des faiblesses constitutionnelles, une cervelle de moineau, le tout assaisonné de la prescription d'être séduisantes, de rester en seconde zone et de procréer [Groult 1975].

## UNE NOTION INSTRUMENTALISÉE

De fait, dans les discours officiels émanant des autorités religieuses, politiques, philosophiques ou médicales, la notion d'instinct maternel a été utilisée et idéalisée pour définir une femme « normale », entendez : munie d'une irrésistible envie d'avoir des enfants, d'une capacité innée à s'en occuper, de préférence avec dévouement. Toute personne ne rentrant pas dans ce cadre était suspecte [Cholet 2018].

Il est logique que les féministes aient condamné l'expression et réfuté sa réalité, à grand renfort de démonstration de négligences ou d'abandons d'enfants [Badinter 1980]. Au point que dans certaines mouvances féministes, toute évocation du potentiel d'adaptation comportementale favorisé par l'imprégnation hormonale, toute allusion aux compétences du corps féminin à enfanter et allaiter... devinrent irrecevables, voire obscènes : un retour en arrière, un *naturalisme douteux* [Badinter 2010].

## UNE NOTION PORTEUSE D'ILLUSIONS

D'autre part, l'expression laisse supposer un savoir-faire maternel inné, crée des attentes normées et entretient la croyance que les compétences maternelles émergent immédiatement à la naissance. Ces attentes sont intériorisées par certaines femmes et tout écart peut générer culpabilité, détresse, sentiment d'incompétence. Rien de bien utile pour rencontrer son bébé à son rythme.

Qu'elle rappelle l'enfermement des femmes dans la maternité ou qu'elle entretienne des illusions et les déceptions qui en découlent, l'expression « instinct maternel » est désormais bannie de notre vocabulaire ainsi que de notre vision de la maternité.

## JETER LE BÉBÉ AVEC L'EAU DU BAIN ?

Et pourtant... N'a-t-on pas jeté un peu vite le bébé avec l'eau très trouble de son bain ? Serions-nous les seuls êtres vivants à reproduction sexuée à n'avoir aucun ancrage biologique aux comportements maternels ou parentaux ? Et s'ils existent, serions-nous les seuls chez qui ils n'auraient

plus aucune influence? Ou si peu qu'elle en serait insignifiante au regard des modulations d'origines culturelles ou psychologiques? Creusons un peu.

## L'INSTINCT ET LES CONDITIONS DE SES MANIFESTATIONS

Chez les mammifères, la reproduction représente plusieurs défis. La formation et la croissance d'un fœtus intra-utérin exigent beaucoup d'adaptations et d'énergie de la part de l'organisme hôte. Après la naissance, le petit reste proche de sa mère, nourri à la mamelle. Dans les espèces sociales, le groupe est plus ou moins impliqué pour la protection et l'apport de nourriture [Blaffer-Rdhy 2002]. Chez les primates, il y a un ou deux petits par portée; leur stratégie de reproduction<sup>1</sup> comprend donc une forte implication maternelle.

Il est *relativement* simple de parler d'instinct maternel chez les mammifères : les hormones, les phéromones impliquées dans les séquences de comportements sont identifiées; les comportements maternants sont *en général* systématiques, faute de quoi, la génération suivante est menacée, et à terme, l'espèce.

Lorsque les comportements maternels sont suffisamment bons pour assurer la génération suivante, les individus qui restent en vie et se reproduisent, réactivent cet *ensemble structuré de comportements ou de règles*, qui fait dès lors partie de leurs programmations génétiques.

Plus une espèce est évoluée, plus les gestes maternels sont élaborés, diversifiés et ajustés au petit qui grandit. Dans les espèces sociales à maternage complexe, il semble nécessaire que les jeunes femelles voient des plus âgées prendre soin d'un petit, le toucher, l'installer contre elle et le laisser téter. Il existerait donc une forme de transmission « culturelle » des gestes de maternage, une modélisation passive, par imprégnation et observation [Blaffer-Rdhy 2002].

Lorsque le milieu est favorable, lorsque la femelle est en bonne santé et qu'elle a été elle-même suffisamment maternée (empreintes) et modélisée, l'expression des programmations génétiques est optimale, en phase avec les besoins du petit : proximité, léchage, nourrissage et portage pour les espèces portées.

Les modulateurs des manifestations maternelles sont à la fois :

- **externes** : environnement matériel (sécurité, accès à la nourriture), conditions météorologiques, présence ou non de prédateurs, assistance du groupe périphérique;
- **et internes** : empreintes et modélisation, état de santé, déroulement de l'accouchement.

La sélection naturelle agit sur tous les acteurs de la perpétuation d'une espèce : le mâle, la femelle et les petits. Par exemple, dans les espèces portées comme les primates, les petits ont de meilleures chances de survivre s'ils expriment bruyamment leur détresse lorsqu'ils ne sentent plus la

présence de l'adulte. Alors que dans les espèces nidifiées, bien à l'abri des prédateurs en hauteur ou dans les terriers, les petits ont tout intérêt à ne pas se faire remarquer en l'absence de leur mère.

La qualité du maternage initial des petits conditionne en partie leurs comportements ultérieurs dans leurs relations avec leurs congénères du même âge, et plus tard, avec leurs partenaires sexuels et leurs propres petits.

## L'INSTINCT : PUISSANT MAIS PRÉCAIRE

Les manifestations de l'instinct sont néanmoins précaires, « fragilisables ».

Dans un laboratoire, des mères souris ont été chroniquement stressées, et leur maternage était pauvre; les filles de ces mères stressées ont présenté elles aussi un maternage appauvri [Bergman 2014, 2017].

Dans les premiers zoos, on put observer les effets perturbants de l'enfermement, de l'absence de modélisation des femelles capturées très jeunes, ou encore des interventions humaines inappropriées. Des nouvelles mères ne savaient que faire de leur petit et quelques décès furent déplorés.

Les éleveurs savent bien qu'il ne faut pas toucher un petit après la mise bas. Les schèmes de comportements maternels sont facilement bouleversés par toute intrusion, toute séparation. Des brebis dont l'agneau avait été précocement manipulé par l'humain ont refusé de se laisser approcher et téter par leur petit.

Au zoo, pas plus qu'à la ferme, les vétérinaires n'ont remis en question l'existence d'un instinct maternel. Ils se sont seulement demandé comment ne pas lui nuire et ont compris qu'il valait mieux ne pas déranger la séquence contractions-accouchement-proximité-léchage-tétee-délivrance.

## LES HUMAINS : PRIMATES DEBOUT, SOCIAUX, LANGAGIERS ET HYPER-CORTICALISÉS

Et chez les humains? Notre cerveau associatif et social nous permet de telles créations techniques et culturelles, que la sélection naturelle n'agit plus de la même manière. Néanmoins, pour réfléchir à notre physiologie, il est nécessaire de prendre un recul suffisant car nos grands conditionnements furent mis en place au cours de l'évolution, c'est-à-dire au cours de plusieurs millions d'années. Notre espèce s'enracine dans l'évolution des primates; les pré-humains remontent à 7 millions d'années (*Toumai*); les premières espèces *Homo* (*Habilis*) à 2,8 millions d'années. Les Sapiens sont apparus il y a 300 000 ans. Comment les bébés sapiens, si vulnérables, survivaient-ils?

Les recherches sur nos lointains ancêtres et l'observation des peuples qui vivent d'une manière proche des cueilleurs chasseurs nomades, concordent pour penser que le maternage proximal et l'allaitement ont longtemps formé un tout indissociable [Liedloff 2006, Levesque 2008, Blaffer-Rdhy 2002, 2016]. Cette « post-gestation » première assurait aux bébés humains :

- **leur survie** : ne pas mourir;
- **leur vie** : se sentir en sécurité et assurer les fonctions de base;
- **et leur développement** : déployer tout leur potentiel de compétences et de talents.

1. « Une stratégie de reproduction, est un ensemble structuré de comportements ou de règles qui s'applique aux événements reproductifs, le but étant de maximiser la capacité d'adaptation d'un individu ou d'une espèce. Elle porte notamment sur le choix du partenaire sexuel, les stratégies et systèmes d'accouplement, le type de fécondation et d'investissement parental. » [[https://fr.wikipedia.org/wiki/Strat%C3%A9gie\\_de\\_reproduction](https://fr.wikipedia.org/wiki/Strat%C3%A9gie_de_reproduction)]

Dans la nature, la vraie, on ne peut vivre qu'en groupe, ce qui requiert des habiletés sociales avérées. Et pour faire face à un milieu instable et dangereux, il faut des capacités d'observation aiguisées et de décisions rapides : fuite, attaque ou soumission ? Ou regroupement et coopération ? Il valait mieux disposer d'un cerveau sain et fonctionnel, stimulé et socialisé... et pas trop belliqueux [Patou-Mathis 2015, Ulmi 2015].

Bref, les conditions *sine qua non* de la survie et du développement furent : un lien d'attachement confiant, des expériences d'exploration, des stress positifs et quelques stress tolérables<sup>2</sup>. Si nos bébés démontrent de telles compétences relationnelles [Fiossi Kpadonou et autres 2017, Gauthier et autres 2009, Odent 1990, Sunderland 2007], et si celles-ci sont le fruit des pressions évolutives, c'est bien qu'il y a eu en face d'eux des mères et des adultes attentifs et prévenants [Blaffer-Rdy 2016].

Des millions de mères humaines, pendant des millions d'années, ont offert à leurs nouveau-nés, via le maternage et l'allaitement, les premiers maillons d'une chaîne d'interactions avec leur environnement.

## GRATIFICATIONS ET FACILITATEURS DE COMPORTEMENT

Comme toutes les fonctions liées à la perpétuation et la reproduction de l'espèce, la sélection naturelle « s'est arrangée » pour que les comportements favorables soient dotés d'un solide système de gratifications.

Lors des relations sexuelles, l'ocytocine déclenche les ondes du plaisir et les contractions rythmées, involontaires de l'orgasme ; les endorphines complètent la béatitude. Les proximités et les tétées libèrent les mêmes hormones, agissent également sur les zones cérébrales de la récompense et l'on devient pareillement « accro » l'un à l'autre ; s'ensuit une sorte de dépendance douce, avec hyper-réceptivité aux signaux sensoriels émis par le corps de l'autre : odeurs, voix, texture de peau, mouvements.

En effet, à chaque tétée, l'ocytocine fait s'éjecter le lait. Contempler, toucher ou bercer son bébé libère aussi l'ocytocine et augmente ses taux circulants, y compris chez le parent qui n'allait pas. Il existe de nombreux récepteurs à l'ocytocine dans le cerveau limbique et le néocortex. Cette hormone facilite les comportements maternels qui procurent au tout petit confort, chaleur, nourriture et protection [Odent 2001, Moberg 2006, Martin-Du Pan 2012]. L'ocytocine joue aussi un rôle dans la détection de l'expression du visage et des signaux sociaux.

La prolactine augmente à chaque tétée : elle monte dès les premières minutes et elle est au plus haut 40 minutes après le début de la tétée ; elle revient à son taux de base environ trois heures plus tard, sauf si une autre tétée a relancé sa sécrétion [Beaudry et autres 2006]. Elle facilite

les comportements protecteurs et favorise un sommeil plus récupérateur [Blyton et autres 2002].

La fin de la tétée est marquée, chez la mère comme chez le bébé, par un bien-être et un assoupissement, médié chez la mère par les endorphines, opioïdes sécrétés par le cerveau, et chez le bébé, entre autres, par les caséo-morphines produites par la digestion des caséines du lait maternel [Beaudry et autres 2006].

Bref, ça a fonctionné ! Et sans trop d'écart par rapport aux programmations sélectionnées, car dans le monde pré-néolithique, il n'y a pas de compromis : l'insuffisance de soin, de proximité, d'attention, de nourriture, de stimulation, de support ou d'apprentissages... se paie cash. Des contraintes et des satisfactions aussi fortes, sur une si longue durée, ont façonné notre biologie et notre physiologie, jusqu'à l'anatomie de nos cerveaux, remarquablement doués pour la créativité et la sociabilité [Guedenev 2010].

## ÉCARTS COMPORTEMENTAUX ET SURVIE QUAND MÊME

Il y a quelques milliers d'années – trois à neuf mille ans selon les endroits – c'est donc récent au regard des 300 000 ans des Sapiens, se produit le passage à la sédentarité et la révolution néolithique [Demoule 2017]. Les maisons, les villages protégés permirent qu'un moindre maternage ne mette plus en cause de manière immédiate la survie des bébés : les déposer ne les exposait plus aux prédateurs ni aux dangers naturels. L'agriculture et l'élevage pouvaient fournir des substituts au lait maternel plus rapidement introduits dans la diète infantile. Ces diversifications précoces induisaient des sevrages rapides et menaçaient la santé des bébés, mais les plus solides survivaient [Knibbielher et Fouquet 1977].

Conditionnés par des millénaires de maternage proximal et de tétées sans restriction, les bébés sapiens, petits d'une espèce portée, ont beaucoup rouspété et pleuré. Leurs manifestations de stress chronique, insupportables pour les adultes, contribuèrent à générer chez ceux-ci le concept de « nature sauvage à dresser » et son corollaire : la répression « éducative » [Maurel 2009, Miller 1984].

Ne plus porter les bébés diminuait le nombre de tétées, ce qui raccourcît la durée des allaitements, qui du coup, n'empêchaient plus l'ovulation. De plus, la culture des céréales ajoutait une proportion plus importante d'hydrates de carbone dans la ration alimentaire ; les femmes devinrent plus « enrobées » et plus rapidement fertiles<sup>3</sup>. La fécondité féminine augmenta dramatiquement.

Au lieu d'avoir un bébé allaité longtemps et un espacement important (3 à 5 ans) avant le suivant, les femmes sédentaires concurrent des grossesses rapprochées et l'épuisement. En même temps, comme leurs enfants étaient moins allaités et très exposés aux nouvelles bactéries du bétail désormais domestiqué et confiné<sup>4</sup>, la morbi-mortalité infantile explosa.

2. À propos du développement du cerveau, les neurosciences nous apprennent que les stress positifs sont des stress modérés, avec réactions physiologiques de courte durée ; vécus au sein de relations stables et soutenantes, les stress modérés participent au développement. Les stress tolérables sont ceux qui déclenchent des réactions qui pourraient hypothéquer la construction du cerveau, mais qui sont tamponnés par des relations qui facilitent les interactions adaptatives. Les stress toxiques sont des sur-activations violentes et prolongées des systèmes de réponse au stress, en absence de relation protectrice et de support.

3. Les tissus adipeux sécrètent des œstrogènes.

4. La gestion des déchets animaux fut un casse-tête pour les premiers éleveurs non-nomades, et la promiscuité animale, source de nouvelles épidémies. Voir à ce sujet l'article de Jean Zammit, *Les conséquences écologiques de la néolithisation dans l'histoire humaine*. In : Bulletin de la Société préhistorique française, tome 102, n° 2, 2005. pp. 371-379 ; en ligne [https://www.persee.fr/doc/bspf\_0249-7638\_2005\_num\_102\_2\_13114]

## MOTIVATION MATERNELLE ?

Le fameux *boom démographique* qui suivit la révolution néolithique eut un prix très lourd pour les femmes et les enfants. Trop nombreux et trop rapprochés, ils généraient l'exaspération et des gestes rageurs qui en découlent. Moins proximaux, moins portés et moins allaités, ils étaient plus facilement sujets aux accidents et aux maladies. Que devint alors la motivation à investir un bébé supplémentaire, quand les deuils étaient trop fréquents ou l'inquiétude trop lourde ? Ou quand les pleurs et autres manifestations du tout-petit étaient jugés négativement par le groupe d'appartenance.

Les restrictions affectives ou les privations imposées aux plus jeunes n'étaient pas la norme pour une espèce aussi sensible et affective. De même, une moindre motivation maternelle, même tempérée, par les personnalités individuelles, n'était pas la norme non plus. Bien des femmes se sont investies *quand même*, tiraillées entre leurs élans de tendresse protectrice et les injonctions « éducatives » de leur communauté. Il faut donc nuancer le tableau en fonction des époques, des contextes politiques, des régions, des familles et des individus [Knibiehler et Fouquet 1977]. Mais globalement, les moindres maternages en contexte sédentaire agricole, permirent la *survie et la reproduction* d'individus n'ayant pas développé leur plein potentiel de compétences sociales.

## STRESS MATERNEL ET DOMINATION DES FEMMES

La domination des femmes : vaste sujet ! Les chercheurs ne s'entendent pas sur ses raisons, ni ses débuts. Pour certains [Héritier 1996, Darmangeat 2012] elle est si ancienne qu'elle se confond avec nos origines.

Pourtant, si cette domination était intrinsèque à l'espèce, pourquoi dut-elle s'imposer avec autant de menaces, d'interdits, de lois humaines et « divines », de rituels cruels, de mutilations et autres terreurs organisées ? Et pourquoi, au cours de l'histoire connue, des femmes se sont toujours arrangées pour tirer parti de la moindre faille des systèmes d'oppression ? Et souvent au risque de leur vie !

Laissons ce débat en suspens, car pour l'époque historique, celle qui laissa des traces et des **écrits**, témoins des « **grandes civilisations** » dont nous émanons directement, nous avons une idée claire du statut des femmes : leur corps, leur travail et leurs enfants ne leur appartenaient pas [Darmangeat 2012].

Plus une société est agressive et expansionniste, plus faible est le statut des femmes, plus réduite est leur marge de manœuvre, plus effarantes sont les violences qu'elles subissent [Prescot 1975]. Un individu sous contrôle, menacé et restreint dans son expression, peut-il manifester le meilleur de ses compétences, fussent-elles programmées depuis des millénaires ? Peut-il déployer toutes ses capacités d'empathie, d'attention à l'autre ? Quand la maternité devient une obligation dans un système de contrôle et d'oppressions, la motivation individuelle a quelques raisons de s'éteindre...

Les femmes qui, par naissance ou mariage, appartenaient aux classes sociales dominantes, achetaient les services d'une autre de sorte à se dégager de leurs obligations maternelles [Lett et Morel 2006]. Le non-maternage et le non-allaitement devinrent ainsi un signe de prestige et de supériorité.

Dans une espèce aussi sociale que la nôtre, le conformisme de classe et le besoin d'être admiré, ou tout simplement accepté, peut générer des comportements qui outrepassent les conditionnements séculaires de l'espèce, même si cela ne convient pas au bébé. D'autant plus qu'il n'en meurt pas si l'on a les moyens de garder une *nourrice sur lieu*<sup>5</sup>. D'autant plus que la vie individuelle ne vaut pas grand-chose et que la mort d'un enfant reste une fatalité triste, mais courante. D'autant plus que la négligence parentale et l'abandon d'enfants sont tolérés [Lefaucheur 2010].

Quand, au cours des XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles, des politiques ou des médecins réaliseront l'hécatombe infantile, ils auront pour premiers réflexes de s'indigner de la « légèreté des femmes indignes d'être mères », et de proférer des injonctions moralisatrices vers un public déjà saturé de restrictions et d'interdits [Knibiehler 2010].

## UNE RESSOURCE NATURELLE SABOTÉE ?

Au cours de ces derniers siècles *toutes les conditions* étaient réunies pour que les ancrages biologiques maternels, peaufinés pendant des millions d'années, ne puissent pratiquement plus s'exprimer :

- implicites culturels limitant fortement le développement et l'expression de la personne ;
- moindre sentiment de sa valeur personnelle ;
- glorification de la maternité, mais dévalorisation du maternage et mépris des personnes qui le procurent (esclaves, servante, paysannes) ;
- douleurs de l'accouchement présentées comme une punition divine à l'éventuel plaisir sexuel, et donc comme rituel de soumission à l'ordre établi ;
- non-intégration de la corporéité sexuée féminine rendant l'accouchement très douloureux<sup>6</sup>.

De plus, dans les pratiques culturelles autour de la naissance, et plus tard dans les hôpitaux publics, il n'y avait pas ou peu de contact immédiat avec le nouveau-né à la naissance, donc pas de forte montée d'ocytocine, donc plus de pertes sanguines à la délivrance, donc plus d'épuisement maternel. Et dans les classes aisées (noblesse, bourgeoisie), il n'y eut pas ou peu d'allaitement, donc la prolactine redescend très vite ; et pas d'ocytocine non plus. Les quelques contacts épisodiques par la suite, ne suscitaient pas beaucoup d'ocytocine, ni d'endorphines.

*Facile de dire que l'instinct n'existe pas quand toutes les conditions de sa manifestation sont sabordées !*

**Même chez les primates non-humains**, « l'instinct maternel » est facilement fragilisé par les carences affectives, le manque de modélisation, les intrusions, les séparations, les environnements hostiles. Alors, imaginez... chez l'espèce sociale la plus sensible et intelligente, celle qui pense et s'émeut le plus, celle qui a le plus besoin de trouver sens et appartenance dans un groupe familial et sa communauté, celle qui par conséquent souffre le plus des agressions et restrictions affectives...

5. Pour se placer dans une famille, la nourrice devait abandonner son bébé à l'Assistance Publique où les taux de mortalité avoisinaient les 90 % avant un an.

6. En l'absence d'analgésie efficace, l'expérience pouvait générer des traumatismes graves et de la dissociation.

## LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ EN PÉRINATALITÉ

Ils sont des acteurs importants de l'entourage péri-familial, car ils interviennent à des moments clés de la constitution des nouvelles familles. Beaucoup d'initiatives, de programmes et de recommandations existent déjà en France. Citons par exemple, les recommandations de l'HAS autour de la préparation à la naissance et la parentalité<sup>7</sup>, les propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement<sup>8</sup>, l'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé<sup>9</sup>, ou encore les recommandations de l'HAS en lien avec la sortie de maternité<sup>10</sup>.

Bien sûr, il vaut mieux ne plus utiliser l'expression « instinct maternel », trop lourde de destins obligatoires, trop chargée d'attentes. Mais les ancrages biologiques de la fonction maternelle n'en existent pas moins. Les incitateurs d'élan protecteurs et les gratifications subséquentes sont de formidables facilitateurs de comportements. Les futures et nouvelles mères peuvent y prendre appui pour contribuer à leur bien-être. Ce n'est pas le seul appui, évidemment, et chacune le négociera à sa façon. Il ne s'agit pas d'imposer à nouveau un modèle unique ou un idéal béat ! D'autant que l'impulsion est parfois si forte qu'elle peut déstabiliser toute la construction psychique sous-jacente<sup>11</sup>.

Comment soutenir la parentalité et favoriser l'expression optimale de ses ancrages biologiques en ayant à l'esprit ce passé complexe ? Quatre intentions peuvent enrichir et colorer la mise en pratique des programmes existants : communication, modélisation, expression, inclusion.

### COMMUNICATION

Chaque personne qui se présente à nous dans le contexte professionnel de la périnatalité arrive avec sa propre histoire, ses forces et ses vulnérabilités. Nous ne savons pas comment cette future mère/ce futur père a été materné.e/paterné.e, éduqué.e, soutenu.e dans son développement ; ni comment elle/il a déjà plus ou moins fait le tri dans ses héritages. Ces empreintes profondes seront convoquées avec la naissance de leur enfant et coloreront l'expérience de l'intimité attentive, des proximités, des portages et des tétées. Pour certaines, ce n'est pas simple. Intellectuellement attirées par ces pratiques « récentes », elles donnent, elles veulent donner, ce qu'elles ont parfois insuffisamment reçu. Cela peut générer des tensions internes ou des affrontements dans le couple.

D'où l'importance d'être attentif à chaque personne, de rester vigilant devant les signaux de mal-être – *non, ce n'est pas toujours « juste un baby blues »*, et de travailler en équipe multiprofessionnelle [Guéritault 2008].

7. Voir [https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/Preparation-Naissance-Parentalite-Nov-2005.pdf].

8. Voir TURCK, D. 2010. « Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel », en ligne [http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000420.pdf].

9. Voir le site de l'IHAB France – Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé, et le superbe travail de réflexion autour des pratiques et de la communication, réalisé par cette équipe. [https://amis-des-bebes.fr].

10. Voir la fiche de synthèse « Sortie de maternité après accouchement », en ligne [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche\_de\_synthese\_-\_sortie\_de\_maternite\_apres\_accouchement.pdf].

11. Voir à ce sujet le site de l'Association Maman Blues [http://www.maman-blues.fr/].

Il importe de faire la différence entre les objectifs de santé publique – par exemple, augmenter le taux d'allaitement, et l'objectif d'une rencontre individuelle – par exemple, aborder l'accueil du nouveau-né et le mode de nutrition. La philosophie des *soins centrés sur le patient et sa famille* propose une approche très pertinente en périnatalité [Phillips 2013]. Les professionnelles de la santé rencontrent une vaste diversité de comportements, de représentations, de statuts sociaux. Comment dès lors, *faire alliance* [Molenat 2012], approcher, entourer et accompagner une future ou nouvelle famille, tout lui laissant faire son *propre chemin*, avec son bébé, son/sa conjoint.e, son contexte, ses forces et ses vulnérabilités.

Il existe plusieurs outils de communication qui améliorent la relation au patient. Parmi celles-ci, la démarche de soins en six axes de l'INPES<sup>12</sup> me semble particulièrement efficace car elle commence par l'écoute, n'amène l'information que dans un 3<sup>e</sup> temps, après l'évaluation de la situation en posant des questions aux personnes concernées et soutient les décisions qui font sens pour elles.

### MODÉLISATION

La vie en tribu, ou tout au moins en communauté intergénérationnelle, permettait la modélisation passive : les fillettes, les jeunes femmes, côtoyaient des mères et les voyaient porter, allaiter, prendre soin, avec les coutumes et manières de sa culture. Actuellement, bon nombre de primipares – et de *primipères*, ont pour la première fois un nouveau-né dans les bras... à la naissance du leur. Comment, dès lors, créer de la modélisation ? Il y a :

- les rencontres prénatales quand les futurs parents ont l'occasion de rencontrer des nouveaux parents ;
- les rencontres de personne à personne, et chaque pays crée différents cadres et possibles ;
- les films et les images, si du moins ils supportent une communication interpersonnelle confiante et personnalisée.

L'attitude des personnels soignants avec les bébés a beaucoup d'impact sur les nouveaux parents. Des gestes doux, calmes, un regard qui croise celui du bébé, des paroles qui s'adressent à lui... transmettent bien mieux que n'importe quel discours. Chaque soin, chaque geste que nous faisons est capté par les parents.

### EXPRESSION

Comment favoriser l'expression des compétences maternelles et parentales ? Beaucoup de recherches ont insisté sur l'importance de maintenir le contact entre la mère et son bébé après la naissance afin de soutenir tous les mécanismes co-adaptatifs [Girard 2011, Dageville et autres. 2011, Bergman 2014, 2017].

Même en cas de césarienne ou de prématurité, le contact peau à peau et la proximité avec la mère ou le père apaise, connecte, engage, responsabilise.

Les pratiques hospitalières autour de l'accouchement ont un impact majeur sur les premiers moments et l'initiation de l'allaitement. Le contact ininterrompu mère-bébé, proposé et

12. L'institut National de Prévention en Santé (France) INPES 2010 « Grossesse et accueil de l'enfant » : Comment accompagner le choix des couples autour de la grossesse et favoriser leur accès à la parentalité ? INPES - mai 2010 - http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/outils/grossesse-accueil.asp

expliqué préalablement aux parents et approuvés par eux, favorise l'expression des ancrages biologiques.

Au cours du séjour en maternité, et à l'occasion de toute interaction avec les parents, observer ensemble le bébé, reconnaître ses signaux, valoriser les tâtonnements et les ajustements, soutiennent le processus d'attachement. Il arrive que des mères ne ressentent pas le grand élan amoureux que d'autres décrivent avec enthousiasme. Chacune a son histoire et son cheminement... Et chaque geste, chaque soin, chaque tétée crée du lien et construit la confiance.

## INCLUSION

Depuis les années 80 du siècle passé, une effervescence de connaissances à propos du nouveau-né nous a amenés à remettre en question l'image du tube digestif capricieux à dresser au plus vite. Une nouvelle vision du bébé imprègne progressivement les discours collectifs ; les proximités, le portage, l'allaitement font progressivement partie de notre environnement culturel. D'aucuns affirment que c'est la norme biologique de notre espèce. C'est vrai, mais rappelons alors la *norme sociologique* qui a permis l'expression optimale de la biologie : une inclusion communautaire qui assurait à la dyade mère-enfant :

- la protection contre les prédateurs ;
- l'assurance de leur approvisionnement ;
- la transmission des gestes de maternage par modélisation et imitation ;
- une connaissance et une reconnaissance du groupe pour l'implication maternelle ;
- un allègement relatif des tâches d'intendance ;
- un partage des soins de son bébé ;
- une délégation occasionnelle du tout-petit, y compris pour l'allaiter ;
- et à moyen et long terme : du soutien pour l'approvisionnement et les apprentissages aux enfants.

Comment traduire ces différents aspects du soutien parental dans les réalités familiales et sociales du XXI<sup>e</sup> siècle ? Nous vivons dans des sociétés beaucoup plus complexes que les tribus du préneolithique où chacun avait sa place et transmettait ce qui fonctionnait depuis des générations. Les structures familiales sont multiformes, changeantes. Certaines apportent beaucoup de support, d'autres, non. Des initiatives locales foisonnent, des groupes de soutien existent et les professionnels gagnent à les connaître. Les sociétés modernes possèdent des institutions qui assument une partie des participations tribales, dont les soins de santé, et les services sociaux.

Mais il faut savoir que, lorsque les programmes concernent surtout les femmes plutôt que les parents – et c'est le cas pour l'allaitement, elles vont générer des résistances et des levées de boucliers, à cause de notre histoire si difficile, à cause de l'exploitation des femmes, à cause des instrumentalisation des élans maternels qui ont pollué notre passé, et que celui-ci a laissé des cicatrices.

Donc : ouverture, écoute et... priorité à la personne humaine que nous rencontrons. Rejoindre... plutôt que convaincre. •

## BIBLIOGRAPHIE

1. Badinter, E. 1980. *L'amour en plus, histoire de l'amour maternel du XVII<sup>e</sup> au XX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Flammarion.
2. Badinter, E. 2010. *Le conflit, la femme, la mère*, Paris, Flammarion.
3. Beaudry, M., Chiasson, S., Lauzière, J., 2006. *Biologie de l'allaitement, le sein, le lait, le geste*, Québec, Presse de l'Université du Québec.
4. Bergman, N. 2014. « *The neuroscience of birth and the case of zero separation* », *Curiatonis* n° 37 (2) p. 1-4
5. Bergman, N. 2017 « *Zero separation of newborn and mother; the science behind the concept* », diapos de la conférence, disponibles en ligne à [https://www.goldneonatal.com/conference/speakers/keynote-presentation]
6. Blaffer-Hrды, S. 2002. *Les instincts maternels*, Paris, Payot.
7. Blaffer-Hrды, S. 2016. *Comment nous sommes devenus humains, les origines de l'empathie*, Brevillet (FR), L'instant Présent.
8. Blyton, D.m., Sullivan, C.e., Edwards, N. 2002. « *Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women* » *Journal Sleep Res* n° 11 p. 297-303.
9. Cholet, M., Sorcières, *la puissance invaincue des femmes*, Ed. La Découverte, Paris, 2018.
10. Dageville, C., Casagrande, F., De Smet, S., Boutté, P. 2011, « *Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance* » *Archives de Pédiatrie*, XXX P. 1-7
11. Darmangeat, C. *Le communisme n'est plus ce qu'il était – Aux origines de l'oppression des femmes*. Toulouse, Ed. Smolny, 2012.
12. Demoule J.P., *Les dix millénaires oubliés qui ont fait l'Histoire, Quand on inventa l'agriculture, les guerres et les chefs*. Fayard, Paris, 2017
13. Fioffi Kpadonou, É., Odjo, A., Djidonou, A., Kpadonou, T.G., 2017. « *Sourire intentionnel du bébé et facteurs maternels associés* », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 65, Issue 5, p. 281-288
14. Gauthier, T., Fortin, G., Jeliu, G. 2009. *L'attachement, un départ pour la vie*, Montréal, Ed. Ste-Justine.
15. Girard, L. 2011. « *De la première rencontre à la première tétée. Observer l'intimité* ». Les dossiers de l'Obstétrique n° 409, p 3-9 [en ligne sur le site des Formations Co-Naître® http://www.co-naître.net].
16. Groult, B., *Ainsi soit-elle*, ED Le livre de poche, Paris, 1975
17. Guedenev, N. 2010. *L'attachement, un lien vital*, Bruxelles, Fabert/Yapaka
18. Guéritault, V. 2008. *La fatigue émotionnelle et physique des mères*, Paris, Odile Jacob.
19. Héritier F. *Masculin-Féminin I. La Pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob, 1996 ; rééd. 2002
20. Knibielher, Y., Fouquet C. 1977. *Histoire des mères, du Moyen-Âge à nos jours*, Paris, Montalba.
21. Knibieher, Y. 1983. *La femme et les médecins*, Paris, Hachette.
22. Lefaucheur, N. 2010. « *L'abandon en Occident* » in (collectif) *La naissance, histoire, culture et pratiques d'aujourd'hui*, p. 212-221, Paris, Albin Michel.
23. Lett, D., Morel M.F. 2006. *Une histoire de l'allaitement*, Paris, Éd. de la Martinière.
24. Lévesque, P. 2008. *Allaitement bio... et autres choses importantes*, 43 p. [En ligne]. [www.groupepaman.org/docs/levesque.pdf]
25. Liedloff, J. 2006. *Le concept du continuum, À la recherche du bonheur perdu*, Genève, Éditions Ambre.
26. Martin-Du Pan, R.C. 2012. « *Ocytocine: hormone de l'amour, de la confiance et du lien conjugal et social* », *Revue Médicale suisse*, vol 8, p. 627-630, [en ligne] [https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-333/L-ocytocine-hormone-de-l-amour-de-la-confiance-et-du-lien-conjugal-et-social].
27. Maurel O., *Oui, la nature humaine est bonne ! Comment la violence éducative ordinaire la pervertit depuis des millénaires*. Robert Laffont, Paris 2009.
28. Miller, A. 1984 *C'est pour ton bien - Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*, Paris, Aubier.
29. Moberg, K.U. 2006, *Ocytocine, l'hormone de l'amour*, Gap, Édition Souffle d'or, Collection Champs d'idées.
30. Molenat, F. 2012. *Accompagnement et alliance en cours de grossesse*, Bruxelles, Fabert/Yapaka.
31. Odent, M. 1990. *Votre bébé est le plus beau des mammifères*, Paris, Albin Michel.
32. Odent, M. 2001 *L'amour scientifique*, Saint-Julien en Genevois (CH), Éd. Jouvence.
33. Patou-Mathis, M. 2015. « *Deconstruire le mythe d'une préhistoire sauvage et belliqueuse. Non, les hommes n'ont pas toujours fait la guerre* » [En ligne]. [http://www.monde-diplomatique.fr/2015/07/PATOU\_MATHIS/53204].
34. Phillips, C.R. 2013. *Family-Centered Maternity Care*, Burlington, Jones & Bartlett Publishers.
35. Prescott, J.W. 1975 « *Le plaisir du corps et l'origine de la violence* », *The bulletin of the atomic scientist*, p.10-20 [en ligne] [http://www.violence.de/prescott/bulletin/article-f.html].
36. Sunderland, M. 2007. *La science au service des parents*, Montréal, Éd. Hurtubise.
37. Ulmi, N. 2015. « *La violence n'aurait pas toujours existé* » [en ligne] [https://www.letemps.ch/societe/2015/01/23/violence-naurait-toujours-existe].

# LE SUIVI DE GROSSESSE

PAR BENOÏT LE GOEDEC, SAGE-FEMME

## INTRODUCTION

*Le suivi de grossesse fait l'objet de recommandations de la Haute Autorité de Santé. Le contenu des consultations y est rappelé et est adapté au niveau de dépistage et de risque de la grossesse en cours.*

**L**es praticiens pouvant suivre la grossesse sont aussi définis et doivent faire l'objet en ce qui concerne les médecins d'une formation adaptée :

« Les médecins généralistes et les gynécologues médicaux ou les sages-femmes (acteurs de soins de santé primaires) ont la responsabilité d'évaluer le niveau de risque des femmes et d'en référer, en cas de présence ou d'apparition de facteurs de risque, auprès des gynécologues-obstétriciens (acteurs de soins de santé secondaires). »

La femme est libre du choix du professionnel de santé qui la suit. Elle doit être informée des différentes modalités de suivi, notamment du champ de compétence de chacun des professionnels impliqués.

La multiplicité des acteurs n'est pas recommandée et l'orientation souhaitée et que la grossesse soit suivie par un praticien.

« Il est recommandé que le suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne. Il est nécessaire de souligner l'importance de la coordination et de la collaboration entre les professionnels afin de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens. »

L'échange des informations est un point essentiel de la qualité de ce suivi quand les différentes étapes de la grossesse segmentent le parcours des femmes.

« Afin d'améliorer la centralisation des informations relatives au suivi de la grossesse dans un dossier médical personnel ou un carnet de suivi unique et partagé, les propositions suivantes sont formulées :

- *détention du dossier médical par les femmes elles-mêmes (en leur expliquant son importance afin qu'elles le présentent elles-mêmes aux professionnels) ;*
- *informatisation du dossier médical.*

Le suivi de la grossesse n'inclue pas que le suivi technique médical et il est important d'établir une relation de confiance et d'entendre le projet des couples.

« Un projet de naissance est l'énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant. Il inclut l'organisation des soins, le suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce au domicile et les recours en cas de difficultés. Il peut être formalisé par un document écrit rédigé par les parents<sup>3</sup>. Le projet de naissance nécessite un bon échange d'informations et s'élabore dans le dialogue avec la sage-femme ou le médecin qui suit régulièrement la femme enceinte. Il vise une meilleure compréhension et une satisfaction partagée entre soignants et parents. Les destinataires sont essentiellement les sages-femmes et les médecins du lieu d'accouchement choisi. »

## SUIVI ET ORIENTATION DES FEMMES ENCEINTES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES DE LA HAS - MAI 2016

**OBJECTIF :** aider au suivi de la grossesse normale et améliorer l'identification des situations à risque de complications maternelles, obstétricales et foetales (hors accouchement) pouvant potentiellement compliquer la grossesse afin d'en adapter si besoin le suivi.

### QUEL SUIVI POUR QUELLE GROSSESSE ?

**Différents suivis et demandes d'avis possibles pour les grossesses en fonction des situations à risque identifiées (accord professionnel)**

**SUIVI A** > Lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

**AVIS A1** > L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.

**AVIS A2** > L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

**SUIVI B** > Lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

### Conditions nécessaires

- Formation théorique et pratique adaptées au suivi des grossesses ;
- Exercice dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locales.

### QUAND APPRÉCIER LE NIVEAU DE RISQUE ?

- **Idéalement avant la grossesse**, dans le cadre du suivi gynécologique

de la femme quand elle exprime son désir de grossesse (principe d'une consultation préconceptionnelle);

- **Avant 10 semaines d'aménorrhée (SA)**, lors de la première consultation du suivi de grossesse;
- **Tout au long de la grossesse**, jusqu'à la consultation du 9<sup>e</sup> mois ou l'accouchement.

**QUELLES SONT LES SITUATIONS À RISQUE?**

**Rechercher:**

- Des facteurs de risque généraux (notamment des facteurs individuels

et sociaux; un risque professionnel; des antécédents familiaux);

- Des antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non (notamment des antécédents chirurgicaux; des pathologies utéro-vaginales);
- Des antécédents personnels liés à une grossesse précédente (notamment des antécédents obstétricaux ou liés à l'enfant à la naissance);
- Une exposition à des toxiques (notamment à l'alcool, au tabac, aux drogues, à des médicaments potentiellement tératogènes);
- Des facteurs de risque médicaux

(notamment diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, troubles de la coagulation)

- Des maladies infectieuses (notamment toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis);
- Des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux (notamment cancer du sein, hématome rétroplacentaire, incompatibilité foeto-maternelle).

Pour chacune des situations à risque identifiées au cours de la grossesse, un type de suivi ou une demande d'avis a été recommandé (cf. *tableau 1 des recommandations*).

CONTENU DU SUIVI	CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE	1 <sup>re</sup> CONSULTATION AVANT 10 SA	2 <sup>e</sup> CONSULTATION AVANT 15 SA
<b>Examens cliniques et biologiques</b>	-	<b>Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse</b>	<b>Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement</b>
	<b>Examen gynécologique</b> frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	<b>Réaliser un examen clinique général et gynécologique</b> PA; taille; poids; examen des seins; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	<b>Réaliser un examen clinique</b> PA; poids; hauteur utérine à partir du 4 <sup>e</sup> mois; si possible bruits du cœur fœtal
	<b>Sérologies prescrites</b> • groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) • toxoplasmose et rubéole • recherche d'agglutinines irrégulières	<b>Sérologies prescrites obligatoirement <sup>(1)</sup></b> • groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) • toxoplasmose et rubéole • syphilis • glycosurie et protéinurie • recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B • recherche de l'antigène HBs	<b>Sérologies prescrites</b> • toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent • rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) • glycosurie et protéinurie
	<b>Sérologie proposée</b> VIH (population à risque)	<b>Examens proposés systématiquement <sup>(2)</sup></b> • sérologie VIH 1 et 2; information sur les risques de contamination materno-foetale par le VIH • dépistage combiné du 1 <sup>er</sup> trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1 <sup>re</sup> échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre)	<b>Examens proposés systématiquement</b> • dépistage des anomalies chromosomiques fœtales: marqueurs du 2 <sup>e</sup> trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 <sup>er</sup> trimestre
<b>Information et prévention</b>		<b>Examens proposés éventuellement</b> • examen cyto bactériologique des urines (ECBU) • dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque	
	Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète). Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes. Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 µg/jour. Informé sur le suivi de la grossesse.		Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille)
		Débuter l'élaboration d'un projet de naissance	Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité

PA: pression artérielle; Ac: anticorps; Ag: antigène; SA: semaines d'aménorrhée; ECBU: examen cyto bactériologique des urines.

(1) décret n° 92-143 du 14 février 1992; (2) loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 101/

CONSULTATION (CS)	3 <sup>e</sup> CS	4 <sup>e</sup> CS	5 <sup>e</sup> CS	6 <sup>e</sup> CS	7 <sup>e</sup> CS
MOIS DE GESTATION	4 <sup>e</sup> MOIS	5 <sup>e</sup> MOIS	6 <sup>e</sup> MOIS	7 <sup>e</sup> MOIS	8 <sup>e</sup> MOIS
<b>Examen clinique</b> Poids; PA; hauteur utérine; bruits du coeur et mouvements fœtaux; signes fonctionnels urinaires; contractions utérines	X	X	X	X	X
<b>Évaluation de la présentation fœtale</b>	-	-	-	-	X
<b>Consultation de pré-anesthésie</b>	-	-	-	-	X
<b>Sérologies à prescrire obligatoirement <sup>(1)</sup></b>					
• Glycosurie et protéinurie	X	X	X	X	X
• 2 <sup>e</sup> détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	X
• RAI, si Rhésus D négatif: à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel	-	-	X	-	X
• Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	X	X	X	X	X
• Hémogramme	-	-	X	-	-
<b>Examens à proposer systématiquement</b>					
• 2 <sup>e</sup> échographie (entre 20 et 25 SA)	X	-	-	-	-
• 3 <sup>e</sup> échographie (entre 30 et 35 SA)	-	-	-	-	-
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	X
• Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X
<b>Examens à proposer éventuellement</b>					
ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X

CONSULTATION DU 9<sup>e</sup> MOIS

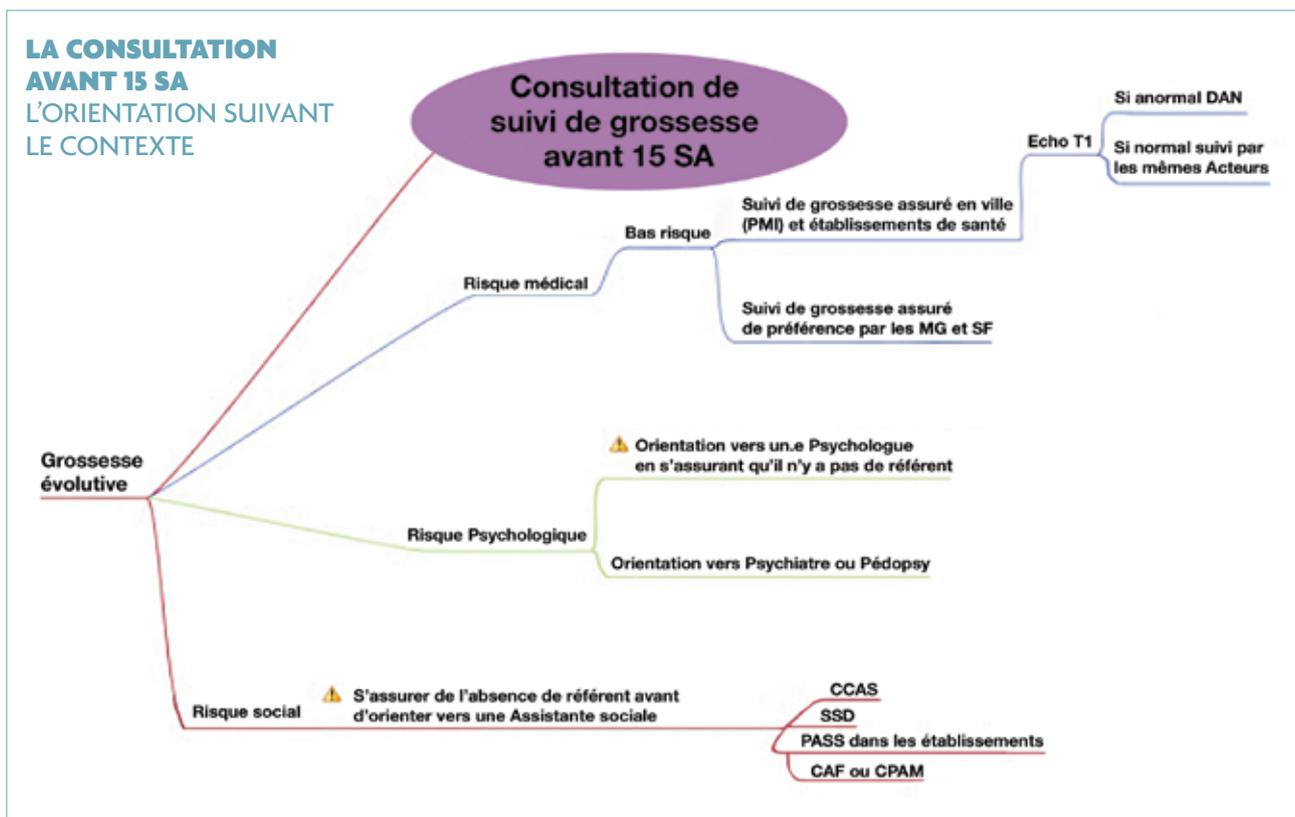
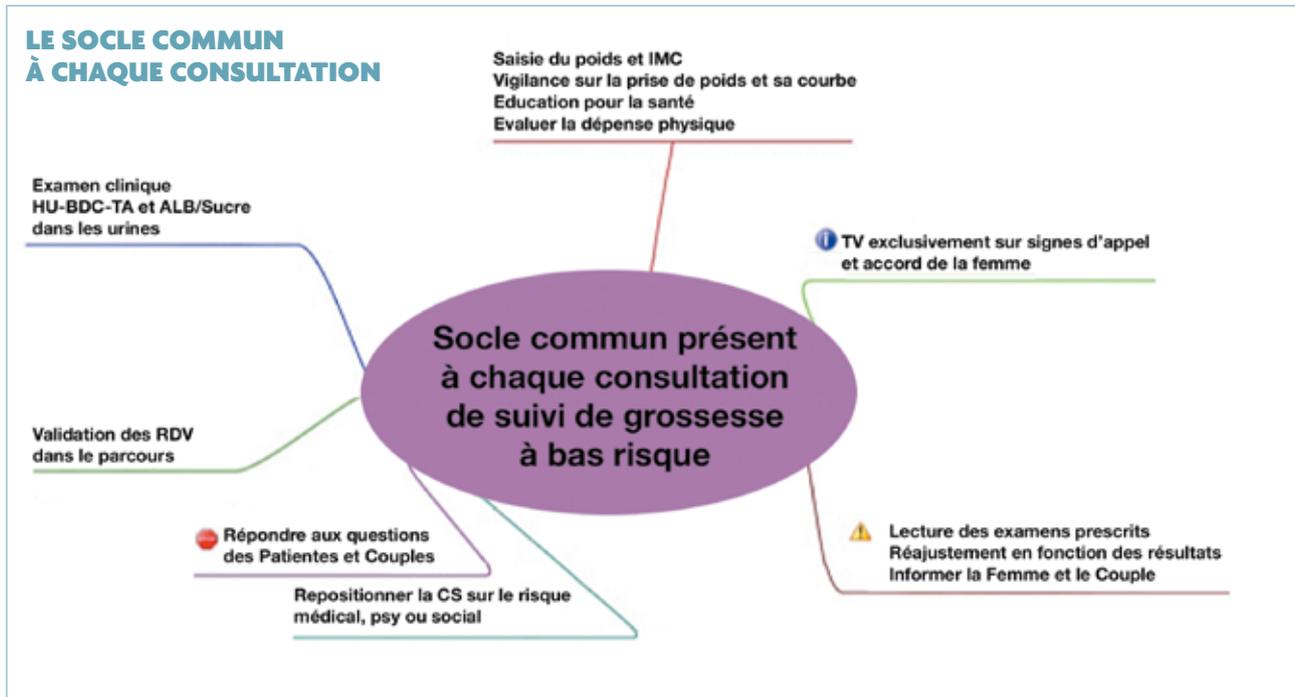
<b>Examens cliniques et biologiques</b>	<b>Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)</b>
	<b>Réaliser un examen clinique général et obstétrical</b> Poids; PA; recherche des signes fonctionnels urinaires; hauteur utérine; recherche des bruits du coeur et des mouvements fœtaux; recherche des contractions utérines; présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute)
	<b>Sérologies prescrites obligatoirement <sup>(1)</sup></b> • Toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente • Glycosurie et protéinurie
	<b>Examens proposés éventuellement</b> • ECBU en cas d'antécédents ou de diabète
<b>Information et prévention</b>	<b>Donner des informations pratiques</b>
	<b>Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant</b>

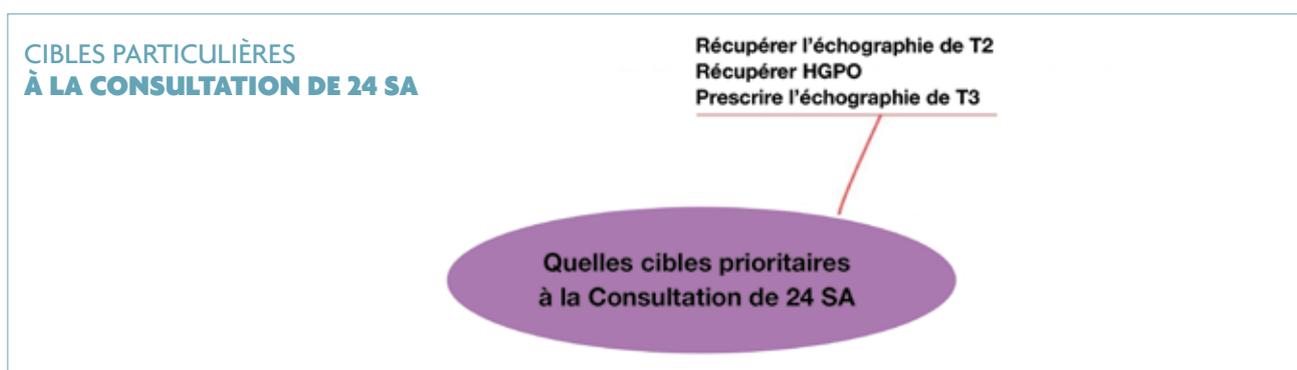
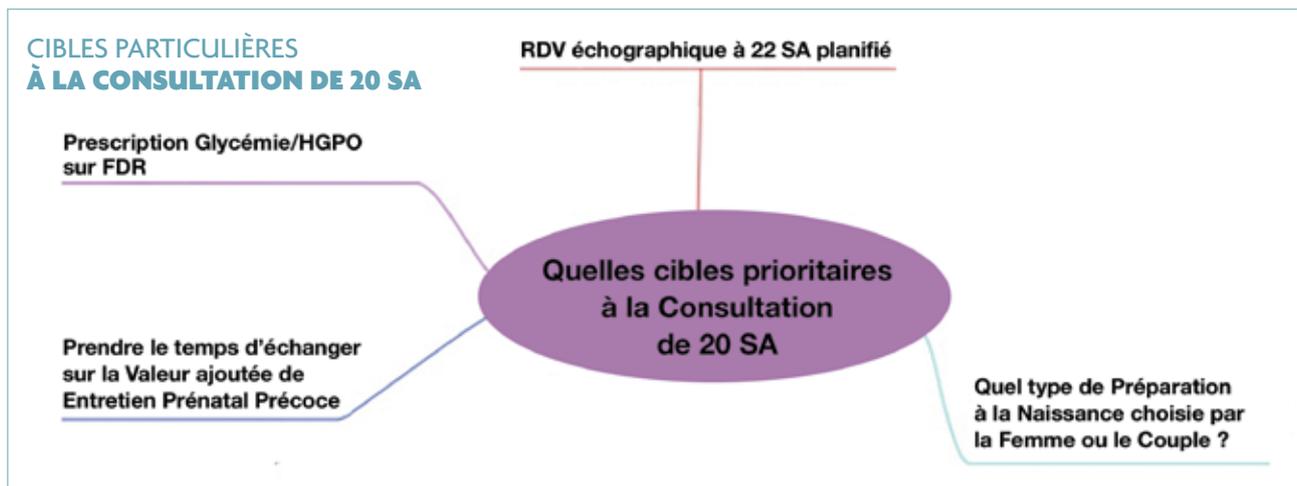
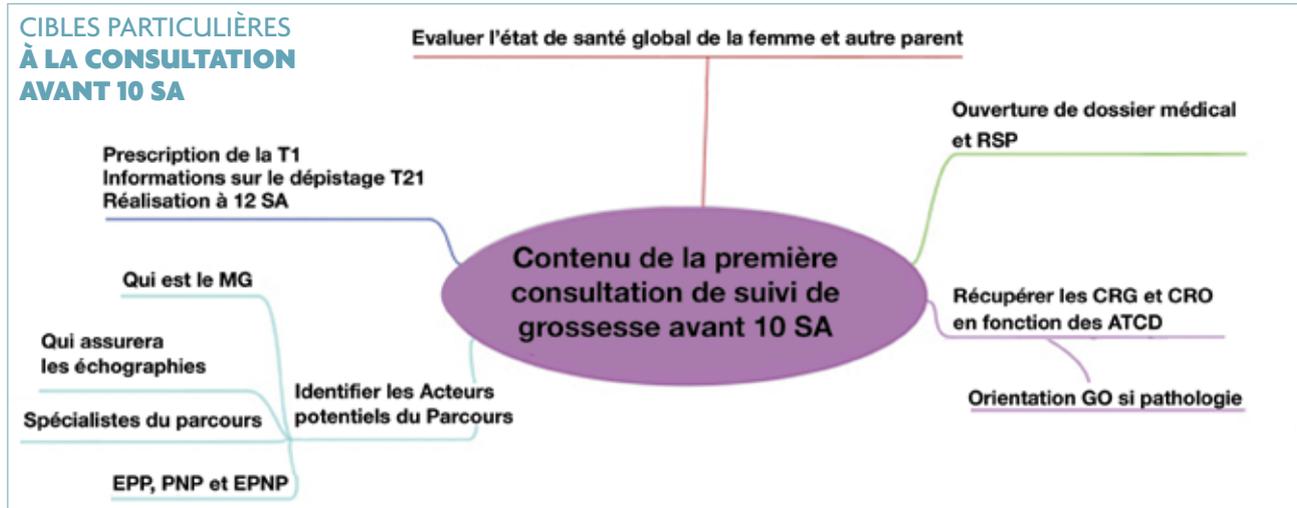
PA: pression artérielle; Ac: anticorps; Ag: antigène; SA: semaines d'aménorrhée; ECBU: examen cyto bactériologique des urines.

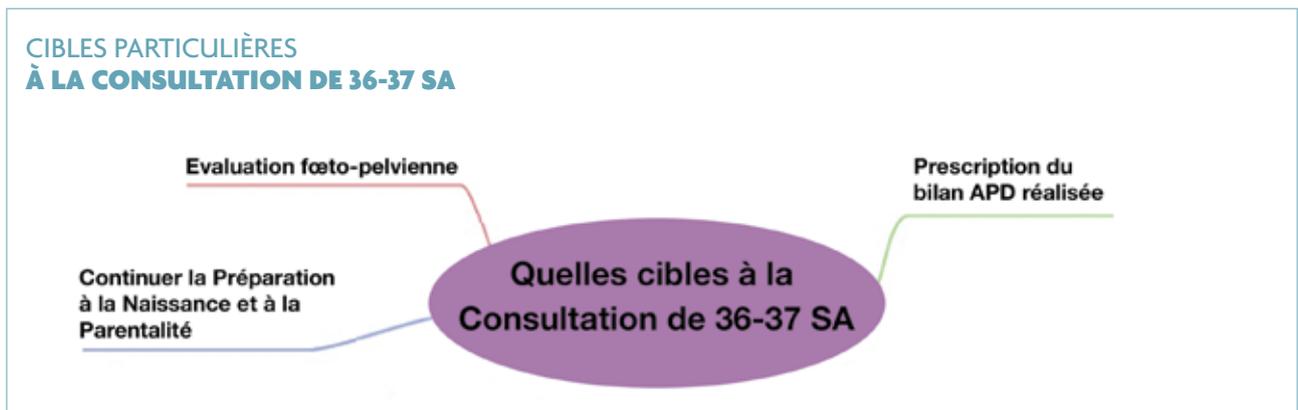
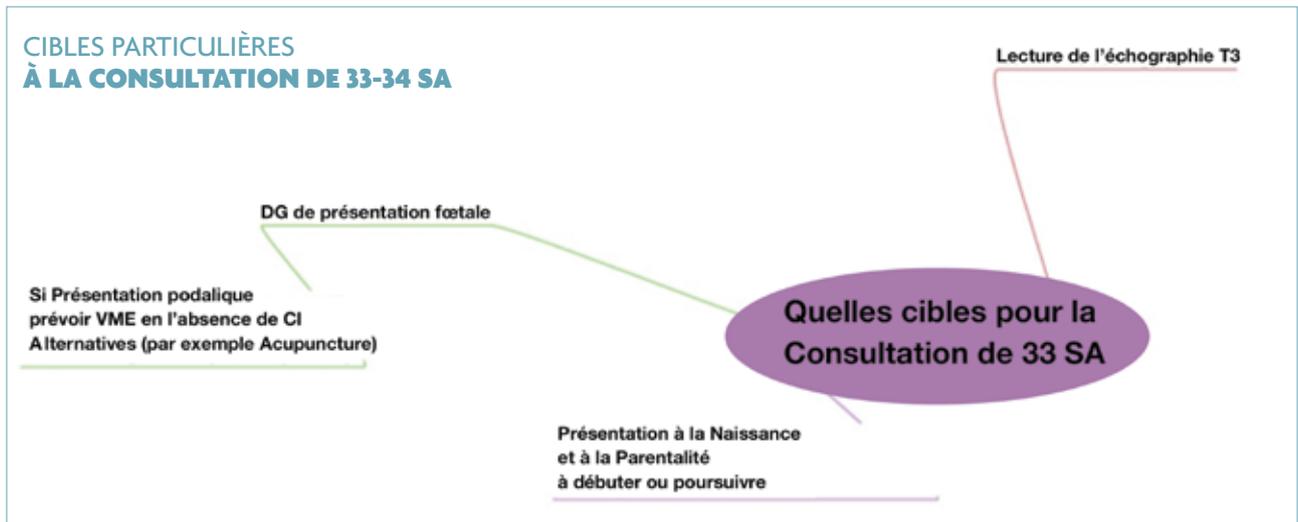
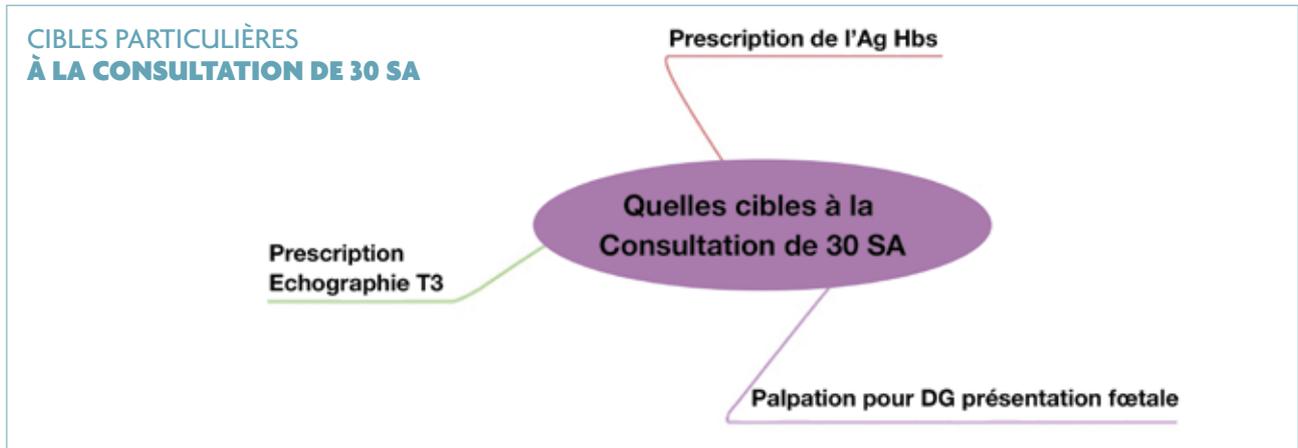
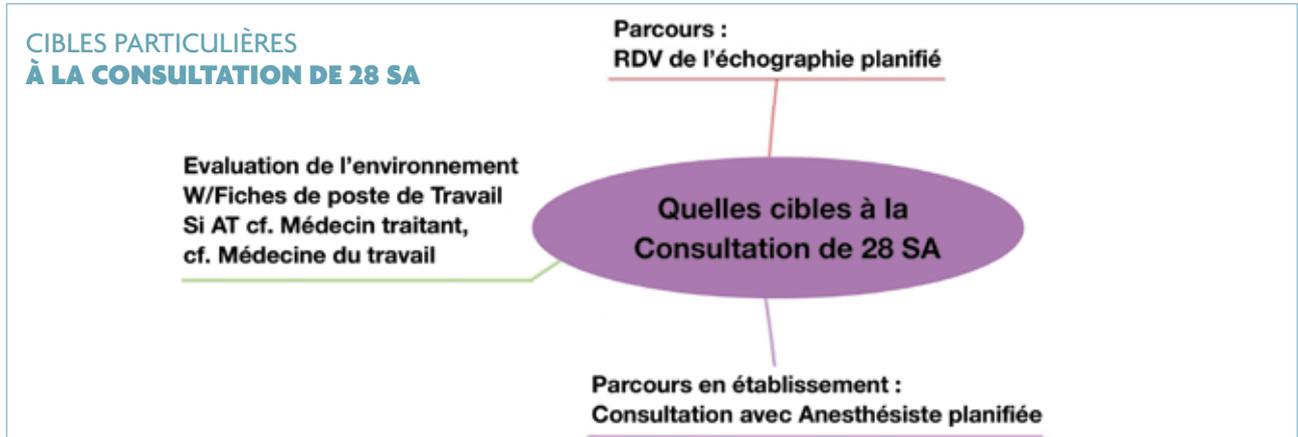
(1) décret n° 92-143 du 14 février 1992; (2) loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 101/

# DIAGRAMMES D'UN SUIVI DE GROSSESSE PHYSIOLOGIQUE PAR CONSULTATION DE 10 SA À 37 SA

PAR LE GROUPE DE TRAVAIL SUIVI DES GROSSESSES À BAS RISQUE, RPVO VAL D'OISE







# Suivi des enfants vulnérables (SEV)

PAR **MARIE-CHRISTINE ALLEMON**, PÉDIATRE COORDINATRICE, VAL D'OISE

## OBJECTIFS DU SUIVI DES ENFANTS VULNÉRABLES

Cela consiste au repérage et prise en charge précoces des troubles du développement avec un suivi à des âges clés de l'enfant. La coordination de ce suivi est assurée par les réseaux de santé périnataux qui permettent la continuité, l'orientation la plus adaptée, l'accompagnement des parents, le partage des informations entre les différents professionnels améliorant ainsi la performance de l'offre de soins grâce à la proximité et la qualité dans la prise en charge du nouveau-né vulnérable. Le devenir de ces enfants, la qualité de vie est meilleure et les risques de handicap ainsi limités.

## INDICATIONS D'INCLUSION

Plusieurs groupes d'inclusion existent :

- **Groupe 1 :** Prématuré < 33 SA.
- **Groupe 2 :** RCIU < 5<sup>e</sup> p entre 33 et 36 SA ou > 35 SA et PN < 1500 g.
- **Groupe 3 :** Encéphalopathie anoxique ou ischémique > 33 SA (Symptômes neurologiques > 24 H).
- **Groupe 4 :** Autre pathologie périnatale susceptible d'altérer le développement/Co-jumeau d'un patient inclus dans le groupe 2.

Le médecin référent de l'enfant vulnérable, appelé médecin pilote, va prendre en charge l'enfant. Il doit être :

- Partenaire (volontaire) du réseau ;
- Choisi par les parents ;
- Assure le suivi spécialisé jusqu'à l'intégration scolaire (6-7 ans) ;
- Suivi en liaison avec l'équipe de coordination du réseau de santé.

*NB : Le médecin pilote peut être ou ne pas être le médecin assurant le suivi habituel de l'enfant.*

**Le calendrier de suivi de l'enfant** inclus les consultations suivantes :

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| • Inclusion (Centre hospitalier)        | • 18 mois AC (facultative) |
| • 3 - 4 mois d'âge corrigé (± audition) | • 2 ans AC                 |
| • 9 mois AC (facultative)               | • 3 ans                    |
| • 1 an AC (examen ophtalmologique)      | • 4 ans                    |
|   | • 5 ans                    |
|   | • 6 ans                    |
|   | • 7 ans                    |

## FILE ACTIVE

TABLEAU 1 > FILE ACTIVE GLOBALE AU 21/01/2019

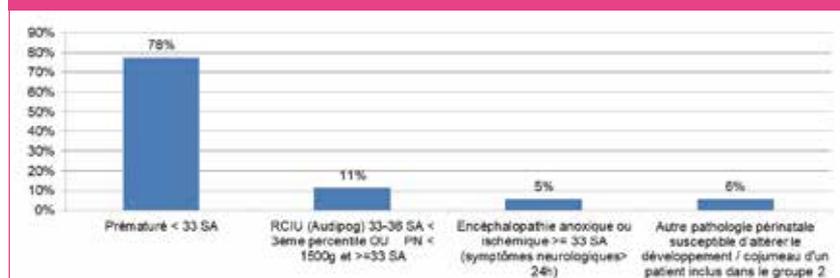
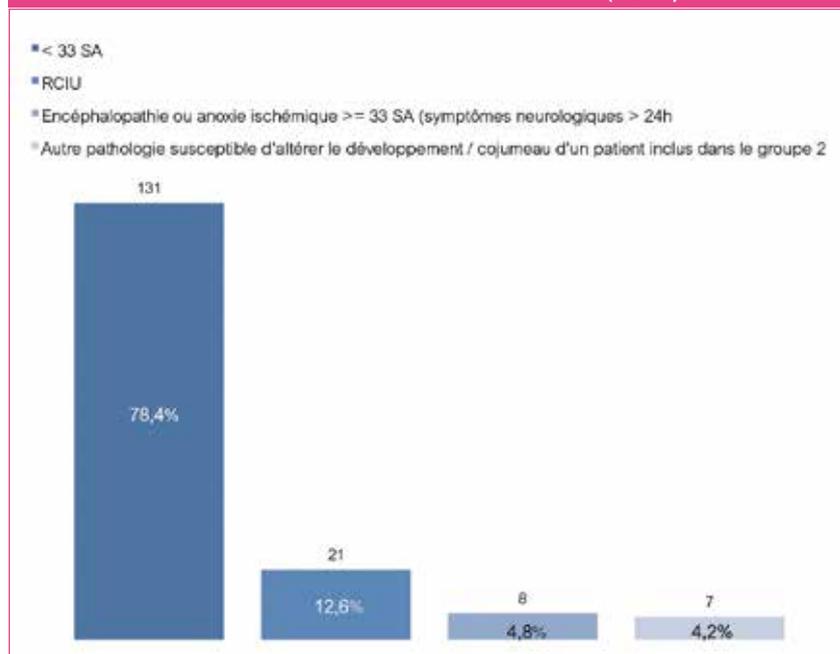


TABLEAU 2 > FILE ACTIVE FA « SITUATIONS COMPLEXES » MÉDICO-PSYCHOSOCIAUX : 167 ENFANTS (14,8 %)



## VULNÉRABILITÉ

= Fragilité, instabilité, risques, incertitude du lendemain.

## FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

- Déroulement de la grossesse
- Contexte de la naissance
- Morbidité néonatale
- Séparation Mère-bébé
- Contexte de la **sortie de l'hôpital**.

## PRÉCARITÉ

« État d'instabilité sociale caractérisée par la perte d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celles de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer

leurs responsabilités professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux ».

Haut Comité de la Santé Publique

**Domaines impliqués :** diplômes, logement, emploi, protection sociale, santé.

## SUIVI DES ENFANTS VULNÉRABLES

**Explore tous domaines du développement :**

- Statur pondéral (P, T, IMC) ;
- Motricité globale, tonus, motricité fine, coordination ;
- Domaine sensoriel : audition, vision ;
- Langage oral, écrit (graphisme) ;

## PÉDIATRIE

- Cognitif: compréhension, réalisation de gestes, mémorisation, capacité d'abstraction;
- Troubles du comportement (activité, attention, émotions, liens parents-enfant...);
- Qualité de vie (sommeil, oralité, sociabilité);
- Adaptation scolaire, troubles de l'apprentissage, facteurs familiaux et psychosociaux;

## OUTIL: HYGIE SEV IDF

## DONNÉES GÉNÉRALES DU DOSSIER PARTAGÉ (cf. tableaux 2 et 3 ci-après)

Elles sont accessibles dès lors que l'on ouvre une consultation, permettant une mise à jour immédiate lors de la saisie des données médicales par le médecin pilote. Mais souvent la saisie est retardée par le médecin pilote.

**Alertes fréquentes par les acteurs du suivi: psychomotriciens...**

## 163 SITUATIONS COMPLEXES RELEVÉES

## QUELLES DIMENSIONS?

- Précarité matérielle et psychosociale;
- Santé des mères;
- Vulnérabilité des enfants évaluées à la sortie de néonatalogie.

## INDICATEURS SOCIAUX

- Mère au foyer, seule ou en couple, nombre d'enfants, reconnaissance de l'enfant, père, ressources, sécurité sociale, logement, modification de la structure familiale.

## SANTÉ DES MÈRES

- Pathologie chronique;
- Suivi et pathologie de la grossesse, consommation de médicaments (psychotropes), alcool, tabac, cannabis, addictions.

## SITUATION DE 163 MÈRES

- Seules/séparées: 94 (61 % des dossiers renseignés)
- Mères mineures: 2
- 3 enfants et plus: 58 (35 %)
- Activité professionnelle: 15
- Sans ressources: 58
- Demandeurs d'asile/réfugiés politiques: 4
- CMU: 85 (52 %)
- Sans Sécurité sociale: 5

## LOGEMENT

- 86 logements précaires: 52,7 %
- Hébergement chez un proche: 50 (31 %)
- Hébergement d'urgence: 14 (8,5 %)
- Hébergement social: 19 (11,6 %)
- Caravane: 3
- 3 pères en prison
- 2 cas de violences conjugales

## SANTÉ DES MÈRES

- Dépression: 7
- ATCD psychiatrique: 2
- Handicap: 1 (SAF)
- Chimiothérapie: 2
- HIV +: 1

## GROSSESSE

- Grossesses non suivies: 6 dont 3 dénis
- Diabète gestationnel: 11 (6,7 %)

- Prééclampsie: 44 (27 %)
- HELLP: 7
- Décès maternel en post-partum: 1

## ADDITIONS

- Tabac: 16
- Alcool: 5 (+ 1 ATCD)
- Cannabis: 1

## EN CONCLUSION

- 33 % de (supposés) perdus de vue! (= non vus à au moins 2 consultations programmées).
- Intérêt des Staffs médico-psychosociaux de Néonatalogie → Alertes sur les enfants inclus dans le SEV en situation de précarité familiale.
- Liens avec les services sociaux. •

TABLEAU 3 &gt; DONNÉES GÉNÉRALES DES PARENTS

**Données générales**

Données générales parents

Niveau d'études et/ou diplôme de la mère: [dropdown]  
 Profession de la mère: [dropdown]  
 Situation professionnelle de la mère: [dropdown]  
 Précisez la dernière activité exercée: [text]  
 Situation matrimoniale de la mère: [dropdown]  
 Nom du père: [text]  
 Niveau du père (prendre précaution exclamation): [dropdown]  
 Profession du conjoint: [dropdown]  
 Situation professionnelle du conjoint: [dropdown]  
 Précisez la dernière activité exercée: [text]  
 Ressources économiques du foyer (ressource principale): [dropdown]  
 Couverture sociale: [dropdown]  
 Nombre d'enfants vivant au foyer: [text]  
 Conditions de logement (du couple ou de la mère): [dropdown]  
 Modification de la structure familiale: [checkbox] famille séparée parents, [checkbox] deux familles proches, [checkbox] autre  
 Précisez: [text]

TABLEAU 4 &gt; DONNÉES GÉNÉRALES DE L'ENFANT

**Adresse de l'enfant**

Adresse

Chez: [text]  
 Complément d'identification: [text]  
 (N° appartement, boîte aux lettres, étage, soupir)  
 Complément d'adresse: [text]  
 (entrée, tour, bâtiment, immeuble, résidence, etc.)  
 Numéro et libellé de la voie: [text]  
 Lieu dit ou service particulier de distribution: [text]  
 (Poste restante, boîte postale, etc.)  
 \* Code postal: [text]  
 \* Ville: [text]  
 Pays: [text]  
 Tél. fixe domicile: [text]  
 \* Tél. portable de la mère: [text]  
 Tél. portable du père: [text]  
 Tél. bureau: [text]  
 Tél. autre contact: [text]  
 (Grand-parents, personne de confiance...)  
 Adresse mail: [text]

# Temps d'accès aux maternités Bourguignonnes et indicateurs de santé périnatale

PAR E. COMBIER<sup>1</sup>, H. CHARREIRE<sup>2</sup>, M. LE VAILLANT<sup>3</sup>, F. MICHAUT<sup>1,4</sup>,  
C. FERDYNUS<sup>5</sup>, J.-M. AMAT-ROZE<sup>2</sup>, J.-B. GOUYON<sup>6</sup>, C. QUANTIN<sup>7,8</sup>, J. ZEITLIN<sup>9</sup>

## RÉSUMÉ

Parmi les 139 196 femmes qui ont accouché en Bourgogne de 2000 à 2009, 11 135 habitaient à plus de 30 minutes d'une maternité et 467 à plus de 45 minutes.

**L'OBJECTIF** de notre étude était d'analyser l'impact du temps de trajet du domicile à la maternité la plus proche sur les indicateurs de périnatalité.

**MÉTHODES** > Les données utilisées sont celles du PMSI « élargi » du réseau périnatal de Bourgogne (RPB). Les temps de trajet ont été calculés du centroïde du code PMSI du domicile à celui de la commune de la maternité la plus proche. Pour évaluer l'impact du temps de trajet nous avons utilisé des régressions logistiques multiniveaux. L'ajustement a été fait sur les données individuelles, l'environnement socio-démographique et la typologie du lieu de résidence.

**RÉSULTATS** > Pour des temps supérieurs à 45 minutes, les taux bruts de mortinatalité passent de 0,46 % à 0,86 % et ceux de la mortalité périnatale de 0,64 % à 1,07 %. Après ajustement, il persiste une liaison positive entre les risques de souffrance fœtale aiguë (anomalies du RCF et LAM), de mortinatalité, de mortalité périnatale, d'hospitalisations anténatales et d'accouchement hors-hôpital.

**DISCUSSION ET CONCLUSION** > Nos résultats montrent qu'en Bourgogne, la durée du trajet à la maternité la plus proche a un impact sur la santé périnatale. D'autres études sont nécessaires car s'ils se confirmaient, ces effets négatifs seraient à prendre en compte lors de toute évaluation des bénéfices, tant médicaux qu'économiques, attendus des restructurations et des fermetures des maternités.

**MOTS-CLÉS**: Santé périnatale, accessibilité, maternité.

## SUMMARY

### TRAVEL TIME TO MATERNITY UNITS AND PERINATAL ADVERSE OUTCOMES IN BURGUNDY

*In Burgundy, 11 135 women who gave birth between 2000 and 2009 lived more than 30 minutes away from a maternity unit and 467 lived more than 45 minutes away.*

*Our AIM was to analyze the impact of travel time from home to the nearest maternity unit on perinatal health indicators.*

**METHODS** > *Our study included the 139 196 singleton births between 2000 and 2009 to women living in Burgundy. The data were from the "extended" PMSI perinatal network of Burgundy. Road travel times were calculated using the post code of the mother's home and the nearest maternity unit. The impact of travel time on health indicators was analyzed using multilevel regressions adjusted for individual data, the socio-demographic environment and rural residence.*

**RESULTS** > *For travel times longer than 45 minutes, crude stillbirth rates increased from 0.46 % to 0.86 % and those for perinatal mortality from 0.64 % to 1.07 %. After adjustment, the risk of stillbirth, perinatal mortality, births outside hospital, fetal cardiac rhythm anomalies, meconium in the amniotic fluid, antenatal maternal hospitalization increased with journey time.*

**DISCUSSION/CONCLUSION** > *Our results show that in Burgundy, travel time to the nearest maternity unit has an impact on perinatal health. Other studies are needed because these consequences need to be taken into account in calculations concerning the expected economies of scale engendered by restructurations of maternity care.*

**KEYWORDS**: Accessibility, perinatal health, maternity ward.

Conflits d'intérêts: aucun.

1. Centre d'épidémiologie des Populations Ea4184 - Université de Bourgogne-Dijon.

2. Lab-urba, Institut d'Urbanisme de Paris, Université Paris Est - Créteil.

3. CERMES3, UMR 8211-U988, CNRS, INSERM, EHES, Université Paris Descartes - Villejuif.

4. Cellule d'évaluation des réseaux de soins, CHU-Hôpital du Bocage, Dijon.

5. Unité de Soutien Méthodologique CHU de la Réunion.

6. Centre d'Études Périnatales de l'Océan Indien, CHU Groupe Hospitalier Sud Réunion, 97448 Saint-Pierre, La Réunion.

7. CHRU Dijon, Service de Biostatistique et d'Informatique Médicale (DIM), Dijon, F-21000, France.

8. Inserm, U866, Université de Bourgogne, Dijon, F-21000, France.

9. INSERM UMR 953, Paris.

### ADRESSE DE CORRESPONDANCE

Evelyne Combier  
Centre d'épidémiologie des populations EA4184  
Université de Bourgogne-Dijon  
✉ evelyne.combier@orange.fr

## INTRODUCTION

En France, comme dans d'autres pays étrangers, la régionalisation des soins périnataux, qui s'inscrit dans le contexte plus général de restructuration de l'offre hospitalière, a conduit à la fermeture de nombreux établissements en particulier en milieu rural, faisant de l'accessibilité géographique un enjeu majeur pour le maintien de l'égalité des chances en matière de santé<sup>[1]</sup>, d'autant que d'importantes disparités spatiales existent<sup>[2-4]</sup>.

L'objectif de ces restructurations des soins périnataux, qui à l'origine étaient d'obtenir une meilleure prise en charge des grands prématurés<sup>[5, 6]</sup> et une amélioration de la sécurité des soins hospitaliers<sup>[6-8]</sup>, s'est vu rapidement associer un objectif économique, du fait de la concentration possible des moyens dans un nombre limité de structures<sup>[9-12]</sup>.

On sait de longue date qu'une des causes de morbi-mortalité maternelle ou périnatale est le retard à la prise en charge des urgences obstétricales lors de l'accouchement, retard auquel participent les temps de trajet<sup>[13]</sup> qui peuvent être importants même dans les pays industrialisés.

Toutefois, alors que l'impact des temps de trajet sur les résultats de santé a fait l'objet de nombreuses recherches concernant les urgences, qu'elles soient traumatiques, cardiologiques ou neurovasculaires<sup>[14-17]</sup>, celui-ci a rarement été étudié comme facteur de risque dans le domaine de l'obstétrique, bien que les urgences obstétricales vitales ne soient pas rares et que le début du travail spontané de l'accouchement soit imprévisible<sup>[18]</sup>. Par ailleurs, les résultats des études réalisées dans les pays industrialisés sont contradictoires. Pour certains auteurs<sup>[19, 20]</sup>, il n'existe pas d'association statistique entre le temps de trajet et le taux d'accidents périnataux, pour d'autres<sup>[21-24]</sup>, le temps d'accès à la maternité est associé à une augmentation des risques per-partum et néonatal de mortalité et de morbidité.

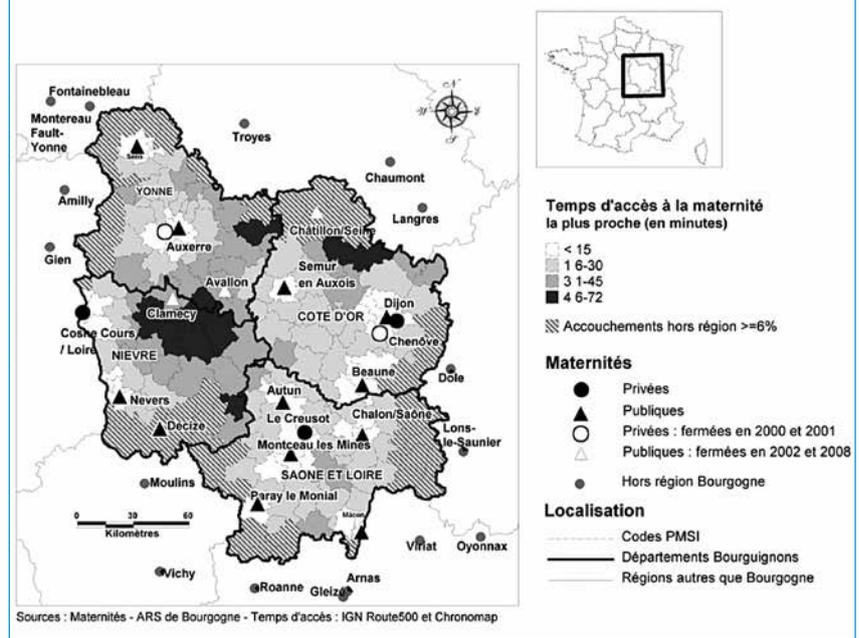
Quoi qu'il en soit, des études tant françaises<sup>[25]</sup> qu'étrangères<sup>[21, 26, 27]</sup> ont mis en évidence une corrélation positive entre le temps de trajet à la maternité et le taux d'accouchements non programmés hors d'un établissement hospitalier. Or, il est établi que le risque de mortalité périnatale est plus élevé lors d'accouchements non programmés extra-hospitaliers<sup>[21, 28]</sup>.

En 1996, on dénombrait en France métropolitaine 815 « maternités », au sens des sites hospitaliers où sont réalisés des accouchements. Elles n'étaient plus que 759 en 1998, 621 en 2003<sup>[29]</sup> et 535 en 2010<sup>[30]</sup>. De 1998 à 2003<sup>[29]</sup> alors que l'augmentation du nombre des naissances n'était que de 3 %, le pourcentage de femmes métropolitaines qui ont accouché et dont le domicile était à plus de 30 km d'une maternité est passé de 10 310 à 13 679 (+33 %) et de 736 à 1 520 (+106 %) pour celles qui étaient à plus de 45 km. En zone urbaine<sup>[29]</sup> on ne notait qu'un impact limité de ces fermetures sur la répartition des distances, alors qu'en secteur rural l'augmentation du nombre de femmes dans les deux classes de distances supérieures à 30 km et 45 km était respectivement de 52 % et 105 %. Même si au niveau national la situation globale semble stabilisée depuis 2001, et qu'en 2010 la moitié des 790 000 femmes qui avaient accouché avaient mis moins de 30 minutes pour aller à la maternité, il n'en demeure pas moins que pour 23 % d'entre elles (environ 182 000 femmes) le temps de trajet à la maternité avait été supérieur à 30 minutes<sup>[30]</sup>. Cependant, ces données agrégées au niveau national cachent des disparités importantes entre les départements. Si la médiane de temps de trajet au niveau national était en 2010 de 17 minutes,

elle était supérieure à 30 minutes dans 8 départements à dominante rurale et de faible densité de population (15 à 45 habitants/km<sup>2</sup>)<sup>[30]</sup>.

Les régions ont été différemment concernées par les restructurations. En 2003, avec un taux de fermeture de 36,0 % par rapport à 1998, la Bourgogne était la région la plus touchée<sup>[29]</sup>. Dans cette région, de 2000 à 2009, deux maternités privées implantées en zone urbaine (Chenôve dans l'agglomération dijonnaise en 2000 et Auxerre en 2001) et trois maternités publiques qui desservaient les zones enclavées du Morvan et du Châtillonnais ont fermé (Avallon dans l'Yonne en 2002, Clamecy dans la Nièvre et Châtillon-sur-Seine dans la Côte d'Or en 2008), faisant passer le nombre de maternités de 20 en 2000 à 15 en 2009 (Carte 1). L'impact de ces fermetures diffère selon les départements. Si, pour l'année 2010, on peut considérer que la Saône-et-Loire, avec ses cinq maternités, conserve un maillage du territoire efficace<sup>[30]</sup> qui permet de limiter les déplacements (temps médian 20 minutes), il en va différemment de la Nièvre dont les trois maternités sont toutes implantées à l'ouest du département. Une large portion de celui-ci n'est plus couverte par une maternité et un quart de ses habitantes doivent parcourir des trajets de plus de 40 minutes pour aller accoucher<sup>[30]</sup>.

**CARTE 1 > Bourgogne : Temps d'accès à la maternité la plus proche en 2009 selon le code PMSI du domicile de la mère et implantation des maternités**



En 2008, une nouvelle catégorie de communes apparaît dans le secteur du Haut-Morvan après la fermeture de la maternité de Clamecy. Celles-ci sont situées à plus d'une heure de la maternité la plus proche, et pour six d'entre elles les temps d'accès sont supérieurs à 80 minutes. Dès lors, pour 2511 femmes en âge de procréer, la maternité la plus proche se trouve à plus d'une heure de trajet <sup>131</sup>. Après la fermeture de la maternité de Clamecy, non seulement le périmètre des communes du Morvan concernées par une augmentation des distances-temps s'agrandit mais les communes situées en bordure des départements de la Nièvre et de l'Yonne, déjà touchées par la fermeture d'Avallon en 2002, voient une nouvelle fois leur temps d'accès à la maternité la plus proche augmenter. Vingt-quatre communes situées dans le Morvan ont ainsi subi « une double peine ». Certaines d'entre elles (par exemple Sermizelles, Givry, Dermey-sur-Levault, Blannay) sont passées de la tranche 15 à 30 minutes de trajet après la fermeture d'Avallon, à celle de 40 minutes et plus après la fermeture de Clamecy <sup>131</sup>. Ces 24 communes ont enregistré 538 naissances de 2000 à 2009, soit une moyenne de 54 naissances par an (Données INSEE : état civil).

À la lecture de ces données on peut faire l'hypothèse que, si comme pour les autres urgences vitales à début inopiné les résultats de santé périnatale sont liés aux délais de prise en charge des parturientes, une partie de la mortalité et de la morbidité périnatale enregistrée en Bourgogne comme en France est imputable à la durée des temps de trajet domicile-maternité.

**L'objectif** de notre étude était d'étudier l'impact du temps de trajet à la maternité la plus proche sur l'issue des grossesses, en prenant en compte les risques individuels des femmes identifiables à partir des données du PMSI, ainsi que le contexte socio-économique et environnemental de leur domicile.

## TERRITOIRE DE L'ÉTUDE

Notre recherche a été conduite en Bourgogne où près de 90 % des femmes accouchent dans la maternité la plus proche de leur domicile <sup>132</sup> et où les temps de trajet sont supérieurs à la moyenne nationale pour une partie importante de la population <sup>133</sup>.

La région Bourgogne, composée de 4 départements : la Côte-d'Or, la Nièvre, la Saône-et-Loire et l'Yonne, couvre 31 600 km<sup>2</sup> soit 6 % du territoire métropolitain et rassemblait 1 631 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2008, soit 2,6 % de la population française métropolitaine. Vaste territoire faiblement peuplé (densité de population : 51 habitants/km<sup>2</sup> contre 108 pour l'ensemble de la France), cette région, prise en étau entre celles d'Ile-de-France et de Rhône-Alpes, a du mal à s'exprimer. Marquée par une forte empreinte rurale, dépourvue d'un réseau dense de villes moyennes, la Bourgogne souffre de l'absence de centralité d'une métropole.

La topographie bourguignonne, caractérisée par de grands accidents, a joué un rôle majeur sur le peuplement et la polarisation régionale. Le massif du Morgan, en position centrale, dont chaque département possède un morceau, commande cet espace. Il culmine à 901 m. Il est plus facile de le contourner que de le traverser. Il rend difficiles les liaisons est-ouest, ce qui ne fait qu'accentuer l'importance des influences centrifuges auxquelles la région est soumise. Aujourd'hui encore, une seule route importante le traverse, la route départementale D978, qui relie la Bourgogne de l'Ouest (Nevers) à celle de l'Est (Chalon-sur-Saône et Dijon) en passant par Château-Chinon et Autun. Côté sud-est, les monts de l'Autunois, du Charolais, du Mâconnais, bien que plus modestes, cloisonnent également l'espace. À l'Est, l'ample Val-de-Saône est bloqué par le talus de la Côte-d'Or, barrière de 200 mètres de haut, trouée de quelques reculées (les combes). Cette topographie dessine des interfaces différentes : le département de l'Yonne est tourné vers Paris, la Nièvre vers le Val-de-Loire, la Saône-et-Loire vers le Lyonnais.

Lieu de passage naturel, grâce au fossé d'effondrement de la plaine de Saône, la Bourgogne est traversée par l'axe routier le plus emprunté de France (l'autoroute A6). Dijon et Beaune sont devenus des carrefours autoroutiers d'échelle européenne. À l'Ouest, l'axe nivernais a longtemps fait figure de parent pauvre, mais la route nationale N7 et l'autoroute A77 devraient à terme faire contrepoids à l'autoroute A6. Les centres urbains les plus peuplés se situent

en plaine de Saône et seulement 16 communes comptent plus de 10 000 habitants. L'agglomération de Dijon (238 100 habitants en 2006), unique commune de plus de 100 000 habitants en Bourgogne, concentre 15 % de la population régionale. À l'opposé, 33 % de la population vit dans des communes appartenant à l'espace à dominante rurale (contre 18 % au niveau national), la zone la plus faiblement peuplée étant située dans le Châtillonnais <sup>131</sup>.

Cette répartition inégale de la population sur le territoire se retrouve dans celle de l'offre de soins ambulatoire. Si l'offre disponible dans les territoires urbains situés le long de l'autoroute A6 et dans la plaine de Saône peut être considérée comme satisfaisante <sup>11</sup>, celle des zones plus enclavées telles que le massif du Morgan sont largement déficitaires. « Elles cumulent l'éloignement aux soins de proximité et aux spécialistes libéraux, aussi bien pour les spécialités les plus courantes que pour les spécialités les plus rares » <sup>11</sup>. Cette désertification médicale des zones rurales se trouve accentuée en obstétrique du fait de la répartition spatiale des maternités (Carte 1), d'autant que depuis 2009, la maternité de Montceau-les-Mines en Saône-et-Loire a été supprimée suite à sa fusion avec celle du Creusot et que l'activité de la maternité de Decize dans la Nièvre est « suspendue ».

Organisation du relief, histoire, dynamismes économiques actuels et planification sanitaire font de la Bourgogne une région mosaïque, aux fortes inégalités internes, en mal d'unité.

## MÉTHODE

### DONNÉES UTILISÉES ET ÉCHELLE D'ANALYSE

Les données utilisées sont celles du RPB qui, pour son évaluation annuelle, utilise des données recueillies dans le cadre du PMSI pour tous les accouchements survenus dans les maternités de la région <sup>134</sup> à partir de 22 semaines d'aménorrhée (SA). Le PMSI est dit « élargi » car il utilise une technique de chaînage <sup>135, 361</sup> qui permet de relier le séjour de la mère à celui de son enfant, tout en garantissant l'anonymat. Celle-ci a été mise au point par le département d'information médicale (DIM) du CHU de Dijon. En plus du recueil habituel,

les maternités ont fourni des données systématisées sur le terme à la naissance et certains facteurs de risque socio-économiques. Un contrôle de l'exhaustivité du recueil est fait tous les ans par la cellule d'évaluation du réseau. Les données sont disponibles depuis 2000.

Concernant le domicile des mères, les seules données disponibles dans le PMSI (code PMSI) sont des codes géographiques dont le découpage est superposable à celui des codes postaux. C'est donc cette échelle imposée par les données du PMSI qui a été notre échelle d'analyse. Comme le découpage des codes PMSI n'est superposable à aucun découpage administratif, et qu'aucune des statistiques sociodémographiques ou de revenu des ménages diffusés par l'Insee n'est disponible à cette échelle, toutes les données provenant de l'INSEE utilisées dans notre étude sont les moyennes des données fournies pour les communes qui composent chaque code PMSI.

### MORBI-MORTALITÉ ÉTUDIÉE : CHOIX DES VARIABLES D'INTÉRÊT

Parmi les données disponibles dans le PMSI nous avons retenu comme variables d'intérêt celles qui a priori pouvaient être influencées par l'allongement des temps de trajet.

Nous avons retenu :

- **Pour l'issue de grossesse :** la mortalité foetale in utero (mortinatalité) et périnatale élargie (décès in utero ou dans les 28 premiers jours de vie postnatale), les anomalies du rythme cardiaque foetal (RCF) et/ou un liquide amniotique méconial (LAM) qui peuvent être des signes de souffrance foetale aiguë, les accouchements hors maternité;
- **Pour les prises en charge des femmes :** les hospitalisations de plus de 24 heures avant l'accouchement.

Toutes ces variables sont des variables dichotomiques codées oui = 1 et non = 0.

### POPULATION DE L'ÉTUDE

Notre étude a porté sur les naissances domiciliées en Bourgogne de 2000 à 2009. Le chaînage des séjours des mères et des enfants, dans le cadre du PMSI élargi, ne pouvant être réalisé qu'à partir des données fournies au

RPB par les hôpitaux bourguignons, les naissances hors région n'ont pu être incluses. Comme le RPB organise, gère et régule la prise en charge des grossesses à risque et les transferts in utero entre les établissements de Bourgogne, la quasi-totalité des naissances hors région relèvent du choix des mères et sont à bas risque. Dans les codes PMSI où on enregistre un fort taux de fuites, l'absence de prise en compte dans nos analyses de ces grossesses à bas risque pouvait être à l'origine d'un biais non contrôlable, puisque celles à haut risque domiciliées dans ces mêmes codes figurent dans le PMSI élargi. De ce fait, nous avons exclu de l'analyse les codes PMSI où on avait enregistré 6 % ou plus de naissances hors région <sup>1</sup> (Carte 1). Les femmes qui accouchent hors Bourgogne sont majoritairement domiciliées dans les codes PMSI limitrophes des autres régions. C'est pourquoi, après exclusion des codes PMSI avec 6 % ou plus de fuites, on n'observe plus d'effet de bord, toutes les maternités les plus proches des domiciles en temps étant situées en Bourgogne. Ce seuil de 6 % pour les exclusions a été choisi car il correspond à une rupture dans la distribution des taux de fuites calculés pour chaque code PMSI.

Nous avons exclu également les interruptions de grossesse pour motif médical (IMG), la décision d'interruption de grossesse n'ayant aucun lien avec le temps d'accès à la maternité et les grossesses multiples qui ont une histoire naturelle différente de celle des grossesses uniques. Elles posent par ailleurs un problème de traitement statistique puisqu'on a autant de dyades mère/enfant que d'enfants, c'est-à-dire qu'on a une mesure répétée, autant de fois que de fœtus, de l'issue d'une même grossesse.

Après exclusions des IMG, des grossesses multiples et des codes PMSI avec 6 % ou plus de fuites, notre étude a porté sur 139 196 dyades mère/enfant.

### CALCUL DES TEMPS DE TRAJET ENTRE LE DOMICILE DE LA MÈRE ET LA MATERNITÉ LA PLUS PROCHE

La seule localisation du domicile des mères étant le code PMSI de leur rési-

dence, nous avons estimé pour chaque code un temps de parcours routier pour se rendre à la maternité la plus proche. Toutes les femmes d'un même code PMSI sont créditées d'un même temps d'accès. Le temps utilisé pour nos analyses est la moyenne des temps estimés pour chacune des communes qui composent le code, c'est-à-dire le temps moyen mis pour aller des centroïdes des communes composant le code PMSI au centroïde de la commune d'implantation de la maternité. Par construction, les temps d'accès à la maternité la plus proche pour les villes d'implantation des maternités sont estimés à « 0 ».

Les temps de trajet ont été calculés en utilisant l'extension CHRONOMAP<sup>®</sup> du logiciel MAPINFO<sup>®</sup> et le réseau routier numérisé IGN500<sup>®</sup>. Les temps utilisés sont ceux issus des paramétrages réalisés pour des véhicules rapides type SAMU. Nous avons choisi ce paramétrage car en zone urbaine les temps estimés par ce modèle sont proches de la réalité des temps mis par les véhicules prioritaires alors que les temps estimés pour les voitures particulières sont largement sous évalués. Hors agglomérations, les différences de temps sont minimales entre les deux paramétrages, la vitesse des véhicules prioritaires étant limitée par l'état des routes et leur sinuosité.

Pour prendre en compte la modification chronologique des temps d'accès consécutive aux fermetures d'établissements <sup>(31)</sup>, ceux-ci ont été calculés pour trois périodes :

- 1 **2000-2002 :** avant la fermeture de la maternité d'Avallon;
- 2 **2002-2008 :** de la fermeture de la maternité d'Avallon à celles des maternités de Clamecy et Châtillon s/seine;
- 3 **2008-2009 :** à partir des dates de fermeture des maternités de Clamecy et Châtillon-sur-Seine au 31 décembre 2009.

Les maternités des cliniques de Chenôve et d'Auxerre implantées en zone urbaine étant proches d'autres maternités, leur fermeture ne modifie pas les temps d'accès estimés par les modèles.

Nous avons ensuite créé pour chaque période une variable « temps » en quatre classes : de 0 à 15 minutes, de 16 à 30 minutes, de 31 à 45 minutes et 46 minutes et plus. Nous avons retenu un

1. La maternité de Cosne-Cours-sur-Loire n'ayant pas transmis ses données pour l'année 2009, nous avons également exclu pour cette année-là les codes PMSI où 6 % de femmes ou plus avaient accouché dans cette maternité.

pas de 15 minutes car, en France en 2007, la moyenne des temps d'accès à une maternité était pour les femmes, de 14 minutes 46 secondes <sup>[1]</sup>, qu'une des priorités de l'actuel gouvernement est que toute la population ait un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes et, qu'à dire d'experts, la limite de sécurité en obstétrique pour atteindre une maternité est de 45 minutes <sup>[37]</sup>.

## VARIABLES D'AJUSTEMENT

L'idée que les déterminants sociaux de la santé ont une structure à plusieurs niveaux – par exemple à l'échelle de l'individu et à l'échelle du lieu de résidence – est aujourd'hui reconnue en épidémiologie sociale <sup>[38]</sup>. Quel que soit le lieu où elles ont été réalisées, de nombreuses études ont montré que la mortalité ainsi que les principales pathologies observées lors de la période périnatale sont associées aux caractéristiques sociales des quartiers de résidence des femmes enceintes <sup>[39, 40]</sup>.

Afin de prendre en compte ces facteurs, nous avons retenu deux niveaux de variables d'ajustement : le niveau individuel et le niveau contextuel.

❶ **Les variables retenues au niveau individuel** sont l'âge maternel, le sexe de l'enfant et le terme à la naissance (moins de 37 SA : prématurité = 1 et 37 SA et plus : prématurité = 0), les antécédents d'accouchement prématuré (au moins 1 accouchement avant 37 SA variable codée « 1 » – sinon codée « 0 ») et les antécédents obstétricaux. Il s'agit d'une variable synthétique codée « 1 » lorsqu'il était noté au moins un antécédent de mort in utero ou qu'il était mentionné en diagnostic associé un des deux codes « z352 : Surveillance d'une grossesse avec d'autres antécédents obstétricaux pathologiques et difficultés à procréer » et « z875 : Antécédents personnels de complications de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité » de la classification internationale des maladies (CIM10). Lorsqu'aucun antécédent n'était noté, la variable a été codée « 0 ».

❷ **Les variables utilisées au niveau contextuel**, en plus des temps de trajet à la maternité la plus proche, sont des variables qui qualifient l'environnement sociodémographique et le niveau de ruralité et d'urbanisation à l'échelle de codes PMSI.

## Environnement sociodémographique : Indice de désavantage

Le contexte de résidence, tel que le niveau de revenu par unité de consommation, le taux de chômage ou la valeur des biens immobiliers, a un effet indépendant de celui des caractéristiques sociales des femmes elles-mêmes. De plus, il existe une interaction entre les caractéristiques individuelles et collectives : certains groupes de femmes enceintes, définies par leur statut social ou leur pays d'origine, seraient plus affectés que d'autres par leur environnement <sup>[41]</sup>.

Il existe de nombreux scores dits de « désavantage » (en anglais : *'deprivation score'*) développés principalement à l'étranger <sup>[42]</sup>, mais afin de pouvoir comparer nos résultats à ceux d'autres études développées au niveau national, nous avons choisi pour modèle celui développé en 1999 pour l'Île-de-France <sup>[41]</sup>. Cet indice composite inclut la proportion d'ouvriers, de professions intermédiaires, de personnes n'ayant pas dépassé le niveau « école primaire », de familles monoparentales, de ménages sans voiture et le nombre de personnes par pièce. Le score est la somme de ces proportions normalisées autour de leurs moyennes.

Les données utilisées sont celles du recensement de la population pour l'année 2006 diffusées par l'Insee à l'échelle des communes. De ce fait, les taux utilisés pour la construction du score ont été préalablement calculés pour chaque variable à l'échelle des codes PMSI. Nous n'avons pas inclus dans le score le revenu des ménages car la donnée est manquante pour 430 des 2046 communes, le nombre de ménages fiscaux étant insuffisant.

Les scores obtenus pour chaque code PMSI après normalisation et agrégation des données ont été répartis de manière égale dans quatre classes basées sur les quartiles de la distribution des scores dans les 226 codes postaux ; la classe 1 étant la plus « avantagée » et la classe 4 la plus « désavantagée ».

## Typologie des territoires (urbain/rural)

Comme le score de désavantage qui nous a servi de modèle a été créé pour l'Île-de-France et que tous les items n'ont pas la même valeur sociale en milieu urbain et en milieu rural, il nous est paru

nécessaire de construire une variable qui décrirait la ruralité de l'environnement, d'autant que 20 % des codes PMSI ont moins de 2000 habitants, seuil recommandé par l'Insee pour l'utilisation des données issues de l'exploitation complémentaire du recensement.

Pour caractériser l'environnement physique en « dominante rurale »/« dominante urbaine », nous avons créé une variable dichotomique « urbain 0/1 ». Pour cela, nous avons utilisé la classification développée par la délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale (DATAR) <sup>[43]</sup> pour son analyse de la ruralité en Bourgogne à l'échelle des cantons. Les regroupements des différents types de cantons en deux classes (dominante rurale : urbain = 0 et dominante urbaine : urbain = 1) s'appuient sur l'analyse de la dynamique des territoires faite dans son étude par la DATAR.

Le découpage en code PMSI n'étant pas superposable à celui des cantons, lorsqu'un code PMSI s'étend sur plusieurs cantons classés urbains = 0 et urbains = 1, nous avons attribué à la variable « urbain » du code PMSI la valeur « 0 » ou « 1 » qui correspondait à la plus grande partie de sa surface.

## MÉTHODES D'ANALYSE

Le temps d'accès aux maternités étant découpé en classes, nous avons repéré parmi les variables d'intérêts celles qui lui étaient statistiquement liées et calculé les odds-ratios bruts en utilisant comme classe de référence la classe 0 à 15 minutes.

Pour analyser l'effet propre du temps, nous avons utilisé pour chaque variable d'intérêt des régressions logistiques multiniveaux qui permettent de prendre en compte la structure hiérarchique des données et la répétition de la mesure des temps d'accès à chacune des trois périodes. Le modèle est construit avec, au niveau 1, les données individuelles d'ajustement disponibles dans le PMSI pour chaque dyade mère-enfant, au niveau 2, les périodes avec les temps d'accès calculés à chaque période pour chaque code PMSI et, au niveau 3, les données contextuelles, c'est-à-dire le type de territoire (dominante rurale/dominante urbaine) et l'indice de désavantage du code PMSI du lieu de domicile.

**TABLEAU I** > TEMPS D'ACCÈS À LA MATERNITÉ LA PLUS PROCHE SELON LA PÉRIODE ET L'ÉCHELLE D'ANALYSE

PÉRIODE	TEMPS EN MINUTES		
	Moyenne	Médiane	Maximum
<b>Échelle des communes N = 2046</b>			
2000-2002 <sup>a</sup>	24	24	65
2002-2008 <sup>b</sup>	25	24	65
2008-2009 <sup>c</sup>	29	27	86
<b>Échelle des codes PMSI N = 226</b>			
2000-2002 <sup>a</sup>	21	20	61
2002-2008 <sup>b</sup>	21	21	61
2008-2009 <sup>c</sup>	24	22	72

a: Avant la fermeture de la maternité d'Avallon.

b: Après la fermeture de la maternité d'Avallon et avant les fermetures des maternités de Clamecy et de Châtillon-sur-Seine.

c: Après les fermetures des maternités d'Avallon, de Clamecy et de Châtillon-sur-Seine.

Les analyses ont été faites à l'aide des procédures *FREQ* et *GLIMMIX* du logiciel SAS version 9.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

## RÉSULTATS

Sur les 139 196 accouchements étudiés, 91,9 % ont eu lieu dans la maternité la plus proche du domicile de la mère (95,3 % des 358 temps d'accès aux maternités bourguignonnes et indicateurs de santé périnatale accouchements à terme et 87,0 % des accouchements prématurés).

Le tableau I présente l'évolution des temps d'accès moyens, médians et maximaux pour atteindre la maternité la plus proche de 2000 à 2009, évalués en fonction des deux échelles de calcul (communes et codes PMSI). Si on compare la période 2000-2002 à la période

2008-2009, quelle que soit l'échelle, on observe une augmentation des temps moyens, médians et maximaux.

Après la fermeture des trois maternités rurales (période 2008-2009), le temps moyen calculé au niveau des 2046 communes est passé de 24 à 29 minutes, le temps médian de 24 à 27 minutes et le temps maximal de 65 à 86 minutes. Le regroupement des 2046 communes en 226 codes PMSI diminue les temps estimés ainsi que l'amplitude des résultats. À cette échelle des codes PMSI, on passe d'une moyenne des temps d'accès de 21 minutes en 2000-2002 à une moyenne de 24 minutes en 2008-2009. Pour le temps maximal l'effet est identique (2000-2002 : 61 minutes ; 2008-2009 : 72 minutes).

Dans notre population de 139 196 dyades mère/enfant (tableau II) toutes

périodes confondues, 88 184 femmes (63,4 %) habitaient à moins de 16 minutes d'une maternité lors de leur accouchement, 39 877 (28,7 %) de 16 à 30 minutes, 10 068 (7,7 %) de 31 à 45 minutes et 467 (0,3 %) à 46 minutes ou plus. L'augmentation des distances à parcourir par les femmes pour atteindre la maternité la plus proche est très nette sur les trois périodes. En 2000-2002, avant la fermeture d'Avallon, seulement 6,7 % des femmes mettaient plus de 30 minutes pour s'y rendre contre 9,2 % en 2008-2009 après la fermeture des trois maternités rurales. La tendance à l'allongement des temps de trajet sur les trois périodes est significative (*d de Somers* :  $p < 10^{-3}$ ).

Les analyses ont été effectuées sur l'ensemble des 139 196 dyades mère/enfant, sauf pour les accouchements hors maternité pour lesquels nous avons exclu les mères hospitalisées depuis plus de 24 heures avant l'accouchement. Pour cette variable le nombre de dyades étudiées était de 130 177.

Le tableau III (page suivante) présente les liens qui existent entre les temps à la maternité la plus proche et les variables d'issue de grossesse ou l'hospitalisation des mères pour les trois périodes confondues. Pour toutes les variables d'intérêt, le taux d'incidence enregistré dans la classe 46 minutes et plus est supérieur à celui observé pour les femmes qui habitent à moins de 16 minutes d'une maternité. Les tests de tendance de Cochran-armitage sont significatifs ( $p < 0,05$ ) pour les anomalies du RCF, les hospitalisations des mères de plus de 24 heures avant l'accouchement, et les accouchements hors maternité.

**TABLEAU II** > RÉPARTITION DES NAISSANCES SELON LA PÉRIODE ET LES TEMPS D'ACCÈS

TEMPS	TOTAL DES 3 PÉRIODES		PÉRIODES D'ÉTUDE						<i>d de somers</i> $p =$
			2000 - 2002 <sup>a</sup>		2002 - 2008 <sup>b</sup>		2008-2009 <sup>c</sup>		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
≤ 15 min	88 184	63,4	21 819	64,9	53 170	63,0	13 195	62,1	< 10 <sup>-3</sup>
16 - 30 min	39 877	28,6	9 533	28,4	24 248	28,7	6 096	28,7	
31 - 45 min	10 668	7,7	2 227	6,6	6 707	8,0	1 734	8,2	
≥ 46 min	467	0,3	29	0,1	227	0,3	211	1,0	
Total Dyades	139 196	100,0	33 608	100,0	84 352	100,0	21 236	100,0	

a: avant la fermeture de la maternité d'Avallon

b: après la fermeture de la maternité d'Avallon et avant les fermetures des maternités de Clamecy et de Châtillon-sur-Seine

c: après les fermetures des maternités d'Avallon, de Clamecy et de Châtillon-sur-Seine

**TABLEAU III** > EFFET DES TEMPS D'ACCÈS À LA MATERNITÉ LA PLUS PROCHE SUR LES RÉSULTATS DE SANTÉ PÉRINATALE (ANNÉES 2000-2009): TAUX BRUTS, ODDS-RATIOS BRUTS ET ODDS-RATIOS AJUSTÉS

NOMBRE TOTAL DE DYADES MÈRE/ENFANT: 139 196									
MINUTES À LA MATERNITÉ LA PLUS PROCHE	TAUX BRUTS			ODDS-RATIOS BRUTS			ODDS-RATIOS AJUSTÉS		
	NOMBRE	%	TENDANCE PR < Z	OR	IC 95 %		OR	IC 95 %	
					MIN	MAX		MIN	MAX
<b>MORTINATALITÉ ET MORTALITÉ PÉRINATALE</b>									
MORT-NÉS (TOTAL: 0,47 %)									
≤ 15	407	0,46		-	-	-	-	-	-
16 - 30	186	0,47	0,1	1,01	0,85	1,20	1,21	0,99	1,47
31 - 45	59	0,55		1,20	0,91	1,58	1,28	0,95	1,72
≥ 46	4	0,86		1,86	0,69	5,01	2,03	0,71	5,77
DÉCÈS PÉRINATALS (TOTAL: 0,63 %)									
≤ 15	565	0,64		-	-	-	-	-	-
16 - 30	241	0,60	0,49	0,94	0,81	1,10	1,03	0,87	1,22
31 - 45	70	0,66		1,02	0,80	1,31	1,08	0,83	1,41
≥ 46	5	1,07		1,68	0,69	4,07	1,69	0,65	4,42
<b>SIGNES DE SOUFFRANCE FŒTALE AIGUË</b>									
ANOMALIES DU RYTHME CARDIAQUE FŒTAL (RCF) (TOTAL: 16,86 %)									
≤ 15	15 528	17,61		-	-	-	-	-	-
16 - 30	6 197	15,54	< 10 <sup>-3</sup>	0,86	0,83	0,89	0,97	0,83	1,12
31 - 45	1 645	15,42		0,85	0,81	0,90	1,33	1,11	1,59
≥ 46	92	19,70		1,15	0,91	1,44	2,23	1,53	3,25
LIQUIDE AMNIOTIQUE MÉCONIAL (LAM) (TOTAL: 7,65 %)									
≤ 15	6 843	7,76		-	-	-	-	-	-
16 - 30	2 938	7,37	0,2	0,95	0,90	0,99	1,24	1,00	1,54
31 - 45	822	7,71		0,99	0,92	1,07	2,02	1,55	2,63
≥ 46	52	11,13		1,49	1,12	1,99	5,36	3,18	9,02
<b>HOSPITALISATION DES MÈRES</b>									
HOSPITALISATIONS PLUS DE 24 HEURES AVANT L'ACCOUCHEMENT: (TOTAL 6,48 %)									
≤ 15	5 510	6,25		-	-	-	-	-	-
16 - 30	2 601	6,52	< 10 <sup>-3</sup>	1,05	1,00	1,10	1,10	0,99	1,22
31 - 45	854	8,01		1,31	1,21	1,41	1,18	1,03	1,35
≥ 46	54	11,56		1,96	1,48	2,61	1,58	1,10	2,29
<b>ACCOUCHEMENTS HORS MATERNITÉ</b>									
FEMMES NON HOSPITALISÉES (N = 130 177: TOTAL ACCOUCHEMENTS HORS MATERNITÉ 0,25 %)									
≤ 15	169	0,20		-	-	-	-	-	-
16 - 30	120	0,32	< 10 <sup>-3</sup>	1,55	1,23	1,96	1,66	1,23	2,24
31 - 45	36	0,37		1,74	1,22	2,50	1,48	0,97	2,26
≥ 46	1	0,24		1,10	0,15	7,90	0,93	0,12	6,92

Concernant ces taux bruts, on observe une courbe en U pour les taux d'anomalies du RCF objectivée par des odds-ratios non ajustés inférieurs à 1 pour les classes de temps 16-30 minutes (OR = 0,86 IC95 % : 0,83-0,89) et 31 à 45 minutes (OR = 0,85 ; IC95 % : 0,81-0,90). Il en est de même pour les taux de LAM où l'on observe un odds-ratio non ajusté inférieur à 1 pour la classe 16-30 minutes (OR = 0,95 ; IC95 % : 0,90-0,99) et supérieur à 1 pour la classe de temps supérieur ou égal à 46 minutes (OR = 1,49 ; IC95 % : 1,12-1,99).

Il existe un gradient positif des taux d'hospitalisations des mères plus de 24 heures avant l'accouchement avec des odds-ratios non ajustés supérieurs à 1 dès la classe 16-30 minutes (OR = 1,05 ; IC95 % : 1,00-1,10). Il est de 1,31 (IC95 % : 1,21-1,41) pour la classe 31-45 minutes et de 1,96 (IC95 % : 1,48-2,61) pour les temps de trajet temps supérieurs 45 minutes. Les odds-ratios non ajustés des taux d'accouchements hors maternité sont quant à eux supérieurs à 1 pour les classes 16-30 minutes (OR = 1,55 ; IC95 % : 1,23-1,96) et 31-45 minutes (OR = 1,74 ; IC95 % : 1,22-2,50).

Pour les taux de mortinatalité et de mortalité périnatale, aucun des odds-ratios non ajustés n'est significatif bien que le taux brut de mortinatalité passe de 0,46 % chez les femmes à moins de 16 minutes d'une maternité à 0,86 % chez celles à plus de 45 minutes et que ces taux soient régulièrement croissants au fur et à mesure que le temps s'allonge. On enregistre des résultats similaires pour les taux de mortalité périnatale qui passent de 0,64 % pour la classe 16-30 minutes à 1,07 % pour des temps supérieurs à 45 minutes. Cette absence de signification des odds-ratios est à mettre en relation avec la faiblesse des effectifs dans la classe 46 minutes et plus (N = 467 pour l'ensemble de la base et 413 pour les femmes non hospitalisées).

Le tableau III présente également ces mêmes liens après ajustement sur les données individuelles et contextuelles. Le codage des variables d'ajustement en 0/1 fait que la classe de référence pour les odds-ratios ajustés est composée des femmes âgées de 20 à 39 ans, sans antécédent obstétrical ou d'accouchement prématuré, qui ont accouché à terme (37 SA et plus) d'un bébé de sexe féminin et

qui habitaient dans un code PMSI socio-économiquement « avantagé », situé à moins de 16 minutes d'une maternité, dans une zone à « dominante rurale ».

Après ajustement, on observe pour les taux d'anomalies du RCF, de LAM et d'hospitalisations des mères plus de 24 heures avant l'accouchement, un gradient positif des coefficients et des odds-ratios supérieurs à 1 dès la classe 31-45 minutes (Tableau III). Les odds-ratios ajustés les plus élevés sont observés pour les signes de souffrance fœtale aiguë, que ce soit pour les taux de LAM (OR = 5,36 ; IC95 % : 3,18-9,09 à 46 minutes et plus) ou les anomalies RCF (OR = 2,23 ; IC95 % : 1,53-3,25 à 46 minutes et plus). Ces odds-ratios sont pour la classe de temps 31-45 minutes de 2,02 (IC95 % : 1,55-2,63) pour le taux LAM et 1,33 (IC95 % : 1,11-1,59) pour celui d'anomalies du RCF. S'agissant des hospitalisations des femmes plus de 24 heures avant l'accouchement l'odds-ratio est de 1,58 (IC95 % : 1,10-2,29) lorsque les femmes habitent à 46 minutes ou plus d'une maternité et de 1,18 (IC95 % : 1,03-1,35) pour la classe 31-46 minutes.

Pour les taux de mortinatalité et de mortalité périnatale il existe également un gradient positif des coefficients et des odds-ratios, mais aucun n'est statistiquement supérieur à 1. Cette absence de signification est associée à un intervalle de confiance très large pour les temps de trajet supérieurs à 45 minutes, que ce soit pour la mortinatalité (OR = 2,03 ; IC95 % : 0,71-5,77) où la mortalité périnatale (OR = 1,69 ; IC95 % : 0,65-4,42). Toutefois, pour la mortinatalité, l'odds ratio de la classe 16-30 minutes qui a l'effectif le plus important après la classe de référence (39 877 dyades et 186 mort-nés), est en limite de signification (OR = 1,21 ; IC95 % : 0,99-1,47  $p < 0,06$ ).

Pour les accouchements hors maternité, nous n'avons pris en compte que les 130 177 dyades pour lesquelles les mères n'avaient pas été hospitalisées plus de 24 heures avant l'accouchement. Seul l'odds-ratio de la classe 16-30 minutes, la plus importante en nombre de dyades, est significativement supérieure à 1 (OR = 1,66 ; IC95 % : 1,23-2,24), celui de la classe 31-45 minutes (OR = 1,48 ; IC95 % : 0,97-2,26), est en limite de signification ( $p = 0,07$ ).

## DISCUSSION

Notre étude montre qu'en Bourgogne, pour les grossesses uniques, il existe une liaison positive et significative entre les facteurs de risque de mortalité et de morbidité périnatale que sont les taux de LAM, les anomalies du RCF et le temps d'accès à la maternité la plus proche. Ces associations persistent après ajustement sur les facteurs de risque individuels des mères et certaines caractéristiques de l'environnement. Cette liaison positive et significative existe également pour les accouchements inopinés hors hôpital pour les temps compris entre 15 et 46 minutes. Il est à noter qu'il n'y a eu qu'un seul accouchement hors hôpital chez les 412 femmes non hospitalisées qui habitaient à 46 minutes ou plus d'une maternité. La faiblesse de l'effectif rend difficile l'interprétation des résultats pour cette classe de temps.

Nous avons observé également qu'il existait un gradient positif, mais non significatif pour la mortinatalité et la mortalité périnatale. Toutefois, comme la mortalité en période périnatale est un phénomène rare, l'importance des intervalles de confiance des odds-ratios pour la classe 46 minutes et plus (467 dyades) et le fait que, pour la mortinatalité, l'odds ratio de la classe 16-30 minutes (39 877 dyades) soit en limite de signification, suggèrent que cette absence de signification est due à la faiblesse des effectifs, en particulier pour les temps supérieurs à 45 minutes. Ces résultats sont similaires à ceux que nous avons trouvés dans une précédente étude où nous avons exclu de l'analyse les années 2002 et 2008, années de fermeture des trois maternités rurales<sup>[44]</sup>.

Bien que plus de 90 % des femmes de notre échantillon aient accouché dans la maternité la plus proche de leur domicile, nous avons repris nos analyses sur la population des femmes qui avaient effectivement accouché dans la maternité la plus proche. Les résultats sont similaires à ceux trouvés sur l'ensemble des femmes.

Ces liaisons statistiques significatives mises en évidence dans notre étude suggèrent que pour les urgences obstétricales, comme pour les autres urgences à début inopiné<sup>[14, 16, 17]</sup>, le temps de latence à la prise en charge médicale est un facteur important du pronostic.

Nos résultats sont cohérents avec ceux trouvés, tant en France <sup>[25]</sup> que dans de nombreuses études internationales. Ainsi, concernant la mortalité, ils sont comparables à ceux publiés par Ravelli <sup>[22]</sup> qui montrent qu'aux Pays-Bas un temps de transport supérieur à 20 minutes augmente le risque de mortinatalité et d'accidents de la naissance. Ils concordent également avec ceux de divers travaux qui comparent les taux de mortalité et de morbidité périnatales en secteur rural et en secteur urbain <sup>[23, 24, 45]</sup>. Toutefois nos conclusions divergent de celles des études de Parker <sup>[19]</sup> et de Dummer <sup>[20]</sup> menées dans la province de Cumbria (UK) pour la période 1950 à 1993. Celles-ci n'ont pas mis en évidence d'association entre les taux de mortalité périnatale et les temps d'accès à la maternité. Il est toutefois à signaler que ces résultats ne sont pas ajustés sur le terme et que, dans d'autres études faites en Cumbria sur la même période, les auteurs ont mis en évidence un risque de mortalité plus élevé en zone urbaine qu'en zone rurale <sup>[46]</sup>, ainsi qu'une hétérogénéité spatiale des facteurs de risque environnementaux : les taux de mortinatalité et d'anomalies congénitales létales étaient plus élevés près des incinérateurs ou des crématoriums <sup>[47]</sup> et des décharges <sup>[48]</sup> de la région. Cette configuration spatiale de la répartition des risques peut expliquer l'absence de liaison statistique entre le temps d'accès à la maternité et la mortalité périnatale observée en Cumbria. Par ailleurs, étant donné l'importance de la durée de l'étude (1950-1993), des changements importants de pratique ont pu avoir lieu pendant la période, ce qui n'a pas été le cas en Bourgogne de 2000 à 2009.

D'autre part, on peut penser que les professionnels ont, par expérience, développé des stratégies qui visent à minimiser les risques liés au caractère aléatoire du déclenchement spontané de l'accouchement. Ceci expliquerait l'augmentation des hospitalisations des mères plus de 24 heures avant l'accouchement, la maternité n'étant alors que la transposition française des « *maternity waiting homes* » des pays nordiques <sup>[18]</sup> qui sont des lieux d'hébergement géographiquement proches des maternités, où les femmes qui habitent des territoires éloignés et isolés, peuvent séjourner pendant les dernières semaines qui

précèdent le terme de leur grossesse. Cette augmentation significative du taux d'hospitalisation des mères plus de 24 heures avant l'accouchement, combinée à la faiblesse des effectifs dans certaines classes de temps, peut expliquer le fait que nous n'ayons pas mis en évidence d'augmentation du risque d'accouchement inopiné hors d'un hôpital pour les femmes qui habitent à 46 minutes ou plus d'une maternité.

Bien que les résultats observés dans notre étude soient cohérents avec la majorité de ceux retrouvés lors de nos recherches bibliographiques, un certain nombre de limites doivent être discutées. Si la base de données du PMSI élargi utilisée permet une description longitudinale et exhaustive des hospitalisations dans l'ensemble de la Bourgogne, ces données ne peuvent pas être exploitées pour réaliser des analyses géographiques à des échelles fines qui tiendraient compte de spécificités territoriales locales, puisque le code PMSI est la seule information disponible pour le domicile des femmes. Ceci implique que toutes les femmes qui habitent un même code PMSI se voient attribuer un même temps d'accès à la maternité la plus proche, ce qui génère une incertitude quant au temps d'accès réel qui sépare le domicile de la femme de la maternité la plus proche. Toutefois, en utilisant une variable de classes avec un pas de 15 minutes, on minimise les risques d'erreur de classements, en particulier pour les temps les plus longs (46 minutes et plus).

D'autre part, la sous-estimation des temps d'accès due à la modélisation de véhicules rapides types SAMU, risque d'être amplifiée du fait de la méthode de calcul employée.

a. Les temps de trajet à la maternité la plus proche utilisés sont, pour chaque code PMSI, la moyenne des estimations effectuées pour les communes qui le composent (de centroïde à centroïde). Cette agrégation des données minimise les temps, en particulier le maximum (*Tableau I*). Il est toutefois à noter que 28 des 226 codes PMSI sont composés d'une seule commune où de communes créditées du même temps, que pour 55 l'écart maximal entre les communes est de 8 minutes, pour 89 il est compris entre 9 et 16 minutes.

Pour les 54 autres, l'écart maximum est de 30 minutes. Les coefficients de variation les plus élevés sont observés dans les codes postaux composés de deux ou trois communes dont l'une est une ville d'implantation d'une maternité avec un temps estimé à 0.

- b. Les temps d'accès ont été fixés à 0 lorsque la commune est équipée d'une maternité. Ces problèmes inhérents à la méthode de calcul ont été signalés dans de nombreuses études tant françaises <sup>[25]</sup> qu'étrangères <sup>[22]</sup>.
- c. Enfin, nous n'avons pas pris en compte les aléas climatiques et les difficultés de circulation.

Toutefois, même si les valeurs absolues des temps d'accès sont sous-estimées, les gradients observés existent. De ce fait, les zones géographiques qui présentent le plus de risques peuvent être identifiées par la cartographie (*Carte 1*) de la répartition spatiale des temps d'accès dans les codes PMSI.

Par ailleurs, compte tenu de la taille de notre échantillon et du faible nombre de femmes domiciliées à plus de 45 minutes (467 naissances (*Tableau II*)) nous n'avons pas étudié le devenir des enfants nés vivants à l'extérieur de l'hôpital ou de ceux qui avaient présenté des signes de souffrance foetale aiguë. Or on sait que, même dans les populations à bas risque, un LAM ou des anomalies du RCF sont non seulement des facteurs de risque de mortinatalité <sup>[49, 50]</sup> mais aussi de mortalité ou de pathologies néonatales <sup>[51-53]</sup> et de handicaps neurologiques <sup>[54, 55]</sup>. Enfin, diverses études ont montré, chez les enfants nés inopinément hors hôpital, une augmentation du risque de mortalité périnatale et de morbidité néonatale <sup>[28, 56]</sup> y compris chez les enfants à terme <sup>[57]</sup>.

Nos résultats devront toutefois être confirmés et précisés, tant en Bourgogne que dans d'autres régions, par des études menées sur une période plus longue, afin d'augmenter les effectifs, pour pouvoir étudier les conséquences en période néonatale et à plus long terme de l'allongement des temps de trajet à la maternité la plus proche.

Ceci est d'autant plus important qu'un des objectifs de la fermeture des petites maternités, y compris en zone rurale, est une amélioration de la sécurité des mères et de leurs bébés. Ces fermetures sont la conséquence directe

des recommandations du rapport du Haut Comité de santé Publique <sup>161</sup> qui avait considéré que la sécurité n'était que médiocrement assurée dans les maternités qui effectuaient moins de 300 accouchements par an. Les experts avaient alors extrapolé les besoins des grossesses à haut risque à toutes les naissances et retenu l'idée largement répandue selon laquelle plus on soigne de malades et meilleurs sont les résultats. Mais les données de la littérature concernant la relation volume/résultats sont contradictoires. Des recherches menées dans de nombreux pays comme la Finlande <sup>1261</sup>, l'Australie <sup>1581</sup> ou la Nouvelle-Zélande <sup>1591</sup> concluent à l'absence d'augmentation du risque dans les petites maternités. En Allemagne <sup>171</sup> on a observé une augmentation du risque de mortalité per-partum et néonatale pour les maternités effectuant moins de 500 accouchements. Une étude norvégienne <sup>181</sup> montre que la relation volume/taux de mortalité néonatale décrit une courbe en U avec des odds ratios équivalents pour les maternités qui effectuent de 101 à 500 accouchements et celles qui en effectuent plus de 3000.

Une étude réalisée en Suède <sup>1601</sup> ne trouve pas de relation entre le volume et le taux de mortalité néonatale pour les grossesses à haut risque, alors qu'il existe une corrélation négative pour les grossesses à bas risques. Les résultats des études effectuées en bases populationnelle sont tout aussi hétérogènes <sup>161-631</sup>. Toutefois, ces analyses basées sur les territoires de résidence peuvent poser des problèmes méthodologiques <sup>1641</sup> et les variations des taux de mortalités observés dans les différents « *catchment areas* » <sup>1631</sup> peuvent difficilement être rapportées aux maternités référentes de la zone, en particulier en raison des flux interrégionaux, du choix de leur établissement d'accouchement par les femmes <sup>1321</sup> et du transfert des grossesses à haut risque <sup>1631</sup> vers les maternités de niveau III.

Par ailleurs, les résultats obtenus dans les pays où les distances sont courtes et les temps d'accès faibles ne sont pas forcément extrapolables à des régions où les distances et les temps sont plus longs comme en Bourgogne <sup>1651</sup>.

Un audit périnatal mené en France dans le district de Seine-Saint-Denis de 1989 à 1992 avant la régionalisation des soins, n'a pas montré de différence

entre les maternités, quels que soient leur taille et leur niveau de soins, pour la mortalité per-partum et néonatale après ajustement sur le terme et les pathologies obstétricales <sup>1661</sup>. Pour les prématurés de moins de 33 SA, seul le niveau de soins influençait les taux de mortalité. Enfin, en Bourgogne, il n'a jamais été signalé de dangerosité particulière des petites maternités lors de l'évaluation annuelle faite par le RPB <sup>1341</sup>.

En l'état actuel des connaissances, on ne peut affirmer l'existence en obstétrique d'une corrélation négative entre volume et résultats.

Mais l'obstétrique n'est pas la seule spécialité pour laquelle cette liaison pourrait être remise en cause <sup>111, 671</sup>. Les auteurs d'une revue de la littérature faite à l'Université d'York <sup>1121</sup> ont conclu que de nombreuses études explorant la relation qui existe à l'hôpital entre volume d'activité et résultats de santé sont de qualité médiocre. Quant aux autres, qualitativement bonnes, elles n'ont pas permis de mettre en évidence de relation généralisable entre volume d'activité et qualité des résultats. Enfin, pour la chirurgie, certains émettent l'hypothèse que les différents modèles de systèmes de santé et de financement agissent sur la relation volume/résultats observée <sup>1681</sup>.

De nouvelles études sur les effets bénéfiques de la concentration des moyens dans un nombre limité d'établissements d'accouchement s'avèrent nécessaires. Elles devront prendre en compte les effets délétères de l'allongement des temps d'accès si ceux-ci sont confirmés, d'autant que, dans l'enquête de Seine-Saint-Denis, pour 1/3 des femmes hospitalisées en USI et 40 % des décès, l'accident inaugural avait eu lieu hors de l'hôpital <sup>1691</sup> et que, de 1995 à 2001, 15 femmes enceintes sont décédées en France d'un malaise survenu à domicile ou sur la voie publique <sup>1701</sup>, sans compter les événements récents dont les médias se sont faits l'écho.

Un autre des objectifs des restructurations hospitalières est la diminution des coûts <sup>111, 12, 261</sup> attendue des économies d'échelle. Si les enquêtes complémentaires confirment nos résultats, l'augmentation des complications obstétricales et néonatales liées aux temps de trajet, par la lourdeur des prises en charge qu'elles entraînent, vont modifier le

coût des soins prodigués. Le surcoût généré, augmenté de celui entraîné par la modification des pratiques obstétricales qui visent à minimiser le risque, va venir minorer les bénéfices espérés à court terme. Ce surcoût devrait être pris en compte lors des évaluations de l'efficacité économique des restructurations faites ou à faire, d'autant qu'en supposant que les établissements fonctionnent déjà dans des conditions optimales de rentabilité, on ne peut espérer d'économies d'échelle que jusqu'à une capacité d'environ 200 lits, au-delà de 650 lits des économies d'échelle deviendraient importantes <sup>111, 12, 711</sup>.

## CONCLUSION

Nos résultats montrent qu'en Bourgogne l'augmentation de la distance à la maternité la plus proche retentit sur les résultats de santé périnatale. Ce type d'étude devrait être étendu à d'autres régions géographiques du même type, car si ces résultats étaient généralisables, ils seraient à prendre en compte lors de toute évaluation des bénéfices attendus des restructurations hospitalières faites dans les régions. •

## BIBLIOGRAPHIE

- Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. *Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine*. IRDES Questions d'économie de la santé 2011 ; 164 : 1-8
- Salem G, Rican S, Jouglas E. *Atlas de la santé en France. Vol 1 : les causes de décès* Paris : John Libbey Eurotext. 1999
- Trugeon A, Thomas N, Michelot F, et al. *Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton*. Paris : Elsevier/Masson. 2010
- Vigneron E. *Les inégalités de santé dans les territoires français. État des lieux et voies de progrès*. Paris : Elsevier/Masson. 2011
- Papiernik E, Combier E. *Morbidité et mortalité des prématurés de moins de 33 semaines*. Bull Acad Natl Med 1996 ; 180 (5) : 1017-27 ; discussion 27-31.
- Haut Comité de Santé Publique. *La sécurité de la grossesse et de la naissance. Pour un nouveau plan de périnatalité*. Rennes : EnsP. 1994.
- Heller G, Richardson DK, Schnell R, et al. Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990-1999. *Int J Epidemiol* 2002 ; 31 (5) : 1061-8.
- Moster D, Lie RT, Markestad T. Relation between size of delivery unit and neonatal death in low risk deliveries : population based study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1999 ; 80 (3) : F221-5.
- Com-Ruelle L, Or Z, Renault T. *Volume d'activité et qualité des soins dans les établissements hospitaliers*. Paris IRDES ; 2008.
- Pouvourville (de) G, Tiby-Levy Y, Spira R, et al. *Les économies d'échelle dans le secteur public hospitalier Français. Dans : Économie de la santé : trajectoire du futur*. Paris : Insee méthodes. 1997 :244-59.

11. McKee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. *Bull World Health Organ* 2000; 78 (6): 803-10.
12. Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access. *National Health Service Center for Reviews and Dissémination*. York University 1996.
13. Barnes-Josiah D, Mynnti C, Augustin A. the "three delays" as a framework for examining maternal mortality in Haiti. *Soc Sci Med* 1998; 46 (8): 981-93.
14. Blanchard IE, Doig CJ, HagelbE, et al. Emergency medical services response time and mortality in an urban setting. *Prehosp Emerg Care* 2012; 16(1): 142-51.
15. Fatovich DM, Phillips M, Langford SA, et al. A comparison of metropolitan vs rural major trauma in Western Australia. *Resuscitation* 2011; 82 (7): 886-90.
16. Shen YC, Hsia RY. Does decreased access to emergency departments affect patient outcomes? Analysis of acute myocardial infarction population 1996-2005. *Health Serv Res* 2012; 47 (1 Pt 1): 188-210.
17. Meretoja A, Strbian D, Mustanoja S, et al. Reducing in-hospital delay to 20 minutes in stroke thrombolysis. *Neurology* 2012; 79 (4) 306-13.
18. WHO. Maternity waiting homes: a review of experiences Geneva: World Health organisation; 1996.
19. Parker L, Dickinson HO, Morton-Jones T. Proximity to maternity services and stillbirth risk. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2000; 82 (2): F167-8.
20. Dummer TJ, Parker L. Hospital accessibility and infant death risk. *Arch Dis Child* 2004; 89(3): 232-4.
21. Viisainen K, Gissler M, Hartikainen AL, et al. Accidental out-of-hospital births in Finland: incidence and geographical distribution 1963-1995. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78 (5): 372-8.
22. Ravelli AC, Jager KJ, De Groot MH, et al. Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands. *Bjog* 2011; 118 (4): 457-65.
23. Grzybowski S, Stoll K, Kornelsen J. Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 147.
24. Lisonkova S, Sheps SB, Janssen PA, et al. Birth outcomes among older mothers in rural versus urban areas: a residence-based approach. *J Rural Health* 2011; 27 (2): 211-9.
25. Blondel B, Drewniak N, Pilkington H, et al. Out-of-hospital births and the supply of maternity units in France. *Health Place* 2011; 17 (5): 1170-3.
26. Hemminki E, Heino A, Gissler M. Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences from regionalised health care in Finland. *Bjog* 2011; 118(10): 1186-95.
27. Dietsch E, Shackleton P, Davies C, et al. 'Mind you, there's no anaesthetist on the road': women's experiences of labouring en route. *Rural Remote Health* 2010; 10 (2): 1371.
28. Jones P, Alberti C, Jule L, et al. Mortality in out-of-hospital premature births. *Acta Paediatr* 2011; 100(2): 181-7.
29. Pilkington H, Blondel B, Carayol M, et al. Impact of maternity unit closures on access to obstetrical care: the French experience between 1998 and 2003. *Soc Sci Med* 2008; 67 (10): 1521-9.
30. Baillot A, Evain F. Les maternités: temps d'accès stable malgré les fermetures. *Drees Études et résultats* 2012; 814 (octobre): 1-8.
31. Charreire H, Combier E, Michaut F, et al. Une géographie de l'offre de soins en restructuration: les territoires des maternités en Bourgogne. *Cahiers de Géographie du Québec* 2011; 55 (156): 491-509.
32. Combier E, Seitin J, De Courcel N, et al. Choosing where to deliver: decision criteria among women with low-risk pregnancies in France. *Soc Sci Med* 2004; 58 (11): 2279-89.
33. Coldefy M, Come-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V, et al. *Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1<sup>er</sup> janvier 2007*. Paris: IRDES. 2011
34. Sagot P, Gouyon-Cornet B, Gouyon JB. [the P.M.S.I. Enlargement: Evaluation system of Perinatal Care networks in Bourgogne, France]. *Gynecol Obstet Fertil* 2003; 31 (2): 162-6.
35. Quantin C, Gouyon B, Avillach P, et al. Using discharge abstracts to evaluate a regional perinatal network: assessment of the linkage procedure of anonymous data. *Int J Telemed Appl* 2009; 181-842.
36. Quantin C, Bouzelat H, Allaert FA, et al. How to ensure data security of an epidemiological follow-up: quality assessment of an anonymous record linkage procedure. *International Journal of Medical Informatics* 1998; 49: 117-22.
37. Combier E, Zeitlin J, Le Vaillant M, et al. Les disparités de l'offre de soins sont-elles légitimes? Le cas de la périnatalité. Rapport de fin d'étude. Convention ENSP/MIRE n° 17/99: CREGAS (INSERM U537 - CNRS UPRESA 8052); 2001.
38. Kawachi I, Berkman L. *Neighborhood and Health*. New-york: Oxford University Press. 2003.
39. O'Campo P, Burke JG, Culhane J, et al. Neighborhood deprivation and preterm birth among non-Hispanic black and White women in eight geographic areas in the united states. *Am J Epidemiol* 2008; 167 (2): 155-63.
40. Lارايا BA, Messer L, Kaufman JS, et al. Direct observation of neighborhood attributes in an urban area of the us south: characterizing the social context of pregnancy. *Int J Health Geogr* 2006; 5: 11.
41. Zeitlin J, Combier E, Levaillant M, et al. Neighbourhood socio-economic characteristics and the risk of preterm birth for migrant and non-migrant women: a study in a French district. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2011; 25 (4): 347-56.
42. Jarman B, Townsend P, Carstairs V. Deprivation indices. *Bmj* 1991; 303 (6801): 523.
43. DATAR. *Quelle France rurale pour 2020 - Contribution à une nouvelle politique de développement durable: délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale - Paris*; 2003.
44. Combier E, Charreire H, Le Vaillant M, et al. Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: Closing maternity units in burgundy. *Health Place* 2013 DOI information: 10.1016/j.health-place.2013.09.006.
45. Tromp M, Eskes M, Reitsma JB, et al. Regional perinatal mortality differences in the Netherlands; care is the question. *BMC Public Health* 2009; 9: 102.
46. Dickinson HO, Hutton JL, Greaves LH, et al. Deprivation and stillbirth risk in rural and urban areas. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2002; 16 (3): 249-54.
47. Dummer TJ, Dickinson HO, Parker L. Adverse pregnancy outcomes around incinerators and crematoriums in Cumbria, north west England, 1956-93. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57 (6): 456-61.
48. Dummer TJ, Dickinson HO, Parker L. Adverse pregnancy outcomes near landfill sites in Cumbria, northwest England, 1950-1993. *Arch Environ Health* 2003; 58 (11): 692-8.
49. Brailovschi Y, Sheiner E, Wiznitzer A, et al. Risk factors for intrapartum fetal death and trends over the years. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285 (2): 323-9.
50. Ohana O, Holcberg C, Sergienko R, et al. Risk factors for intrauterine fetal death (1988-2009). *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011; 24 (9): 1079-83.
51. Xu H, Mas-Calvet M, Wei SQ, et al. Abnormal fetal heart rate tracing patterns in patients with thick meconium staining of the amniotic fluid: association with perinatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200 (3): 283 e1-7.
52. Fischer C, Rybakowski C, Ferdynus C, et al. A Population-based study of meconium aspiration syndrome in neonates born between 37 and 43 Weeks of Gestation. *Int J Pediatr* 2012; 2012:321545.
53. Sheiner E, Hadar A, Shoham-Vardi I, et al. The effect of meconium on perinatal outcome: a prospective analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002; 11 (1): 54-9.
54. Boog G. [Cerebral palsy and perinatal asphyxia (i - diagnosis)]. *Gynecol Obstet Fertil* 2010; 38(4): 261-77.
55. Kamoshita E, Amano K, Kanai Y, et al. Effect of the interval between onset of sustained fetal bradycardia and cesarean delivery on long-term neonatal neurologic prognosis. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 111 (1): 23-7.
56. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hadar A, et al. Accidental out-of-hospital delivery as an independent risk factor for perinatal mortality. *J Reprod Med* 2002; 47(8): 625-30.
57. Hadar A, Rabinovich A, Sheiner E, et al. Obstetric characteristics and neonatal outcome of unplanned out-of-hospital term deliveries: a prospective, case-control study. *J Reprod Med* 2005; 50 (11): 832-6.
58. Tracy sK, Sullivan E, Dahlen H, et al. Does size matter? a population-based study of birth in lower volume maternity hospitals for low risk women. *Bjog* 2006; 113 (1): 86-96.
59. Rosenblatt RA, Reinken J, Shoemack P. Is obstetrics safe in small hospitals? Evidence from new zealand's regionalised perinatal system. *Lancet* 1985; 2 (8452): 429-32.
60. Merlo J, Gerdtham UG, Eckerlund I, et al. Hospital level of care and neonatal mortality in low and high-risk deliveries: reassessing the question in sweden by multilevel analysis. *Med Care* 2005; 43 (11): 1092-100.
61. Viisainen K, Gissler M, Hemminki E. Birth outcomes by level of obstetric care in Finland: a catchment area based analysis. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48 (4): 400-5.
62. Moster D, Lie RT, Markestad T. Neonatal mortality rates in communities with small maternity units compared with those having larger maternity units. *Bjog* 2001; 108 (9): 904-9.
63. Finnstrom O, Berg G, Norman A, et al. Size of delivery unit and neonatal outcome in sweden. a catchment area analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85 (1): 63-7.
64. Moster D, Markestad T, Lie RT. Assessing quality of obstetric care for low-risk deliveries; methodological problems in the use of population based mortality data. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79 (6): 478-84.
65. Pilkington H, Blondel B, Papiernik E, et al. Distribution of maternity units and spatial access to specialised care for women delivering before 32 weeks of gestation in Europe. *Health Place* 2010; 16 (3): 531-8.
66. Combier E, Le Vaillant M, Pouvourville (de) G. Accessibilité et égalité des chances face aux urgences vitales. L'exemple de la périnatalité. *Les Dossiers de l'Obstétrique* 2007; 363: 13-21.
67. Sowden a, aletras V, Place m, et al. Volume of clinical activity in hospitals and healthcare outcomes, costs, and patient access. *Qual Health Care* 1997; 6 (2): 109-14.
68. Urbach DR, Croxford R, MacCallum NL, et al. How are volume-outcome associations related to models of health care funding and delivery? a comparison of the united states and Canada. *World J Surg* 2005; 29 (10): 1230-3.
69. Combier E. [Perinatal care: advantages and disadvantages of network functioning. analysis and point-of-view of the economist]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1998; 27 (2 suppl): 205-19.
70. Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM). Rapport du Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle 1995-2001. DGS/INSERM U149. Juillet 2001. 25 p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000593/0000.pdf>
71. Lalande F, Scotton C, Bocquet PY, et al. Fusions et regroupements hospitaliers: quel bilan pour les 15 dernières années? : Inspection Générale des Affaires Sociales. Rapport RM2012-020P. mars 2012. 273 pages. <http://www.igas.gouv.fr/imG/pdf/rm2012-020P.pdf>

# Dimorphisme sexuel et évolution humaine: les violences faites aux femmes ont-elles eu des conséquences sur notre anatomie ?

PAR **PIERRE FRÉMONDIÈRE**<sup>1,2</sup>

## ABSTRACT

Le dimorphisme de taille, c'est-à-dire, la différence de taille entre les hommes et les femmes, est expliqué pour certains par des modifications dans les pratiques alimentaires survenues au cours de l'évolution. Un comportement de privation de certaines denrées, pratiqué par les hommes envers les femmes, serait à l'origine de la différence de taille de 6 à 18 cm entre les deux sexes. Dans cette revue, nous replaçons la question du dimorphisme sexuel dans le cadre plus large des primates, et abordons les travaux concernant le dimorphisme pelvien afin d'observer le lien entre dimorphisme de taille, dimorphisme pelvien, et conséquences obstétricales.

## LA QUESTION DE L'ALIMENTATION DANS LE DIMORPHISME SEXUEL

L'observation des pratiques alimentaires dans différentes cultures peut nous amener à nous interroger sur l'impact de ces pratiques sur la croissance et *in fine* sur la taille des individus. Dès 1932, Audrey Richards décrit les inégalités alimentaires entre les hommes et les femmes dans la population Bantu<sup>1</sup>. Dans ce travail, l'auteure suggère que les aspects biologiques de l'alimentation ne doivent pas être dissociés des perspectives sociologiques, la structure et les liens familiaux conditionnant largement le comportement alimentaire<sup>1</sup>. Au sein d'une population, il existe une inégalité de consommation notamment en viande et en protéines parmi les membres<sup>2</sup>. Dans sa monographie, Marlowe décrit les aspects alimentaires des populations Hadza : le régime alimentaire des hommes de plus de 18 ans comprend 39,6 % de viande, contre 1,2 % pour les femmes. En revanche, les femmes apportent 60 % des kilocalories qui seront consommées par le groupe<sup>3</sup>. Ces différentes

inégalités de genre de l'alimentation ont amené certains auteurs à suggérer qu'elles étaient à l'origine du dimorphisme sexuel. Pour certains, la différence dans l'alimentation serait à l'origine de l'écart de taille de 6 à 18 cm en moyenne entre les hommes et les femmes. Cette différence alimentaire serait due à l'inégal accès aux ressources pour les femmes sous l'influence des « systèmes de genre »<sup>4</sup>.

## LA QUESTION DU DIMORPHISME SEXUEL CHEZ LES PRIMATES

Au sein des primates, les mâles sont généralement plus grands que les femelles. Les caractéristiques du dimorphisme sexuel de taille semblent donc être communes à cet ordre. Ainsi, Wood et Chamberlain analysent la relation entre le dimorphisme sexuel de taille et le dimorphisme pelvien<sup>5</sup>. Le dimorphisme sexuel de taille est estimé à partir de la longueur fémorale et analysé par un indice de dimorphisme (longueur fémorale des femelles/longueur fémorale des mâles X 100). Cet indice est systématiquement inférieur à 100 % qu'il s'agisse de cercopithécidés (*Presbytis*, *Cercopithecus*, *Papio Colobus*) ou d'hominoïdes (*Homo*, *Pan*, *Gorilla*). Dans son travail, Gautier-Hion<sup>6</sup> analyse le dimorphisme des cercopithécinés du nord-est du Gabon. Le dimorphisme de taille est estimé par le rapport entre la longueur du dos (mesure de la base du crâne jusqu'à la base de la queue) des femelles et des mâles. Là encore, l'indice de dimorphisme est systématiquement inférieur à 100 %. Le tableau 1 présente cet indice pour les différents primates étudiés. Pour cette auteure, le dimorphisme sexuel est à mettre en relation avec des facteurs socio-écologiques. Les espèces dimorphiques sont plutôt des espèces terrestres devant faire face à des prédateurs où les mâles sont plus corpulents et crient fort. Les espèces moins dimorphiques ont un habitat préférentiellement arboricole et les mâles ne jouent pas de rôle important dans la régulation du groupe<sup>6</sup>. Ceci souligne la relation importante entre terrestriété, vie en harem et dimorphisme sexuel important<sup>7</sup>. Au sein des primates, le dimorphisme humain ne semble pas particulièrement important (90 %) comparé aux cercopithèques (84 %) et chez les grands singes, aux gorilles (83 %).

1. Aix Marseille Univ, EU3M, Marseille, France.

2. Aix Marseille Univ, CNRS, EFS, ADES, Marseille, France.

**TABLEAU 1 > LE DIMORPHISME DE TAILLE CHEZ LES PRIMATES**

PRIMATES	INDICE DE DIMORPHISME (%)	RÉFÉRENCES
Presbytis spp.	95	Wood et Chamberlain
Cercopithecus spp.	84	Wood et Chamberlain
Colobus spp.	96	Wood et Chamberlain
Homo spp.	92	Wood et Chamberlain
Pan spp.	94	Wood et Chamberlain
Papio spp.	88	Wood et Chamberlain
Gorilla spp.	83	Wood et Chamberlain
Miopithecus talapoin	90	Gautier-Hion
Cercopithecus cephus	87	Gautier-Hion
Cercopithecus nictitans	81	Gautier-Hion
Cercopithecus pogonias	83	Gautier-Hion
Cercopithecus neglectus	77	Gautier-Hion
Lophocebus albigena	90	Gautier-Hion
Cercocebus galeritus	79	Gautier-Hion

### LE DIMORPHISME ET L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES HOMMES MODERNES

La conformation du canal obstétrical joue un rôle dans les modalités d'accouchement. Lorsque le détroit supérieur est large transversalement<sup>8</sup>, le détroit moyen est large antéro-postérieurement<sup>9</sup> et transversalement<sup>8</sup>, le détroit inférieur est large transversalement, l'angle sous pubien est ouvert et le canal d'accouchement moins incurvé<sup>8</sup>, la conformation pelvienne favorise l'accouchement eutocique. Ces caractéristiques morphologiques sont également des traits dimorphiques (angle sous-pubien et largeur transversale du détroit supérieur). D'autres facteurs sont susceptibles de modifier ces traits dimorphiques. Betti et al.<sup>10</sup> étudient la relation entre la forme de l'os coxal et la distance géographique d'une part, puis entre la forme du bassin et le climat d'autre part, pour un échantillon de 1 494 individus. La distance géographique, liée à la proximité génétique, explique majoritairement la variabilité de la forme du bassin. En revanche, le climat

**Fischer et al. ont en effet remarqué que les femmes plus petites, avec un risque théorique accru de disproportion fœto-pelvienne, avaient un bassin préférentiellement plus rond afin de favoriser l'accouchement.**

n'explique qu'une faible portion de cette variabilité. Pour ces auteurs, la relation entre le climat et la forme du bassin est différente chez les hommes et chez les femmes : cette relation est significative chez les hommes contrairement aux femmes. Une explication donnée suppose que la pression de sélection est différente chez les femmes du fait de la contrainte obstétricale. En revanche, lorsque l'analyse se focalise sur le petit bassin (sans prendre en compte le sacrum), aucune différence n'est observée entre les hommes et les femmes<sup>11</sup>. Pour les auteurs, l'influence de la contrainte obstétricale sur la variabilité de l'os coxal est bien présente mais cette influence est modérée par rapport à celle de la proximité génétique.

### LE DIMORPHISME DE TAILLE ET LE DIMORPHISME PELVIEN

Certains auteurs suggèrent que le dimorphisme de taille, expliqué par l'influence des « systèmes de genre », contribue à réduire les dimensions pelviennes à l'origine des dystocies osseuses visibles chez l'Homme moderne<sup>4</sup>. La relation entre dimorphisme de taille et dimorphisme pelvien n'est en réalité pas évidente. Fischer et al.<sup>12</sup> ont en effet remarqué que les femmes plus petites, avec un risque théorique accru de disproportion fœto-pelvienne, avaient un bassin préférentiellement plus rond afin de favoriser l'accouchement. Pour Kurki<sup>13</sup>, le dimorphisme pelvien humain n'est pas corrélé au dimorphisme de taille (entre individus de sexe différent), ni à la taille des femmes (entre individus de même sexe). Pour cette auteure, une adaptation allométrique permet de « protéger » les femmes de petite taille du risque de dystocie en adaptant le bassin aux contraintes liées à l'accouchement<sup>13,14 mais lire 15</sup>.

### DIMORPHISME SEXUEL ET ÉVOLUTION HUMAINE

Il semble, au regard des précédents travaux, que le dimorphisme sexuel humain doit être replacé dans le contexte plus large des primates pour être expliqué. Nous appartenons à cet ordre et à ce titre suivons une loi générale où les mâles sont plus grands que les femelles. Des facteurs socio-écologiques peuvent intervenir pour majorer ce dimorphisme de taille. Mais le dimorphisme humain n'est pas plus important que celui d'autres primates et s'inscrit pleinement dans la variabilité biologique de cet ordre. Il semble peu probable que le dimorphisme de taille ait eu des conséquences obstétricales, car des mécanismes d'adaptation ont permis aux femmes de petite taille d'accoucher grâce à un canal obstétrical suffisamment large pour limiter le risque de dystocie. •

## BIBLIOGRAPHIE

1. Richards AI. *Hunger and Work in a Savage Tribe. A Functional Study of Nutrition among the Southern Bantu*. 1932 Londres : Routledge. 238p.
2. Katona-Apte J. *The relevance of nourishment to the reproductive cycle of the female in India*. 1979 in STINI William A. (ed.), *Physiological and Morphological Adaptation and Evolution*. La Hague, Mouton : 363-368, 525 p.
3. Marlowe F. *The Hadza : hunter-gatherers of Tanzania*. 2010 Californie : University of California Press. 235 p.
4. Touraille P. *Dimorphismes sexuels de taille corporelle : des adaptations meurtrières ? : les modèles de la biologie évolutive et les silences de l'écologie comportementale humaine*. 2005 Thèse de doctorat, École de Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 441 p.
5. Wood BA, Chamberlain AT. *The primate pelvis : allometry or sexual dimorphism*. *J Hum Evol* 1986 ; 15 : 257-263.
6. Gautier-Hion A. *Dimorphisme sexuel et organisation sociale chez les Cercopithécins forestiers africains*. *Mammalia* 1975 ; 19 : 365-374.
7. Crook JH. *Sexual selection, dimorphism and social organization in the Primates*. 1972 in B. CAMPBELL. (ed.), *Sexual selection and the descent of man*. Aldine Pub. Co., Chicago : 231-288, 388 p.
8. Frémondrière P, Thollon L, Adalian P, Delotte J, Marchal F. *Which Foetal-Pelvic Variables Are Useful for Predicting Caesarean Section and Instrumental Assistance ?* *Med Princ Pract* 2017 ; 26 : 359-367.
9. Harper LM, Odibo AO, Stamilio DM, Macones GA. *Radiographic measures of the mid pelvis to predict cesarean delivery*. *Am J Obstet Gynecol* 2013 ; 208 : 1 - 6.
10. Betti L, von Cramon-Taubadel N, Manica A, Lycett, S.J. *The interaction of neutral evolutionary processes with climatically-driven adaptive changes in the 3D shape of the human os coxae*. *J Hum Evol* 2014 ; 73 : 64-74.
11. Betti L, von Cramon-Taubadel N, Manica A, Lycett SJ. *Global Geometric Morphometric Analyses of the Human Pelvis Reveal Substantial Neutral Population History Effects, Even across Sexes*. *PLoS ONE* 2013 ; 8 : 1-10.
12. Fischer B, Mitteroecker P. *Covariation between human pelvis shape, stature, and head size alleviates the obstetric dilemma*. *Proc. Natl Acad. Sci. USA* 2015 ; 112 : 5655 - 5660.
13. Kurki HK. *Pelvic dimorphism in relation to body size and body size dimorphism in humans*. *J Hum Evol* 2011 ; 61 : 631-643.
14. Kurki HK. *Protection of Obstetric Dimensions in a Small-Bodied Human Sample*. *Am J Phys Anthro* 2007 ; 133 : 1152-1165.
15. Betti L, Manica A. *Human variation in the shape of the birth canal is significant and geographically structured*. *Proc. R. Soc. B* 2018 ; 285 : 1-9.

# Entraves à l'allaitement maternel chez des femmes ayant vécu un viol et/ou des abus sexuels pendant l'enfance et/ou l'adolescence

PAR CASSANDRA VIGNON\*, SAGE-FEMME, GRENOBLE

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le lait maternel est l'aliment naturel du nouveau-né humain. Donner son sein à son bébé est un geste intime. Dans le cadre de notre activité professionnelle, nous avons été confrontée à des patientes qui ont dévoilé avoir subi des abus sexuels dans l'enfance. Nous nous sommes interrogée sur l'incidence de ces abus sur la représentation de l'allaitement en anténatal, la décision d'allaiter, le déroulement de l'allaitement et le vécu de celui-ci.

### 1. L'ABUS SEXUEL ET LE VIOL SUR MINEUR : UNE DÉFINITION COMPLEXE ET INDÉNIABLEMENT, UNE EFFRACTION CORPORELLE ET PSYCHIQUE GRAVE

D'après l'OMS, dans le monde, une femme sur 5 et un homme sur 13 expriment avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance <sup>(1)</sup>.

Dans l'enquête *Violences et rapports de genre* (Virage) 1,95 % de femmes se sont déclarées victimes de viol et/ou tentatives et 7,6 % de femmes victimes d'autres agressions sexuelles avant leurs 18 ans <sup>(2)</sup>.

Les abus sexuels répétés, les viol, ou un abus, même, en apparence « minime » blessent durablement et ont un impact sur la santé. Les abus sexuels sur les mineurs constituent un problème de santé publique et peuvent entraver

« La trace du passé crée une niche sensorielle pour le bébé, le monde sensoriel du bébé est appauvri du malheur de sa mère ». BORIS CYRULNIK

le bon déroulement de processus physiologiques ultérieurs <sup>(3)</sup>.

Pour Boris Cyrulnik, les abus sexuels, et en particulier les actes incestueux, « portent atteinte à la filiation » et la blessure du passé continue bien trop souvent d'agir sur le présent. Il s'agit à son sens d'un « traumatisme développemental ». « La trace du passé crée une niche sensorielle pour le bébé, le monde sensoriel du bébé est appauvri du malheur de sa mère » et il parle d'une « crypte dans l'âme » de la jeune maman qui a été victime d'un abus sexuel <sup>(4)</sup>.

### 1. L'ALLAITEMENT MATERNEL, DES ENJEUX CORPORELS ET PSYCHIQUES IMPORTANTS : CADRAGE DES PROBLÉMATIQUES ÉVENTUELLEMENT EN JEU

Dans notre pratique, nous avons pu observer que des femmes sont mal à l'aise avec la question de « l'allaitement à la demande » vécu, parfois, comme une injonction de « mise à disposition » de leur propre corps au bébé. En effet, « Donner son lait n'est pas donner son sein ; laisser le bébé incorporer le lait de sa mère n'est pas forcément le laisser jouir du téton. Le plaisir de l'intimité, de l'union

\* cvignon@chu-grenoble.fr

**« Donner son lait n'est pas donner son sein; laisser le bébé incorporer le lait de sa mère n'est pas forcément le laisser jouir du téton. Le plaisir de l'intimité, de l'union se teinte d'une nécessité de soumission au désir de l'enfant »**

se teinte d'une nécessité de soumission au désir de l'enfant »<sup>(5)</sup>.

Nous nous interrogeons sur l'impact des abus pendant l'enfance et l'adolescence sur les différentes étapes de l'allaitement. Notre principale hypothèse porte sur la perte de confiance. Perte de confiance en soi, en son propre corps, en l'autre.

Nous nous interrogeons aussi sur la différence entre le vécu actif de « donner » le sein à son bébé et le vécu passif de « laisser le bébé prendre » le sein. Une de nos hypothèses est que la femme qui a subi des abus dans son enfance peut sentir qu'elle est à la « merci » du bébé.

En période anténatale, existe-t-il des peurs, une anticipation anxieuse? Un trouble, un brouillage des limites? Nous avons écouté cette question que beaucoup de femmes se posent : « *Qu'est-ce qui va se passer si je ressens « trop » de plaisir à allaiter?* ». Qu'en est-il pour la femme qui a vécu des abus sexuels?

Nous questionnons : **une personne qui a l'expérience, à son corps défendant, du non-respect des limites, éprouve-t-elle de l'insécurité et de la difficulté à créer la bonne distance avec le bébé? Craint-elle d'être une « mère abusive », manquer de repères? Quid de la pudeur? Existe-t-il des différences dans le vécu de l'allaitement suivant le sexe du bébé? Les représentations, les peurs, les angoisses ont-elles pu être dites? Ont-elles été entendues?**

Une autre piste de réflexion est d'observer si les femmes relient des troubles ou des pathologies éventuelles aux abus sexuels. Notre projet est d'explorer comment l'allaitement maternel, décrit comme « naturel », s'aménage avec le psycho-trauma sexuel.

## MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens exploratoires semi-directifs

élaborés avec l'aide de M<sup>me</sup> L. Créton-Cazanave, sociologue.

### 1. SITE DE L'ÉTUDE

L'étude est réalisée à l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal (UTAP) de l'Hôpital Couple-Enfant au CHU de Grenoble, entre le 1<sup>er</sup> novembre 2017 et le 31 mai 2018. L'UTAP est composée de trois sages-femmes et de deux médecins psychiatres qui travaillent en coordination.

L'équipe de l'UTAP a été informée de cette étude.

### 2. ÉCHANTILLON

#### • Critères d'inclusion

Patientes majeures vues, par nous-même, en consultation à l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal de la période du 1<sup>er</sup> octobre 2011 au 31 octobre 2017.

Ces patientes ont exprimé avoir subi des abus sexuels ou un viol alors qu'elles étaient mineures.

#### • Critères d'exclusion

Patiente mineure; refus de la patiente de participer à l'étude; patiente maîtrisant mal le français; patiente présentant une pathologie psychiatrique ou des troubles anxio-dépressifs.

#### • Recrutement des patientes éligibles

Après réflexion en équipe à l'UTAP nous avons contacté les patientes éligibles par téléphone; nous les avons informées que nous réalisions un mémoire dans le cadre du DIULHAM et que nous souhaitions leur proposer d'y participer.

Nous ne les avons pas informées de l'objet de notre recherche, estimant qu'évoquer les abus au cours d'un appel téléphonique inattendu pouvait constituer un stress. Pour celles qui habitaient Grenoble et son agglomération, nous avons proposé de fixer un rendez-vous afin de présenter l'objet de l'étude dans les locaux de consultation à l'UTAP.

Pour celles qui habitaient loin, nous avons fixé un rendez-vous téléphonique afin de présenter l'objet de l'étude. Les deux patientes concernées ont accepté ce rendez-vous téléphonique d'information.

Après information de l'objet de la recherche, chaque patiente a eu un délai de réflexion d'une semaine et nous avons convenu qu'elles prendraient

elles-mêmes un rendez-vous avec nous, auprès de notre secrétaire si elles souhaitaient participer à l'étude. Nous n'avons relancé aucune patiente.

#### • En pratique

- 10 patientes étaient susceptibles d'éligibilité;
- 2 d'entre elles exprimaient encore beaucoup d'angoisse lorsqu'elles évoquaient les abus ou les viols. Aussi, nous les avons exclues de l'étude;
- 1 a été perdue de vue;
- 1 est partie à l'étranger;
- 1 n'est pas venue au rendez-vous que nous avons fixé afin de l'informer sur le contenu de l'étude;
- 2 n'ont pas pris rendez-vous pour participer à l'étude après le délai de réflexion d'une semaine;
- 3 patientes ont accepté de participer à l'étude après le rendez-vous d'information et le délai de réflexion d'une semaine.

### 3. CONDUITE DE L'ÉTUDE, RECUEIL DES DONNÉES, DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

Le recueil des données s'est fait par entretiens enregistrés sur un appareil digital Olympus digital Voice Recorder DS-2400, avec l'accord des personnes; l'enregistrement pouvait être interrompu à leur demande. Ces entretiens ont été retranscrits par nous-même et anonymisés. Une fois retranscrits, ils ont été détruits.

Les entretiens ont été réalisés dans les locaux de consultation de l'UTAP. Les trois patientes connaissent la sage-femme depuis plusieurs années. Les patientes n'ont exprimé aucune réticence à parler et chacune d'entre elles a pu évoquer des questions qu'elle n'avait jamais abordées. Il n'a pas été nécessaire d'interrompre les enregistrements.

### 4. DOMAINE DE VALIDITÉ: BIAIS ET LIMITES

L'échantillon de cette étude est insuffisant pour la rendre représentative. Le recrutement a été difficile. Des femmes qui ont cheminé: les trois patientes qui ont accepté de participer à cette étude sont des femmes en capacité de parler, leur niveau d'instruction et d'expression est élevé, la moyenne d'âge de ces trois femmes est de 40 ans.

**La chercheuse est partie prenante:** sage-femme, collègue dans la maternité où est menée l'étude. Bien

## ALLAITEMENT

que nous soyons dans un cadre de recherche, la relation thérapeutique n'a pu être complètement mise de côté. La condition de cette étude est l'intersubjectivité.

Consciente de ces biais et limites, nous avons tenté de les pondérer en étant le plus objective possible.

## L'ALLAITEMENT À L'ÉPREUVE DE LA BLESSURE

L'analyse longitudinale et transversale des entretiens nous permet de renseigner nos hypothèses et nos questions de départ.

### 1. DIRE, ÊTRE ENTENDUE

La question de la difficulté à parler et être entendue est centrale chez les trois femmes. B. Cyrulnik affirme que les personnes qui ont été victimes d'abus sexuels, de viol, d'inceste, pendant leur enfance sont « comme les rescapés de la Shoah » et se heurtent aux mécanismes défensifs de leur entourage et de la société qui ne veut, ne peut les entendre<sup>(4)</sup>.

La difficulté à parler provient de l'autocensure, la honte (ce mot est relevé à plusieurs reprises) et le souci de protéger les autres. J. P. Mugnier évoque « la grande délicatesse » des personnes qui ont vécu des abus sexuels. D'après son expérience clinique, elles sont souvent préoccupées de ce que leurs propos vont « faire vivre » à leur interlocuteur, et ont tendance à en dire le moins possible pour « ménager » les autres quand bien même on les écoute ! Il décrit, aussi, le sentiment de honte très fréquent, quasi symptomatique, des personnes victimes d'abus sexuels. « *Quel regard vont porter les autres sur moi une fois qu'ils sauront ce qu'on m'a fait ?* »<sup>(4)</sup>.

M<sup>me</sup> A. a allaité dix jours sa première fille, elle n'a pas parlé à son mari de ce qui la tourmentait.

M<sup>me</sup> I. s'est posée des questions qu'elle n'a abordées avec personne. Elle évoque la honte, la gêne, la crainte de ne pas être comprise.

Quand M<sup>me</sup> E. a appris qu'elle attendait un garçon, elle a parlé à son entourage de son angoisse.

**« Quel regard vont porter les autres sur moi une fois qu'ils sauront ce qu'on m'a fait ? »**

L'incompréhension de l'entourage a renforcé chez M<sup>me</sup> E. une perte de confiance en elle-même.

M<sup>me</sup> E. décrit avoir été confrontée à « l'évitement » d'une partie de son entourage très proche quand elle a parlé des abus sexuels dont elle avait été victime à l'adolescence. Non-dits, quiproquos, gêne, escamotage du sujet sont à l'œuvre dans les interactions.

M<sup>me</sup> E. et M<sup>me</sup> I. décrivent toute une zone de non-dits dans la famille et particulièrement avec leur mari. Tout ce qui concerne l'impact éventuel des abus dans leur maternité est évacué.

M<sup>me</sup> I. n'a rien abordé avec son mari des questions concernant son intimité sexuelle.

M<sup>me</sup> I. évoque le viol dont elle a été victime quand elle avait cinq ans et elle exprime le choix qu'elle a fait de ne pas en parler.

Au cours de ces entretiens, la question du DIRE revient de nombreuses fois chez chacune des patientes interviewées et toutes trois disent exprimer quelque chose d'important pour la première fois. Ce qu'elles expriment nous évoque le clivage psychique observé fréquemment chez les personnes ayant vécu des psycho-traumas et la « crypte dans l'âme » dont parle B. Cyrulnik<sup>(4)</sup>. Une « crypte » où sont des images des émotions qui agissent sans que la personne en ait tout à fait conscience.

M<sup>me</sup> A. dévoile, le jour de l'entretien, un abus de la part d'un oncle, à l'adolescence, et elle fait part d'une amnésie partielle.

M<sup>me</sup> I. parle de cette mémoire traumatique qui est en toile de fond lorsqu'elle s'occupe de son bébé et elle pose la question de l'impact du non-dit dans sa lignée.

M<sup>me</sup> E. parle, des difficultés avec des professionnels de santé ; elle dit s'être heurtée à des mécanismes défensifs qui peuvent renvoyer pas mal de violences.

M<sup>me</sup> I. exprime le besoin de la présence de professionnels de santé qui « tiennent le coup ». « *Normopathes aurez-vous la force d'entendre c'est que j'ai à vous dire ?* » B. Cyrulnik<sup>(4)</sup>.

### 2. FILLE OU GARÇON, QU'EST CE QUE ÇA CHANGE ?

Cette question du sexe de l'enfant n'est pas neutre et soulève beaucoup de questionnements. M<sup>me</sup> A. pose en préambule de l'entretien : « *Déjà la*

**« Heureusement que je n'ai pas eu des garçons ! Parce que je ne suis pas sûre que du coup j'aurais pu les allaiter »**

*première chose que je me suis dite : 'Heureusement que je n'ai pas eu des garçons !'. Parce que je ne suis pas sûre que du coup j'aurais pu les allaiter ».* Plus loin, elle répète que « *avec des garçons ç'aurait été insupportable !* ».

L'idée d'allaiter un bébé garçon apparaît spontanément comme insurmontable, ce qu'elle imagine de la relation avec les petits garçons, avec qui elle ne s'autorise pas de proximité corporelle, est très marqué par l'inceste qu'elle a subi. Elle décrit un brouillage dans ses repères.

M<sup>me</sup> E. a eu une fille puis un garçon ; elle a vécu des différences qu'elle a reliées au sexe du bébé. « *J'ai pas fait le lien avec l'allaitement au départ c'est vrai que très clairement je le vivais pas de la même manière de projeter d'allaiter G. (fille) que H. (garçon)... L... J savais pas si j'allais pouvoir allaiter mon petit garçon... oui L... C'était de l'angoisse, la panique (pleure)... la panique ! La panique que ça puisse être sexuel ! (pleure) ».*

Ce sont donc les craintes, les réticences, les questionnements, le malaise que la patiente a exprimés qui ont amené la sage-femme à se poser et à poser la question d'un abus, ce qui s'est confirmé.

N'ayant pas fait le lien entre les abus qu'elle avait subis et le trouble qu'elle ressentait, M<sup>me</sup> E. se vivait comme « anormale », ressentait une vive culpabilité, perdait confiance en elle.

L'angoisse qu'elle a ressentie quand elle a su qu'elle attendait un garçon et qu'elle s'est imaginé l'allaitement, s'est atténuée quand elle a pu parler et relier sa peur à un abus sexuel vécu à l'adolescence.

L'allaitement de son bébé garçon, qui a six mois et demi au moment de l'enregistrement, n'est pas aussi paisible que celui de sa fille. Elle peut dire son sentiment de culpabilité lorsqu'elle a « trop de plaisir » à allaiter, se pose la question de ce que cela induit chez son bébé.

Cette sensation que décrit M<sup>me</sup> E. semble se produire en début de tétée, et est très probablement liée à un pic

d'ocytocine. La lecture qu'en fait la patiente est troublée, brouillée et peut la mener à interrompre la tétée.

M<sup>me</sup> E. décrit une tension psychique dans l'allaitement de son fils et parle à plusieurs reprises dans l'entretien de cette angoisse qui la traverse à certains moments d'être une mère « qui pourrait déraiser ».

Elle parle des pincements qu'exerçait le bébé sur le mamelon et qui ont motivé plusieurs consultations chez un ostéopathe, ces pincements évacuaient la question du plaisir.

Sa motivation à allaiter, sa réelle volonté à faire la part des choses et l'accompagnement dont elle a bénéficié semblent porter M<sup>me</sup> E. vers plus de sérénité au fil des mois qui passent.

### 3. LA QUESTION DE L'INCESTE, TROUVER LA BONNE DISTANCE

Nous nous posons la question du vécu de la proximité avec le bébé, du brouillage des limites, la peur d'être une mère « abusive ». Les questionnements des femmes vont dans ce sens : se pose la problématique de « trouver la bonne distance », de l'angoisse « d'aller trop loin », de l'inceste.

#### • Allaiter, c'est de l'inceste !

L'inceste dont a été victime M<sup>me</sup> A. quand elle était enfant ne s'est pas présenté pendant ses grossesses. Le vécu de son premier allaitement a été difficile car la question des abus est resurgie brutalement, à la naissance de son bébé.

Elle a trouvé appui auprès de la sage-femme à qui elle a pu dire son malaise. Elle a sevré son bébé ; elle exprime un sentiment d'échec.

J.-P. Mugnier décrit ce sentiment que peuvent avoir les personnes qui ont subi des abus, l'impression que le mal gagne et envahit tous les terrains de la vie, l'inceste « s'invite » et l'abus perdure <sup>(4)</sup>.

Pour son deuxième allaitement, elle décrit avoir été confrontée à nouveau à cette question. Elle a trouvé soutien auprès de son frère. Le frère de M<sup>me</sup> A. lui a permis de voir que son « désir d'allaiter n'était pas malsain » ; elle a allaité son deuxième bébé jusqu'à huit mois, l'allaitement était un vrai enjeu qui lui a permis de se construire en tant que mère.

Les trois patientes expriment à un moment de l'entretien que l'allaitement leur a permis de restaurer quelque chose

dans leur histoire, dans la relation avec elles-mêmes et avec leurs enfants.

#### • Trouver la bonne distance avec le bébé

La question de la distance avec ses enfants est très prégnante pour M<sup>me</sup> A. Elle parle de la relation corporelle avec ses filles, dit le manque de confiance en elle-même et l'angoisse sous-jacente. Un peu plus loin, elle précise, en parlant des abus dont elle a été l'objet, son manque de repères.

M<sup>me</sup> I., quant à elle, tout au long de l'entretien décrit aussi la réelle préoccupation de ne pas être intrusive avec son bébé. M<sup>me</sup> I. sait que les questions de proximité corporelle et d'intimité sont compliquées pour elle ; elle s'interroge avec finesse sur ce qu'elle projette de sa difficulté personnelle dans la relation avec son bébé et est en recherche permanente de bien agir pour ne pas lui imposer trop de proximité corporelle.

Elle est angoissée à l'idée d'envahir corporellement son bébé, d'être intrusive. Elle décrit être envahie par des images très désagréables lors de certains soins. Elle décrit, aussi, s'extraire partiellement de la gêne grâce à l'acquisition d'automatismes, ce qui exige une forme de clivage.

Ce qu'elle décrit n'est pas en lien direct avec l'allaitement mais celui-ci implique une grande proximité corporelle, un corps à corps avec le bébé et nous pouvons facilement imaginer que cela ait pu être difficile au démarrage.

Nous observons dans ces entretiens que, pour deux femmes, extraire le lait, au tire-lait électrique, pendant un certain temps a été une aide. Laisser le bébé aller au sein librement, à sa guise, n'est pas aisé.

Au moment de l'entretien le bébé de M<sup>me</sup> I. a 9 mois et il a été nourri exclusivement au lait maternel. Cet allaitement aura été marqué par un grand désir de respecter le bébé.

La question de la distance avec le bébé est donc très présente sous différentes formes et chacune exerce à certains moments de l'allaitement un contrôle sur elle-même, sur ses gestes, sur son comportement et dans son ressenti corporel, sur l'accès du bébé au sein. Ce contrôle, cette autosurveillance sont exercés par crainte d'aller dans quelque chose qui ne serait pas « normal » avec son enfant.

**C'est comme si le chaos, le désordre, semés par les abus, le viol venaient se projeter dans la relation avec le bébé, dans les soins et dans l'allaitement, embrouiller les repères de la jeune mère...**

Les repères sont brouillés et ce qui est « banal » devient envahi par le trouble : nettoyer le nez du bébé au sérum physiologique est un stress, ressentir un plaisir sensuel en allaitant crée une angoisse, un élan de tendresse un peu vif pour son enfant est vécu comme menaçant ou équivoque. C'est comme si le chaos, le désordre, semés par les abus, le viol venaient se projeter dans la relation avec le bébé, dans les soins et dans l'allaitement, embrouiller les repères de la jeune mère qui se vit comme potentiellement « mauvaise » ou « anormale ». Le moins que l'on puisse dire est que ces mères ne sont pas totalement tranquilles et qu'elles utilisent beaucoup d'énergie à se protéger et à protéger leur enfant des émotions, des pensées difficiles qui font irruption dans leur allaitement et leur intime maternel.

Dans ce que décrivent ces femmes, la difficulté survient à un moment inopiné, inopportun ; elles doivent « faire avec » et leur bébé aussi. B. Cyrulnik parle des abus sexuels sur l'enfant, de l'inceste comme d'une « atteinte de la filiation » et il explique le besoin très grand qu'ont ces femmes d'être entourées et rassurées <sup>(4)</sup>.

### 4. LA PUDEUR

Ces trois femmes décrivent la relation avec leur corps, avec le « sein ». Elles expriment un clivage dans la féminité : femme *versus* mère.

M<sup>me</sup> A. exprime une tension interne, un vrai contrôle et une fausse désinvolture quand elle a allaité sa deuxième fille. Est-ce que contrôler certains paramètres permet la mise de côté du corporel, de la sensualité ? Pudeur, gêne, trouble, embarras, difficulté à soutenir le regard des autres, ou difficulté à donner le sein en présence de certaines personnes de l'entourage, ces questions sont classiques, courantes, concernent beaucoup de femmes mais comment sont-elles décryptées dans ces cas particuliers ?

## ALLAITEMENT

M<sup>me</sup> A. parle de son premier allaitement, de la gêne en présence de son père. M<sup>me</sup> A. ne se sent pas en sécurité. On imagine aisément que cela puisse entraver l'allaitement, d'autant que si l'embarras est associé à l'abus, il peut majorer le stress, inhiber l'attitude spontanée de demander à la visite de sortir de la pièce pendant la tétée.

Concernant la sexualité, M<sup>me</sup> A. ne l'aborde pas directement mais dit que l'arrivée du deuxième bébé a été difficile pour le couple.

Pour M<sup>me</sup> I., la question de la pudeur a soulevé beaucoup d'éléments, elle a pu dire ce qu'elle a vécu durant toute la période d'allaitement. Elle n'est pas parvenue à concilier la femme et la mère. Elle pose la question du clivage, de l'évitement de l'intimité sexuelle auquel les couples peuvent avoir recours pour permettre l'allaitement. Pendant 9 mois M<sup>me</sup> I. a consacré ses seins à leur « fonction maternelle ».

Reste que, malgré la complexité, les ambivalences, l'allaitement a aussi restauré quelque chose pour M<sup>me</sup> I.: « *Ce qui me vient comme ça, c'est quelque chose quelque part de positif pour moi. C'est de me dire : j'ai l'impression, du fait de l'allaitement, d'avoir quelque part surmonté, comme si j'avais pu adopter ma propre féminité...* ». Et c'est important pour elle, car elle se demandait même avant la grossesse si elle « supporterait cette proximité d'être touchée ». Ce qu'elle dit quand elle évoque la fin de l'allaitement, laisse entendre qu'elle y a trouvé beaucoup de satisfactions.

Elle envisage aussi le sevrage avec un peu d'appréhension car elle sait que ça va demander un temps de réadaptation. M<sup>me</sup> I. a besoin de temps, d'un temps d'adaptation aux changements.

M<sup>me</sup> E. décrit la pudeur comme « proportionnelle à la durée de l'allaitement ». Elle a allaité longtemps sa fille, a perçu le jugement de la société, en particulier dans le monde professionnel. Elle dit

***Il nous semble, à entendre ces femmes, que le sein doit « travailler », qu'il faut « faire », sinon il retrouve une dimension sexuelle trop marquée à leurs yeux.***

vivre ça beaucoup plus tôt pour son fils. Elle évoque encore la peur d'une relation trop fusionnelle avec son garçon, le regard des autres, la difficulté à concilier le sein « sexué » et le sein lactant et, bien qu'elle ne veuille pas sevrer son fils, elle y pense bien plus tôt que pour sa fille. Plus son bébé grandit, moins elle semble trouver légitime de l'allaiter. Il nous semble, à entendre ces femmes, que le sein doit « travailler », qu'il faut « faire », sinon il retrouve une dimension sexuelle trop marquée à leurs yeux.

À noter que nous avons observé souvent dans notre pratique clinique un sentiment de culpabilité induit par l'entourage chez les femmes qui allaitent longtemps. Notre culture de non-allaitement stigmatise les femmes, les familles, qui font ce choix. Prolonger l'allaitement est perçu comme un caprice de la mère pour son propre plaisir (suspect?) au détriment de l'autonomie de son enfant.

Pour M<sup>me</sup> E. c'est peut-être un peu plus douloureux le regard des autres, ou ce qu'elle en imagine. Cela vient peut-être renforcer ses propres doutes, son manque de confiance en elle et la questionner sur sa « normalité » comme elle l'a exprimé tout au long de l'entretien. Pour l'allaitement de sa fille, elle s'est rendue aux réunions de la Leche League et y a trouvé beaucoup.

## 5. L'ACCUEIL DU NOUVEAU-NÉ

Lorsque nous avons posé la question de la première rencontre avec leur bébé, nous ne l'avons pas pensée aussi cruciale. Ce qu'elles décrivent ouvre sur des questions importantes.

Chez ces trois patientes, la première rencontre avec leur premier bébé a un arrière-goût de rendez-vous manqué. Ce qui est dommageable pour toute femme bien sûr, mais peut-être plus chez une femme dont l'histoire est marquée par des psycho-traumas.

Pour M<sup>me</sup> E., la première rencontre avec sa fille est chaotique.

M<sup>me</sup> E. a vécu une expérience très désagréable qui l'a beaucoup angoissée. Elle décrit l'allaitement très long de sa fille comme une « bouée de sauvetage », elle a eu vraiment peur de perdre pied au moment de cette naissance.

Pour M<sup>me</sup> A., la rencontre avec son bébé est décrite comme déshumanisée. Elle décrit un manque d'enveloppe et de soutien. Cette naissance l'a ébranlée. Elle exprime la grande fragilité dans

***Une naissance difficile, un accouchement long, un bébé qui arrive trop vite sur sa mère, alors qu'elle n'est pas tout à fait remise, réactiveraient-ils un traumatisme ancien?***

laquelle elle s'est trouvée qui est peut-être, aussi, la résultante de plusieurs psycho-traumas, inceste, mort de sa mère quand elle était enfant. La vulnérabilité normale de la jeune accouchée semble se démultiplier du fait du passé traumatique.

M<sup>me</sup> A. et M<sup>me</sup> E. décrivent un sentiment d'étrangeté, cette impression « d'être là sans être là ». La rencontre brutale ne permet pas la découverte du bébé mais est une effraction. Ce qu'ont vécu ces femmes, au moment de la naissance de leur premier bébé n'est pas sans nous évoquer ce que décrivent les victimes d'abus sexuels. Une naissance difficile, un accouchement long, un bébé qui arrive trop vite sur sa mère, alors qu'elle n'est pas tout à fait remise, réactiveraient-ils un traumatisme ancien? Nous nous interrogeons.

Pour M<sup>me</sup> I., le vécu de la rencontre avec son bébé n'est pas aussi chaotique mais pose encore la question de la présence psychique. M<sup>me</sup> I. et son bébé n'ont pas bénéficié d'un temps en peau à peau le jour de la naissance. Du fait de la césarienne, elle l'a retrouvé quelques heures après.

## SOUTENIR LE DÉSIR D'ALLAITEMENT

Ces trois patientes ont pu trouver des ressources pour faire face aux difficultés. Nous abordons ce qui a été source de vitalité, ce qui leur a permis de se renforcer, de prendre confiance en elles.

### 1. ACCUEIL DE LA PAROLE

Chacune de ces trois patientes a réalisé un travail psychothérapeutique, thérapie, psychanalyse ou suivi avec un médecin psychiatre. Dire, être écoutée sans se sentir jugée, a été important pour toutes ces femmes.

M<sup>me</sup> I. parle du travail de psychothérapie qu'elle a entrepris quelques années auparavant.

L'accompagnement pendant la gros-

sesse et en post-partum a été aussi très soutenant. Parler, donner du sens aux angoisses apparemment irrationnelles avec un professionnel de santé en qui elles avaient confiance leur a permis de passer certains écueils. Dire la question des abus, de l'inceste, du viol dans un espace protégé, à un interlocuteur dont c'est la place et la fonction a été porteur.

Dire n'est pas nécessairement parler à toute l'équipe du psycho-trauma. C'est pouvoir exprimer ses besoins et être entendu. M<sup>me</sup> E. a demandé aussi à ce que son mari puisse être auprès d'elle en salle de césarienne et elle pense que tout ça l'a beaucoup aidée.

## 2. CE QUI FAIT ENVELOPPE

Être enveloppée, se sentir enveloppée, entourée, contenue, reviendra très souvent dans les enregistrements comme facteur de réassurance et de soutien. Il peut s'agir d'un enveloppement physique par un contact respectueux, chaleureux ou par un tissu.

Il s'agit aussi d'enveloppement émotionnel, affectif, psychique. Une présence, une parole, un regard. Tout ce qui crée une enveloppe a fait beaucoup de bien et a favorisé la sécurité avec le bébé. B. Cyrulnik parle de la nécessité, pour les femmes qui ont vécu des abus sexuels, des situations d'inceste, d'être accompagnées lors de la naissance de leur bébé par des femmes aînées maternantes qui les confortent dans leurs capacités <sup>(4)</sup>.

M<sup>me</sup> E. parle de sa meilleure amie plus âgée qu'elle : « elle a un côté très maternant... ». La sage-femme peut et souvent doit avoir cette place maternelle, l'auxiliaire de puériculture aussi bien sûr d'autant que c'est elle qui va être auprès de la jeune mère pour des apprentissages fondateurs. Dans notre travail d'accompagnement à l'UTAP, lorsque les patientes que nous connaissons, pour les avoir accompagnées pendant la grossesse, accouchent, nous passons les voir régulièrement et nous

**Être enveloppée, se sentir enveloppée, entourée, contenue, reviendra très souvent dans les enregistrements comme facteur de réassurance et de soutien.**

faisons le lien avec l'équipe afin de les soutenir au mieux.

Le séjour en maternité est sécurisant et contenant, la durée du séjour doit être estimée en fonction des besoins de la maman et du bébé.

Le soutien de mère à mère, le soutien humain, partager avec les autres femmes, se sentir faire partie d'un cercle (au sens propre, les réunions de la LLL sont organisées de cette façon), avoir le sentiment d'être « normale » sont des expériences très aidantes.

M<sup>me</sup> E. parle de la *Leche League*. M<sup>me</sup> A. parle de sa « copine d'allaitement », une femme expérimentée qu'elle a pu contacter quand elle avait besoin d'aide.

Tous ceux qui ont pu les reconnaître comme capables, courageuses et qui leur ont permis de prendre appui pour retrouver confiance en elles-mêmes ont été d'une aide précieuse. Un mari encourageant, un frère à l'écoute, une femme aînée rassurante, les auxiliaires de puériculture, les sages-femmes à la maternité et au retour à la maison, les puéricultrices de PMI, la famille, les groupes de soutien de mère à mère, etc.

## 3. PLACE PARTICULIÈRE DU SOIN EN PEAU À PEAU

M<sup>me</sup> E. et M<sup>me</sup> A. ont chacune accueilli leur deuxième bébé dans de bien meilleures conditions que la première fois et la rencontre a été vécue de façon harmonieuse. Dans leurs descriptions, la mère et son bébé se rencontrent vraiment, ils sont tous deux sujets. Le moment est très humanisé par l'équipe. Elles apprécient, savourent la rencontre. Elles décrivent un véritable enveloppement corporel et psychique de la mère, de son bébé et du père.

Malgré une deuxième césarienne, M<sup>me</sup> E. a pu avoir un moment privilégié avec son bébé au bloc opératoire. Son mari a pu aussi accueillir son bébé en peau à peau.

M<sup>me</sup> I., après la césarienne, a pu vivre des moments de soins en peau à peau dans le service de maternité.

M<sup>me</sup> I. décrit donc très bien ce soin qui est apporté conjointement à la mère et à l'enfant. Pour cette femme qui a décrit à plusieurs reprises ses craintes « d'être touchée », se trouver enveloppée avec son bébé a pu être un moment de grande intimité et certainement une réelle bienveillance.

**Tous ceux qui ont pu les reconnaître comme capables, courageuses et qui leur ont permis de prendre appui pour retrouver confiance en elles-mêmes ont été d'une aide précieuse.**

## UN SUJET DIFFICILE, UN POINT DE VUE PARTICULIER

Les trois patientes qui ont accepté de participer à ce travail sont des femmes qui sont en capacité de parler et qui en avaient le désir. Cela n'est pas donné à tout le monde. Chacune porte, avec sa singularité, un vif intérêt à l'allaitement ; elles ont allaité plus longtemps que la moyenne des femmes en France. Nous nous posons la question si le fait d'avoir allaité peu ou pas du tout a été un frein à la participation à cette étude pour d'autres femmes.

La relation de confiance établie antérieurement dans un cadre thérapeutique avec la sage-femme de l'UTAP a permis qu'elles puissent aborder avec confiance ce thème difficile dans un cadre de recherche.

Certaines de nos hypothèses de départ ont été confortées : la difficulté à vivre sereinement les sensations « trop » agréables, la question de la distance avec le bébé, la peur d'être une mère abusive, créent un vrai trouble et peuvent entraver l'allaitement maternel. Les trois patientes expriment exercer, à certains moments, un contrôle sur l'allaitement, sur elles-mêmes, et aussi sur l'accès au sein pour le bébé. Elles décrivent des évitements, des coupures dans les tétées, des interruptions, des sevrages brutaux et non désirés, liés à un inconfort psychique de la mère.

Pour nos autres hypothèses : la question du bébé et de « l'allaitement à la demande » qui serait vécu comme éventuellement « persécuteur », et celle des pathologies du sein lactant (et le lien éventuel que les patientes en faisaient avec les abus qu'elles avaient vécus), aucune de ces patientes n'en a fait part dans le cadre de ces entretiens. Cette étude ne permet pas de renseigner ces questions, cependant notre expérience professionnelle nous convainc que ça reste à explorer.

## ALLAITEMENT

Notre principale hypothèse portait sur la perte de confiance en soi, en son propre corps, en l'autre comme obstacle à l'allaitement.

La difficulté à dire la souffrance, l'angoisse, les questionnements, les doutes et celle à se sentir entendue est une question centrale pour les trois patientes et cela nous conforte dans l'hypothèse de la perte de confiance. Les trois patientes expriment un sentiment de honte, se posent beaucoup la question de leur « normalité », ce qui bien évidemment vient conforter l'hypothèse de la perte de confiance en soi.

Pour ces trois patientes, allaiter est une expérience qui leur a permis de restaurer une meilleure estime d'elles-mêmes et est un élément de réassurance dans leur maternité. Il en est de même du soin en peau à peau avec leur bébé, cette piste mérite d'être explorée.

## CONCLUSION

Les abus sexuels, l'inceste, le viol dans l'enfance et l'adolescence sont des sujets difficiles et douloureux que collectivement nous avons du mal à entendre. Les personnes qui ont été victimes d'abus sexuels ont eu pour injonction de se taire et elles ressentent de la honte<sup>(4)</sup>.

Dans ce travail, trois femmes abordent la question difficile des abus sexuels, du viol pendant l'enfance et l'adolescence et du lien qu'elles en ont fait avec l'allaitement de leurs bébés.

La maternité, l'allaitement sont des expériences complexes très souvent idéalisées. Il n'est pas aisé pour les mères de dire leurs difficultés.

La grande confiance qui a été faite à la sage-femme par ces femmes est une force pour ce travail de recherche. Elles ont pu dire des choses pour la première fois, elles se sont exprimées avec une sincérité et un courage exemplaires.

***Si leur engagement a été aussi grand, c'est avant tout parce qu'elles étaient désireuses d'aider d'autres femmes, celles qui pour diverses raisons ont moins de facilités ou de possibilités à s'exprimer.***

Nous espérons porter, soutenir avec loyauté leur parole.

Si leur engagement a été aussi grand, c'est avant tout parce qu'elles étaient désireuses d'aider d'autres femmes, celles qui pour diverses raisons ont moins de facilités ou de possibilités à s'exprimer.

Entendre ce que disent ces trois femmes ne peut que nous encourager à être à l'accueil des paroles, des émotions qu'expriment les jeunes mères afin de laisser la parole advenir, et éviter, si possible, que des mères ne se retrouvent seules, enfermées dans un grand malaise, avec leur bébé.

Dans ce travail de recherche, nous sommes dans une démarche d'accueil de la parole et nous nous confrontons à la difficulté que représente le fait de porter à la collectivité la parole de celles qui ont été victimes dans l'enfance d'abus sexuels. Cette difficulté collective à entendre et accueillir est bien souvent involontaire et inconsciente. Reste qu'elle fait violence, en l'occurrence, aux mères et aux enfants.

Qu'est-ce qu'un allaitement réussi ? Ces femmes nous parlent de cinq allaitements dont chacun est une histoire singulière. Elles ont eu recours au tire-lait, à des méthodes alternatives pour donner leur lait au bébé, mais ce qu'il y avait en arrière-plan, ce qui se jouait vraiment, était plus complexe.

Ces trois femmes n'ont parlé des abus, de l'inceste, du viol dans l'enfance qu'au terme d'une longue relation de confiance. Elles ne font pas exception. C'est dans la qualité de la relation que nous devons encore nous interroger. Cette qualité de relation exige du temps, de la disponibilité psychique, et une attention aussi à ce que, humainement, nous ressentons des jeunes accouchées, de leur compagnon, de leur bébé, pour les accompagner dans cette période extrêmement sensible. **Avec nos gestes, nos paroles, nos regards, notre présence, nous pouvons créer un tissu d'humanité pour envelopper la jeune mère.**

Connaître la physiologie de l'allaitement maternel qui ne supporte pas le contrôle, mais qui répond à des mécanismes de régulation très subtils, peut nous aider à sortir de discours trop normatifs et psychologisants sur ce que doit être la relation normale

***Avec nos gestes, nos paroles, nos regards, notre présence, nous pouvons créer un tissu d'humanité pour envelopper la jeune mère.***

d'un enfant avec sa mère et de ce que doit être un allaitement « normal ». Le « lâcher-prise » dont parlent ces femmes, propice à la régulation physiologique de l'allaitement maternel, se produit dans la sécurité. C'est ce qui a manqué à ces femmes lorsqu'elles étaient des enfants, des jeunes filles. C'est au prix de relations thérapeutiques humainement authentiques que nous créerons des espaces où les patientes auront la possibilité de se sentir en sécurité, se détendre, exister avec leur complexité et leur ambivalence. La souffrance, le doute, le questionnement doivent pouvoir se dire sans se heurter aux paradigmes, aux dogmes, aux mécanismes de défense qui nous raidissent et ferment la relation.

Comment, nous, les professionnels, pouvons-nous accompagner les jeunes mères dans la construction d'une plus grande sécurité ? Comment sommes-nous formés et soutenus pour être à cette place de soin, d'accompagnement et d'accueil de la parole ? C'est un enjeu de santé publique, un défi pour les soignants. •

## BIBLIOGRAPHIE/SITOGRAFIE

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>
2. [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/26153/document\\_travail\\_2017\\_229\\_violences.sexuelles](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sexuelles)
3. <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2015/2015-Synthese-enquete-AMTV.pdf>
4. Cyrulnik B, Mugnier JP, Journées d'études 28 et 29 Octobre 2013 Grenoble « Les professionnels face à l'inceste », Association SOS Inceste Pour Revivre.
5. <https://www.cairn.info/revue-spirale-2002-2-page-65.htm>

**FÉMINITÉ, MATERNITÉ****BERNADETTE DE GASQUET**

Dans leur féminité et jusque dans leur maternité, les femmes sont soumises aux diktats : il faut qu'elles s'habillent comme ci pour être vraiment féminines, qu'elles accouchent comme ça, qu'elles fassent du sport, qu'elles allaitent...

Prétendument libérées de l'influence des cultures, des religions, des codes de bonne conduite d'antan, elles subissent aujourd'hui la pression des médecins, des médias et des modes. Pour être une bonne mère, laissez-vous manipuler !

Bernadette de Gasquet révèle que ces manipulations se font souvent au mépris de leur santé. Elle qui a révolutionné la pratique moderne de l'accouchement éclairé les pratiques actuelles de son regard de femme, de mère, de professeur de yoga et de médecin. Par son intérêt anthropologique pour les techniques traditionnelles, elle permet aux femmes de retrouver la voie du bon sens. À la lumière de son expérience, elle leur apporte les arguments nécessaires pour reprendre confiance en elles et vivre leur maternité comme elles le sentent.

Bernadette de Gasquet, professeur de yoga devenue médecin, a révolutionné la pratique de l'accouchement en adaptant aux méthodes médicales les pratiques traditionnelles. Son ouvrage *Bien-être et maternité* (2009) est réimprimé chaque année, et tous ses livres deviennent des classiques.

**Albin Michel**

Parution : Janvier 2019  
Édition brochée : 18 €  
Format : 145 mm x 225 mm  
272 pages  
EAN13 : 9782226436962  
[www.albin-michel.fr](http://www.albin-michel.fr)

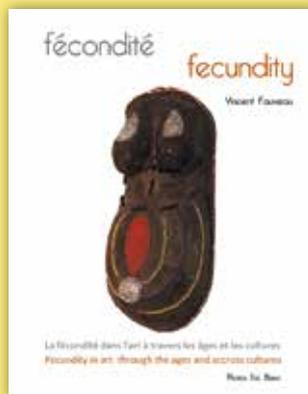
**FÉCONDITÉ/FECUNDITY****VINCENT FAUVEAU**

Le livre « Fécondité|Fecundity » est l'aboutissement de trente années de recherche et d'acquisitions pour constituer ma collection « Fécondité dans l'Art ». Le livre contient 236 pages de photographies et reproductions légendées, ainsi qu'un texte d'accompagnement en français et en anglais pour expliquer ma démarche, introduire les chapitres, raconter l'histoire et les petites histoires, orienter le lecteur sur la géographie, les cultures, les ethnies, les interprétations des images. Il ne s'agit pas de biologie, ni d'histoire de l'art, ni d'anthropologie mais de plaisir visuel. L'iconographie a été préparée par un artiste photographe professionnel, Éric Blanc.

Le livre est dédié, c'est justifié, aux sages-femmes du monde, traditionnelles et modernes, qui œuvrent chaque jour depuis la nuit des temps pour aider les femmes à réaliser leur potentiel reproductif avec le moins de risques possible. Il est disponible sur demande, payable en ligne, et expédié selon les tarifs postaux en vigueur dans les meilleurs délais. Une partie des bénéfices sera reversée à une association œuvrant pour la réduction de la mortalité maternelle néonatale dans le monde.

<http://feconditedanslart.com/produit/fecondite>

Vincent Fauveau est médecin et expert international en santé maternelle, j'ai profité de ma vie professionnelle toute entière passée outre-mer pour collectionner des objets divers relatifs à la fécondité féminine, et pour faire des recherches sur les thèmes de la conception, de la grossesse et de la naissance dans l'Art, à travers les âges et les cultures du monde. Co-fondateur du bureau d'études « Holistic Santé », j'apporte mes connaissances et mon expérience aux organisations internationales dans les domaines de la santé de la mère et du nouveau-né, et de la santé de la reproduction.

**Commande du livre en ligne :**

Publication en 2018  
Format 22 x 28 cm  
242 pages - Prix : 29 € ou 35 US\$  
<http://feconditedanslart.com/>

- **22-23-24 MAI 2019**  
LA ROCHELLE (16)  
47<sup>es</sup> Assises Nationales des Sages-femmes  
[assises-sages-femmes.eu](http://assises-sages-femmes.eu)
- **3 JUIN 2019**  
PARIS 7<sup>e</sup>  
Journée du Collège National des Sages-Femmes de France  
Thème : "La sage-femme au cœur du suivi gynécologique : une spécialité de l'intime"  
[cerc-congres.com](http://cerc-congres.com)
- **6-7 JUIN 2019**  
ANNECY  
30<sup>es</sup> Journées d'Études de l'Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales  
**Programme p. 45**
- **18 JUIN 2019**  
BREST - OCÉANOPOLIS  
La Pré-éclampsie  
Actualités et Perspectives  
Inscriptions avant le 18 mai 2019  
**Programme p. 45**
- **AUTOMNE-HIVER 2019**  
BORDEAUX  
16<sup>e</sup> Journée Événements de l'Année en Gynécologie-Obstétrique  
[congres.eska.fr](http://congres.eska.fr)
- **26-27 SEPTEMBRE 2019**  
PARIS  
22<sup>es</sup> Journées de Sénologie Interactive  
[congres.eska.fr](http://congres.eska.fr)
- **26-27 SEPTEMBRE 2019**  
LA ROCHELLE (16)  
Les Francophones de Périnat  
[lesfrancophonesdeperinat.com](http://lesfrancophonesdeperinat.com)  
[cerc-congres.com](http://cerc-congres.com)
- **28 SEPTEMBRE 2019**  
PARIS  
18<sup>es</sup> Journées Événements de l'Année en Médecine Vasculaire + SFA + DU de Phlébologie  
[congres.eska.fr](http://congres.eska.fr)
- **7-8 NOVEMBRE 2019**  
MONACO  
Congrès international des Sages-Femmes - CISaF  
[cerc-congres.com](http://cerc-congres.com)
- **14 NOVEMBRE 2019**  
PARIS 15<sup>e</sup>  
Les Dialogues de l'Obstétrique par *Les Dossiers de l'Obstétrique*  
[congres.eska.fr](http://congres.eska.fr)
- **15-16 NOVEMBRE 2019**  
PARIS  
47<sup>es</sup> Journées Jean Cohen  
Gynécologie Obstétrique et Reproduction  
[congres.eska.fr](http://congres.eska.fr)

# LES TIRE-LAIT

PAR BENOÎT LE GOEDEC, SAGE-FEMME\*

La durée de l'allaitement, l'allaitement après la reprise du travail ou en cas d'absence amènent de plus en plus de mères à vouloir utiliser un tire-lait. Tirer le lait est aussi nécessaire pour les femmes dont les bébés sont nés prématurément ou nécessitent une prise en charge pédiatrique ne permettant pas l'allaitement au sein. Il est donc nécessaire de pouvoir leur donner des informations adaptées.

## QUELLES SONT LES MÉTHODES UTILISÉES ?

### ■ Expression à la main

Cette méthode est surtout utilisée dans les premiers jours et à l'occasion. Elle est simple, économique et aussi efficace qu'un tire-lait. Cette méthode peut toutefois devenir fatigante à mesure que la production de lait augmente.

### ■ Tire-lait manuel

C'est le tire-lait le moins cher mais il n'est pas remboursé. Il est pratique, petit, transportable, ne fait pas de bruit. Il faut l'actionner manuellement. Il convient pour une utilisation ponctuelle, sur une lactation déjà établie. À la longue, une baisse de lactation peut survenir car la stimulation est moins efficace.

#### MODÈLES (liste non-exhaustive)

Harmony de Medela® - Avent® - Lansinoh® - Ameda® - Mamivac® - Kitett®...

### ■ Tire-lait électrique individuel ou mini électrique

Il ne demande pas d'effort mais il coûte plus cher. Il est suggéré si vous tirez votre lait régulièrement durant une courte période. Certains modèles permettent de tirer du lait des deux seins à la fois, une méthode qui stimule davantage la production de lait. Ce type de tire-lait s'achète et n'est pas remboursé. Ils peuvent fonctionner sur piles et/ou sur secteur. Ils sont donc plus efficaces que les tire-lait simples. Ils conviennent pour une utilisation répétée, sur une lactation déjà établie.

#### MODÈLES (liste non-exhaustive)

- Mini électrique de Medela®
- Swing de Medela® : il utilise la technologie double phase. Il n'existe malheureusement qu'en simple pompage.

- Isis iQ de Avent® : commercialisé en version simple ou double pompage (UNO et DUO).
- Il existe aussi deux modèles, équivalents du Lactaline d'Ameda (voir plus bas), le Spectra et le Seinbiose, qu'on trouve en location.

### ■ Tire-lait électrique de location

Il permet de tirer le lait des deux seins à la fois. Il est recommandé si vous tirez votre lait plusieurs fois par jour, pendant plusieurs semaines. Ce tire-lait est disponible en location dans les pharmacies et dans certains organismes d'entraide en allaitement, car son prix d'achat est élevé.

Privilégier les nouveaux modèles beaucoup plus efficaces et d'entretien facile.

#### MODÈLES

Lactina de Medela® (arrêt de commercialisation) - Symphony de Medela® - Lactaline d'Ameda® - Mamivac® - Kitett® Fisio.

## LE TIRE-LAIT

**Points à prendre en compte :** confort d'utilisation, efficacité, tire-lait manuel ou électrique automatique, hygiène, disponibilité et coût. Un tire-lait, pour être efficace, doit permettre de déclencher rapidement le réflexe d'éjection, et à la mère de tirer son lait relativement rapidement.

Les études sur la lactation (production lactée et réflexe d'éjection) ainsi que l'observation des succions du bébé permettent donc maintenant d'étudier de façon objective et reproductible le schéma de stimulation (qui déclenche l'éjection du lait) et le schéma d'expression (l'écoulement du lait par la suite), en faisant varier de façon indépendante le degré de dépression exercé par le tire-lait, et le nombre de cycles par minute, afin de déterminer les modalités qui s'avèrent les plus confortables et les plus efficaces, tant pour déclencher le réflexe d'éjection que pour exprimer le lait. Ils ont permis, par exemple, la mise au point de tire-lait à deux phases : une phase de stimulation du réflexe d'éjection, suivie d'une phase d'expression du lait.

Le tire-lait peut être acheté, ou loué.

### ■ Pour quelle utilisation

- **Tire-lait électrique :** pour une utilisation plusieurs fois par jour et sur une longue durée, préférer un tire-lait électrique à double pompage.
- **Tire-lait manuel :** en cas de production facile et abondante, cela peut suffire ou pour tirer occasionnellement.

Les tire-lait électriques automatiques actuels sont les plus confortables et les plus efficaces. Leur niveau de dépression ainsi que leur nombre de cycles par minutes (40 à 60) est préréglé. Cela évite d'abîmer les mamelons.

### ■ La tétrelle

Elle doit être adaptée à la taille des mamelons. Il existe plusieurs tailles de tétrelle en fonction de la taille des mamelons de la mère (21 mm, 24 mm, 27 mm, 30 mm, 36 mm).

Il faut une bonne adéquation entre la tétrelle et le mamelon : si les mamelons sont trop petits par rapport à la tétrelle, de l'air passe. À l'inverse, si les mamelons sont trop gros, l'utilisation du tire-lait peut être douloureuse.

Privilégier les marques de tire-lait proposant plusieurs tailles d'embouts ou faire une mesure préalable. Certains tire-lait ne sont en effet vendus ou loués qu'avec une tétrelle taille standard 24 mm, d'autres proposent également différentes tailles.

### ■ Tirer où ?

Chez soi ? En déplacement ? Toujours au même endroit ?

### ■ Simple ou double pompage ?

Les tire-lait double pompage ne permettent pas seulement de diviser par deux le temps nécessaire pour tirer son lait, des études ont constaté que le fait de tirer son lait simultanément des deux seins permettait d'obtenir davantage de lait, et induisait un taux sérique plus élevé de prolactine.

### ■ Comment faire ?

Il est important de suivre les directives du fabricant lors de l'utilisation d'un tire-lait. Si la dépression n'est pas préalablement réglée, éviter de la mettre au maximum. Elle doit plutôt être réglée au niveau le plus élevé en fonction de la femme, le but est d'imiter le plus possible la tétée du bébé sans causer de douleur. La façon de faire et la fréquence pour tirer du lait dépendent de votre situation.

- **Si le bébé n'est pas près de sa mère ou s'il ne peut prendre le sein.** Faire tirer le lait aussi souvent que le bébé boirait normalement, c'est-à-dire de 8 à 12 fois par jour.
- **Si tirer est fait en prévision d'une sortie ou d'un retour au travail.** Commencer par tirer du lait après une tétée, plusieurs jours ou semaines à l'avance. Tirer le lait au même horaire tous les jours afin de stimuler et faire produire plus de lait à ce moment choisi.

## ■ Comment conserver le lait maternel ?

### Conservation du lait maternel

	AFSSA 2005 Normes utilisées pour les structures d'accueil et assistantes maternelles	ABM 2017 Normes de l'Academy of Breastfeeding Medicine
Frais à T° < 22 °C	4 heures	<b>6 à 8 heures</b>
Réfrigérateur	2 jours	<b>3 à 5 jours</b>
Congelé dans les 24 heures après tirage	4 mois	<b>6 mois</b>
Du lait réfrigéré peut être réchauffé une deuxième fois dans les 24 heures. Du lait décongelé ne sera réchauffé qu'une fois et utilisé dans les 24 heures. Une fois réchauffé, le lait doit être utilisé dans l'heure.		
Réchauffer le lait maternel au chauffe-biberon - Jamais au micro-ondes.		

Les durées de conservation ne s'additionnent pas.

**Attention aux récipients de conservation.** Tout récipient propre pouvant fermer hermétiquement peut être utilisé : petits pots en verre avec couvercles, biberons (de préférence en polypropylène, sans bisphénol A), mais également des sachets spéciaux pour la conservation du lait maternel, ou plus simplement encore bacs à glaçons souples neufs, sachets à glaçons. Il est conseillé de congeler le lait en petites quantités (de 30 ml à 90 ml ou de 1 à 3 onces). Cela permet d'éviter le gaspillage, la mère ne sachant pas la quantité prise par son bébé. Noter sur le contenant la date à laquelle le lait a été tiré afin d'utiliser le lait le plus vieux en premier.

### RAPPEL POUR ÉVITER LES SITUATIONS DE STRESS CHEZ LES MÈRES ALLAITANTES

- Ne pas utiliser un tire-lait pour vérifier si une maman a assez de lait. Cet essai d'objectivation crée un climat de stress qui risque de bloquer la sécrétion d'ocytocine, et empêcher de fait le réflexe d'éjection. Informer sur les autres indicateurs permettant de savoir si un bébé reçoit suffisamment de lait (urines abondantes, selles fréquentes pendant les premières semaines, prise de poids suffisante, déglutitions perceptibles pendant la tétée).
- Un tire-lait ne doit jamais faire mal.
- Pour tirer son lait, s'installer de préférence dans un endroit calme, confortable et intime.

### ■ Rédaction de l'ordonnance

L'ordonnance doit comporter les informations suivantes :

- Le nom de la mère ;
- La marque du tire-lait, formulée de la façon suivante : « tire-lait de type X » ou « Y » avec

la précision simple/double, et la mention « non substituable » ;

- La mention « avec kit » ou « avec ses accessoires » ;
- La taille de tétérilles (pour les marques qui proposent plusieurs tailles).

### ■ Conditions de remboursement

La prescription (médecin ou sage-femme) permet la location du tire-lait à la semaine et son remboursement, plus ou moins intégral, en fonction des CPAM, et d'une éventuelle mutuelle. La pharmacie facture l'achat du kit (tétérille + flacon + tuyau + piston), dont le remboursement se fait sur une base que l'on appelle le TIPS. Le prix de vente du kit par le pharmacien amène parfois à un prix supérieur au TIPSQ, ce qui oblige la patiente à financer la différence.

Certaines mutuelles ont un forfait qui permet de rembourser le kit pour le tire-lait. Il faut donc dire aux mères de demander une facture du dépassement au pharmacien et de l'envoyer à leur mutuelle en demandant s'il y a une prise en charge.

### ■ Plusieurs études sont intéressantes et consultables

- *Importance of vacuum for breastmilk expression.* JC Kent et al. *Breastfeed Med* 2008 ; 3 (1) : 11-9.
- *Variation in milk removal from mothers during expression with an electric breast pump.* DK Prime et al. *Breastfeed Med* 2008 ; 3 (1) : 84.
- *Response of breasts to different stimulation patterns of an electric breast pump.* JC Kent, DT Ramsey, D Doherty, M Larsson, PE Hartmann. *J Hum Lact* 2003 ; 19 (2) : 179-86.
- *Maternal/infant lactation characteristics (MILC) study: a comparison of single electric pumping devices.* J Francis. *J Hum Lact* 2008 ; 24 (1) : 107.
- *Volume of multiple milk ejections during expression with an electric breast pump.* Kent JC et al. *J Hum Lact* 2007 ; 23 (1) : 88.
- *Breast pump adverse events: reports to the Food and Drug Administration.* SL Brown et al. *J Hum Lact* 2005 ; 21 (2) : 169-74.

## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 14 MARS 2019

# L'Ordre des sages-femmes condamne la menace de « grève de l'IVG » lancée par le Syngof

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes condamne avec fermeté les menaces d'appel à la « grève de l'IVG » lancées par le Syngof.

Ce positionnement constitue une faute morale indigne de tout professionnel de santé et représente de surcroît une entrave à l'IVG, contraire à la déontologie médicale et réprimée sur le plan pénal.

L'accès à l'IVG, encore trop complexe pour de nombreuses femmes, ne peut être un moyen de pression pour répondre à des problématiques catégorielles.

L'Ordre des sages-femmes réaffirme l'importance de l'accès à l'IVG et la nécessaire implication des professionnels de santé pour préserver ce droit.

Ainsi, dans la perspective de l'examen du projet de loi santé, l'instance plaide en faveur d'une nouvelle extension des compétences des sages-femmes afin que celles-ci, qui pratiquent l'IVG médicamenteuse depuis 3 ans, puissent également réaliser les IVG chirurgicales et offrir ainsi aux femmes un meilleur accès à ce droit fondamental.

### POUR EN SAVOIR PLUS :

[www.ordre-sages-femmes.fr/](http://www.ordre-sages-femmes.fr/)



## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ MARS 2019

## AGIR ENSEMBLE CONTRE L'ENDOMÉTRIOSE

SEMAINE EUROPÉENNE DE PRÉVENTION ET D'INFORMATION <sup>1</sup>

## Présentation du projet « ENDORA » (endométriose en région Rhône-Alpes)

Améliorer le diagnostic et la prise en charge des patientes atteintes d'endométriose à l'aide d'un recueil de données novateur.

L'endométriose est une maladie inflammatoire, parfois invalidante, touchant au moins une femme sur dix en âge de procréer. L'endométriose est définie comme la présence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine.

La plupart du temps, elle se caractérise par des douleurs très intenses, elle est aujourd'hui la première cause d'infertilité féminine.

Bénigne, mais de diagnostic difficile, souvent très douloureuse, l'endométriose évolue de façon difficilement prédictible, potentiellement récidivante, tout en étant résolutive à la ménopause.

Elle peut ainsi détériorer de façon importante la qualité de vie.

**« Soutenir les chercheurs, soignants et associations de patients, fédérer les acteurs du terrain, faire évoluer les connaissances et les pratiques pour une prise en charge de la douleur toujours plus performante, c'est l'ambition de la Fondation APICIL « Contre la douleur ». Maladie méconnue et particulièrement douloureuse, l'endométriose concerne exclusivement les femmes. L'évolution récente des connaissances sur la maladie commence à faire bouger les choses et les malades sont enfin reconnues. »**

Nathalie Aulnette,  
Directrice de la Fondation APICIL

**La Fondation Apicil soutient ce projet novateur aux côtés des hospices civils de Lyon, du centre hospitalier Lyon Sud et de l'association EndoFrance\*. Endora vise à améliorer la prise en charge de la douleur et à informer le grand public des symptômes de l'endométriose.**

Le projet ENDORA – ou Endométriose en région Rhône-Alpes – a pour objectif d'élaborer une base de données prospectives afin de collecter un maximum d'informations concernant la pathologie. Il évalue notamment l'impact de la chirurgie chez des patientes souffrant d'endométriose profonde sur leur qualité de vie et leur fertilité.

## CHERCHER ET COMPRENDRE

- 10 % de femmes en âge de procréer sont atteintes.
- Un absentéisme scolaire ou professionnel incompris.
- Une prise en charge chirurgicale bien trop hétérogène.
- 0 centre expert en France pour assurer une prise en charge plus précoce et plus adaptée.

## ENDORA: AMÉLIORER LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE GLOBALE

L'élaboration d'une base de données prospective, afin de décrire de façon précise la pathologie et sa prise en charge diagnostique et

thérapeutique, a permis d'identifier les facteurs liés à l'altération de la qualité de vie. Sur une période de 5 ans, les chercheurs observent et collectent des données sur la maladie, les facteurs de risques, le diagnostic, le traitement, chez des patientes opérées d'endométriose profonde, sans agir sur la prise en charge médicale. Le projet ENDORA permet de proposer aux patientes une meilleure connaissance de la maladie et une meilleure prise en charge. Pilote en région, la base de données sera étendue aux autres centres afin de collecter le maximum d'informations et d'évaluer l'impact de la prise en charge sur la qualité de vie et la fertilité.



## CONSTAT

Cette pathologie reste une maladie inflammatoire énigmatique. Sa prévalence est assez floue, dans la mesure « où l'on ne parle de la maladie que lorsqu'elle est symptomatique » précise le Pr. Golfier, chef du service de chirurgie gynécologique et cancérologique obstétrique au CHU de Lyon-Sud, qui a piloté le travail de la commission endométriose du Collège National des

## IL N'EXISTE AUCUN TRAITEMENT SPÉCIFIQUE DE L'ENDOMÉTRIOSE

La prise en charge de l'endométriose, du diagnostic au traitement, n'est pas consensuelle. Le délai de diagnostic moyen d'une endométriose est de 6 à 7 ans. La chirurgie et l'hormonothérapie peuvent traiter les formes légères et contenir l'évolution des formes profondes et ainsi ralentir la maladie et soulager les patientes. Dans la plupart des cas, un suivi médical à vie est nécessaire, jalonné d'interventions invasives et d'examens multiples jusqu'à la ménopause, qui verra l'endométriose diminuer et disparaître. Aucun médicament spécifique ne permet de guérir cette maladie chronique évolutive, mais on peut « la mettre en silence » rappelle le Pr. François Golfier. Souffrir à vie d'une endométriose et de ses complications n'est pas une fatalité, dès lors que l'on déploie de manière adaptée à chaque patiente, l'arsenal thérapeutique qui va de l'hormonothérapie à la chirurgie, en deuxième intention.

Dans le cas de l'endométriose profonde, c'est-à-dire lorsqu'il existe une atteinte digestive, urinaire, des ligaments utéro sacrés ou péritonéale; la chirurgie devient souvent la seule option et peut engendrer de lourdes conséquences pour les patientes.

1. Dans le cadre de la semaine européenne de prévention et d'information sur l'endométriose du 4 au 10 mars 2019, l'association EndoFrance propose un cycle de conférences dans plusieurs villes de France. Ces conférences seront animées par des médecins reconnus pour leur expertise et dont la plupart sont membres du Comité Scientifique d'EndoFrance.

Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF). L'endométriote toucherait 33 % des femmes qui souffrent de douleurs aiguës rythmées par les cycles. **Un tiers des femmes infertiles le sont en raison de cette maladie.** Grâce aux progrès de l'imagerie et de la chirurgie mini-invasive, diagnostic et traitement ont connu des avancées considérables ces vingt dernières années.

### UNE SOLUTION ENVISAGÉE

La solution, plébiscitée par des associations de patientes (dont EndoFrance<sup>2</sup>) et par les médecins spécialistes de cette pathologie et soutenue par le CNGOF, passe par la création de centres experts pluridisciplinaires labellisés, réunissant structures publiques et privées territoriales et praticiens compétents, experts de cette pathologie. Afin d'accélérer leur mise en place (une cinquantaine de tels centres existent au Royaume-Uni depuis plus de 10 ans), le CNGOF, en collaboration avec la Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne (SCGP) a travaillé à l'élaboration d'un modèle national de centre expert<sup>3</sup> permettant d'assurer un maillage territorial facilitant l'accès de toutes les femmes aux soins les plus adaptés.

### LE PROJET ENDORA

Dans cette volonté de prise en charge globale et optimale, le projet ENDORA (Endométriose en région Rhône-Alpes), permet d'élaborer une base de données prospectives pour colliger les données des patientes présentant une endométriose profonde et ayant été opérées.

Les données de patientes opérées d'une endométriose profonde avec un suivi de 5 ans ont été analysées de manière exhaustive. Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive observationnelle : les données sur la maladie, son diagnostic et son traitement sont observés et collectés, sans agir sur la prise en charge médicale.

Les patientes sont recrutées à la consultation préopératoire et remplissent un premier questionnaire sur la qualité de vie, les symptômes, les antécédents. Ce questionnaire est informatisé.

Le chirurgien remplit un deuxième questionnaire sur les examens cliniques et paracliniques, les descriptions des lésions, les gestes opératoires et l'analyse histopathologique (analyse au laboratoire des tissus enlevés au bloc afin de faire le diagnostic définitif d'endométriote). Le chirurgien remplit ensuite un troisième questionnaire à la consultation post-opératoire. Les patientes remplissent un questionnaire de suivi à 1 an, 2 ans et 5 ans sur les symptômes, la qualité de vie, la fertilité et les complications post-opératoires.

2. Première association de lutte contre l'endométriote créée en France en 2001.

3. The definition of Endometriosis Expert Centres. Golfier F, Chanavaz-Lacheray I, Descamps P, Agostini A, Poilblanc M, Rousset P, Bolze PA, Panel P. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2018 May; 47 (5): 179-181. Doi: 10.1016/j.jogoh.2018.02.003.

**La force de cette étude est la constitution de questionnaires informatisés avec extraction directe dans la base de données.** Les patientes remplissent donc les questionnaires sur internet de manière sécurisée, ce qui permet un recueil exhaustif des données.

La base de données de l'Hôpital Lyon Sud a été créée sur un modèle compatible avec d'autres bases de données nationales grâce à des questionnaires standardisés, (Rouen, Clermont Ferrand, Lille, Paris) afin de permettre des études de grande ampleur.

### PERSONNES IMPLIQUÉES DANS CE PROJET

- **Pr. François Golfier** : Directeur du projet, chef de service de gynécologie obstétrique, Hôpital Lyon Sud.
- **Pr. Philippe Papparel** : Collaborateur, professeur dans le service de chirurgie urologique, Hôpital Lyon Sud.
- **Pr. Eddy Cotte** : Collaborateur, professeur dans le service de chirurgie digestive, Hôpital Lyon Sud.
- **Pr. Pascal Rousset** : Collaborateur, professeur dans le service de radiologie, Hôpital Lyon Sud.
- **Alix Sesques** : Recherche de financement, rédaction des différents documents sources qui seront intégrés dans la base, thèse de médecine.
- **Dr Pierre Adrien Bolze** : Coordinateur, directeur de thèse, chef de clinique du service de gynécologie obstétrique, Hôpital Lyon Sud.

### LES BÉNÉFICES ATTENDUS

- Étude précise et prolongée dans le temps de l'évolution de l'endométriote sévère et de l'évolution de son retentissement sur les patientes après les traitements chirurgicaux,
- Description précise de la pathologie et de sa prise en charge diagnostique et thérapeutique,
- Identification des facteurs liés à l'altération de la qualité de vie,
- Identification des facteurs déterminants du délai du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique médicale et chirurgicale avec ses résultats (complications, récurrences et résultats sur la fertilité).

Cette base de données permettra de :

- Proposer aux patientes une **meilleure prise en charge de la douleur** basée sur l'expérience,
- **Générer des hypothèses de recherche, faciliter l'initiation et la réalisation de projets de recherche multicentriques et réaliser des études nationales de grande ampleur** afin d'homogénéiser et standardiser un recueil prospectif de données et d'obtenir une labellisation « réseau territorial d'expertise en endométriose ».

La Fondation APICIL contre la douleur apporte son soutien à hauteur de 10 000 €, l'association EndoFrance a contribué à hauteur de 10 000 € pour le développement de la base et LEO Pharma à hauteur de 500 €. Une campagne de « crowdfunding » a permis de recueillir 13 740 € auprès de 86 donateurs grand public. Endocap représente un budget total est de 46 243 €. Les HCL (Hospices Civils de Lyon) sont promoteur du projet et s'occupent de la création de la base, data manager, stockage des données...



## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 8 MARS 2019

## DÉFENDRE LES DROITS DES FEMMES EN AMÉLIORANT LES PRATIQUES DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES

### ENQUÊTE DE L'ANSFL

Depuis plusieurs années nous voyons émerger la question des violences gynécologiques et obstétricales.

L'ANSFL a décidé de se saisir de cette question et de lancer une enquête en ligne auprès des usagères afin d'étudier le vécu du suivi gynécologique et obstétrical assuré par les sages-femmes libérales.

L'analyse des réponses permettra à la fois d'évaluer les pratiques et de faire des propositions d'amélioration.

Nous souhaitons que cette enquête soit largement relayée afin qu'un maximum de femmes puisse y participer.

#### POUR EN SAVOIR PLUS :

<https://ansfl.org/acccynobs>



# Taux de césarienne selon l'utilisation du partogramme de l'OMS versus les recommandations de Zhang dans l'étude de l'évolution du travail: essai multicentrique contrôlé randomisé par groupe

## *The frequency of intrapartum caesarean section use with the WHO partograph versus Zhang's guideline in the Labour Progression Study (LaPS): a multicentre, cluster-randomised controlled trial*

### BACKGROUND

There is an ongoing debate concerning which guidelines and monitoring tools are most beneficial for assessing labour progression, to help prevent use of intrapartum caesarean section (ICS). The WHO partograph has been used for decades with the assumption of a linear labour progression; however, in 2010, Zhang introduced a new guideline suggesting a more dynamic labour progression. We aimed to investigate whether the frequency of ICS use differed when adhering to the WHO partograph versus Zhang's guideline for labour progression.

### METHODS

We did a multicentre, cluster-randomised controlled trial at obstetric units in Norway, and each site was required to deliver more than 500 fetuses per year to be eligible for inclusion. The participants were nulliparous women who had a singleton, full-term fetus with cephalic presentation, and who entered spontaneous active labour. The obstetric units were treated as clusters, and women treated within these clusters were all given the same treatment. We stratified these clusters by size and number of previous caesarean sections.

The clusters containing the obstetric units were then randomly assigned (1:1) to the control group, which adhered to the WHO partograph, or to the intervention group, which adhered to Zhang's guideline. The randomisation was computer-generated and was done in the Unit of Biostatistics and Epidemiology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway, and investigators in this unit had no further involvement in the trial. Our study design did not enable masking of participants or health-care providers, but the investigators who were analysing the data were masked to group allocation. The primary outcome was use of ICS during active labour (cervical dilatation of 4-10 cm) in all participating women. The Labour Progression Study (LaPS) is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT02221427.

### FINDINGS

Between Aug 1, 2014, and Sept 1, 2014, 14 clusters were enrolled in the LaPS trial, and on Sept 11, 2014, seven obstetric units were randomly assigned to the control group (adhering to the WHO partograph) and seven obstetric units were randomly assigned to the intervention group (adhering to Zhang's guideline).

Between Dec 1, 2014, and Jan 31, 2017, 11 615 women were judged to be eligible for recruitment in the trial, which comprised 5 421 (46.7 %) women in the control group units and 6 194 (53.3 %) women in the intervention group units. In the control group, 2 100 (38.7 %) of 5 421 women did not give signed consent to participate and 16 (0.3 %) women abstained from participation. In the intervention group, 2 181 (35.2 %) of 6 194 women did not give signed consent to participate and 41 (0.7 %) women abstained from participation. 7 277 (62.7 %) of 11 615 eligible women were therefore included in the analysis of the primary endpoint. Of these women, 3 305 (45.4 %) participants were in an obstetric unit that was randomly assigned to the control group (adhering to the WHO partograph) and 3 972 (54.6 %) participants were in an obstetric unit that was randomly assigned to the intervention group (adhering to Zhang's guideline). No women dropped out during the trial. Before the start of the trial, ICS was used in 9.5 % of deliveries in the control group obstetric units and in 9.3 % of intervention group obstetric units. During our trial, there were 196 (5.9 %) ICS deliveries in women in the control group (WHO partograph) and 271 (6.8 %) ICS deliveries in women in the intervention group (Zhang's guideline), and the frequency of ICS use did not differ between the groups (adjusted relative risk 1.17, 95 % CI 0.98-1.40;  $p = 0.08$ ; adjusted risk difference 1.00 %, 95 % CI -0.1 to 2.1). We identified no maternal or neonatal deaths during our study.

### INTERPRETATION

We did not find any significant difference in the frequency of ICS use between the

obstetric units assigned to adhere to the WHO partograph and those assigned to adhere to Zhang's guideline. The overall decrease in ICS use that we observed relative to the previous frequency of ICS use noted in these obstetric units might be explained by the close focus on assessing labour progression more than use of the guidelines. Our results represent an important contribution to the discussion on implementation of the new guideline.

### LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

**Partograph** : partogramme - **Cluster randomised controlled trial** : essai contrôlé randomisé par groupe - **For assessing** : pour évaluer - **Assumption of a linear labour progression** : principe/hypothèse d'une progression linéaire du travail - **We aimed** : notre but a été - **Women treated within these clusters** : les femmes prises en charge dans ces groupes - **Previous** : antérieur/antécédent - **Randomly assigned** : réparti de manière aléatoire - **No further involvement** : aucun engagement - **Did not enable masking of participants or health-care providers** : ne permettait pas de masquer les participants ou les soignants - **Therefore** : par conséquent - **Dropped out** : ont abandonné - **Overall decrease** : diminution globale.

Bernitz S, Dalbye R, Zhang J, M Eggebo T, Frosliø KF, Olsen IC, Blix E, Oiant P.

LANCET 2019; 393: 340 – 48.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31991-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31991-3).

## Facteurs de risque per-partum d'acidose néonatale en cas de tentative d'accouchement voie basse chez les fœtus en présentation podalique

### *Per-partum risk factors of neonatal acidemia in planned vaginal delivery for fetuses in breech presentation*

#### OBJECTIF

Le débat autour de la voie d'accouchement pour les fœtus en présentation podalique s'articule autour de la survenue plus fréquente d'acidose néonatale (pH < 7,15) en cas de naissance par voie basse par rapport à une césarienne programmée. Ainsi l'objectif était d'évaluer les facteurs per-partum influençant la survenue d'une acidose néonatale en cas de tentative d'accouchement par voie basse chez les fœtus en présentation podalique.

#### MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique de type cas-témoins incluant les tentatives d'accouchement par voie basse d'un singleton vivant en présentation du

siège à terme entre 2012 et 2016. Ont été appariés le groupe « cas » défini par un pH néonatal 7,10 et le groupe « témoins » défini par un pH néonatal pH 7,20. Ont été relevées les caractéristiques maternelles, du travail, et le devenir néonatal.

#### RÉSULTATS

Cent trente-deux patientes ont été incluses dont 44 dans le groupe « cas », chacune appariée selon le type de siège à 2 patientes du groupe « témoins », soit 88. En analyse multivariée, les facteurs de risque significatifs identifiés étaient l'utilisation de l'oxytocine (ORa : 5,663 [IC95 % : 1,844 – 17,397]), les anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) « risque élevé » selon la classification FIGO (ORa : 10,997 [IC95 % :

1,864 – 64,866]) et les ARCF pendant les efforts expulsifs de type Melchior 2 (ORa : 8,088 [IC95 % : 1,192 – 54,875]) et Melchior 4 (ORa : 12,705 [IC95 % : 1,157 – 139,541]).

#### CONCLUSIONS

Ces facteurs de risque doivent être connus pour optimiser la gestion du travail en cas de tentative d'accouchement voie basse par le siège.

M. Vannerum, D. Subtil, E. Drumez, C. Brochot, V. Houfflin-Debarge, C. Garabedian.

GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE FERTILITÉ & SÉNOLOGIE 47 (2019) 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.036>

## Vaginal dysbiosis and the risk of human papillomavirus and cervical cancer: systematic review and meta-analysis

### *Dysbiose vaginale et risque de papillomavirus humain et de cancer du col utérin : revue systématique et méta-analyse*

#### OBJECTIVE

The vaginal microbiota proposedly influence the association between human papillomavirus and cervical cancer. Our aim was to assess whether vaginal dysbiosis affects human papilloma virus acquisition, persistence, and progression to related cervical premalignancy.

#### DATA SOURCES

MEDLINE, Embase, CINAHL, Cochrane Library, and Web of Science (inception until June 2018) were used for this study. The study protocol was registered at PROSPERO (CRD42016035620).

#### STUDY ELIGIBILITY CRITERIA

This systematic review included all observational studies reporting on incident human papilloma virus, persistent human papilloma virus, and/or related cervical disease in women with or without vaginal dysbiosis prior to outcome assessment.

#### STUDY APPRAISAL AND SYNTHESIS METHODS

We used random-effects models for meta-

analyses and report pooled relative risks with 95 % confidence intervals. The risk for incident and/or persistent human papilloma virus or related cervical disease based on longitudinal results was determined.

#### RESULTS

Of 1645 unique articles, 15 mainly prospective cohort studies were included, published between 2003 and 2017, including a total of 101,049 women. Vaginal dysbiosis was associated with an increased risk of incident human papilloma virus (overall relative risk, 1.33, 1.18-1.50, I<sup>2</sup> = 0 %; among young women relative risk, 1.43, 1.10-1.85, I<sup>2</sup> = 0 %), human papilloma virus persistence (overall relative risk, 1.14, 1.01-1.28, I<sup>2</sup> = 44.2 %; for oncogenic types relative risk, 1.18, 1.01-1.38, I<sup>2</sup> = 0 %), and high-grade lesions and cancer (relative risk, 2.01, 1.40-3.01, I<sup>2</sup> = 0 %), but women with lesions/cancer were compared with those without, regardless of their oncogenic human papilloma virus status. Overall, comparable results were found in the molecular vaginal microbiota studies.

#### CONCLUSION

This study supports a causal link between vaginal dysbiosis and cervical cancer along the oncogenic human papillomavirus acquisition, persistence, and cervicovaginal dysplasia development pathway.

#### LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Proposedly influence: influencerait - Our aim was to assess whether: notre but était d'évaluer que... - Prior: antérieur/antécédent - Assessment: évaluation - Pooled: mis en commun/combiné - Increased: augmenté - Overall: global - Regardless: indépendamment - Along: selon - Pathway: trajet.

Brusselsaers N, Shrestha S, van de Wijgert J, Verstraelen H.

AM J OBSTET GYNECOL. 2018 DEC 12. PII: S0002-9378 (18) 32221-X. DOI: 10.1016/J.AJOG.2018.12.011. [EPUB AHEAD OF PRINT]

# LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

## ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

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

MARDI 18 JUNI 2019

de 9 h à 16 h

BREST - OCÉANOPOLIS

### PROGRAMME SCIENTIFIQUE

- 9 h - 9h20** Accueil des participants  
**9h20 - 9h30** Introduction: Pr Philippe Merviel - Brest
- Modérateurs:** Dr Christophe Trémouilhac (Brest),  
 Dr Stéphanie Quiniou-Pittion (Lorient)
- 9h30 - 10 h** Physiopathologie de la pré-éclampsie  
 Pr Thierry Fournier - Paris
- 10 h - 10h30** Historique de la pré-éclampsie, de l'Aspirine, des Dopplers  
 Pr Serge Uzan - Paris
- 10h30 - 11 h** Place des marqueurs angiogéniques dans la pathologie vasculo-placentaire - Pr Vassilis Tsatsaris - Paris
- 11 h - 11h30** Pause
- 11h30 - 12 h** Dépistage de la pré-éclampsie au premier trimestre, expérience toulousaine - Pr Christophe Vayssiere - Toulouse
- 12 h - 12h30** Présentation de l'étude PRECOP et ses premiers résultats - Dr Emmanuel Decroisette - Chambéry
- 12h30 - 14 h** Déjeuner et Visite d'Océanopolis

**LIEU** > Océanopolis  
 Port de plaisance du Moulin Blanc - 20200 Brest

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

- 14 h - 14h30** Facteurs de risque et prédiction des complications de la pré-éclampsie - Pr Franck Perrotin - Tours
- 14h30 - 15 h** Prise en charge clinique de la prééclampsie  
 Dr Christophe Trémouilhac - Brest
- 15 h - 15h30** Expérience brestoise sur les villites et marqueurs angiogéniques - Dr Claire De Moreuil - Brest
- 15h30 - 16 h** **TABLE RONDE**  
 Pr Uzan, Dr Tremouilhac et orateurs de la journée  
 Que faut-il retenir...
- 16h00** Conclusion du congrès - Pr Philippe Merviel

#### POUR TOUT RENSEIGNEMENT

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



30<sup>es</sup> Journées d'études de  
 l'Association Nationale des  
 Sages-Femmes Territoriales

**Sage-femme de PMI:  
 accompagner jusqu'au postnatal**

6 & 7 juin 2019 - Annecy - Haute-Savoie

**Judi 6 juin**

**MATIN**

Repérer pour mieux prévenir

**APRÈS-MIDI**

Accompagner le retour à domicile

#### POUR TOUT RENSEIGNEMENT

**CONTACT À L'ANSFT**

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

**Vendredi 7 juin**

**MATIN**

Prendre soin en postnatal

**APRÈS-MIDI**

Santé des femmes enceintes et de leur famille

**CONTACT AU DÉPARTEMENT**

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

Association Nationale  
 Natation & Maternité



PIONNIÈRE DEPUIS 1977

**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

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

Formations bi-annuelles

**PROCHAINES FORMATIONS**

▷ Clamart (92)

- Journée d'initiation étudiants Sages femmes (complet) : 4 juin 2019
- Stage prénatal : 21, 22, 23 oct. 2019
- Stage postnatal : 24 octobre 2019

▷ Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes

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](mailto:congres@eska.fr)

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](mailto:congres@eska.fr)



**Méthode Dalla Lana**

## FORMATIONS 2019

- **Démarrage de l'allaitement**  
Thonon Les Bains: 17-18/06/19  
Lille: 04-05/11/19  
Strasbourg: 16-17/12/19
- **Allaitement, sommeil de la mère et de l'enfant**  
Thonon Les Bains: 18-19/03/19  
Strasbourg: 20-21/05/19  
Lyon: 26-27/08/19  
Aix-en-Provence: 07-08/10/19  
Paris: 21-22/10/19
- **Quand allaiter rime avec douleur et troubles de la succion**  
*sur demande d'un groupe constitué, en inter ou en intra.*
- **Trop ou pas assez de lait: Régulation de la lactation**  
Nice: 01/04/19  
Bordeaux: 23/09/19  
Thonon Les Bains: 18/11/19
- **Accompagner le non-allaitement**  
Nice: 02/04/19  
Bordeaux: 24/09/19  
Thonon Les Bains: 19/11/19
- **Accompagnement pédiatrique par la sage-femme**  
*sur demande d'un groupe constitué, en inter ou en intra.*
- **Initiation à la thérapie manuelle dans l'accompagnement de l'allaitement maternel**  
Nice: 02-03 /12/19  
(Formation de Niveau 3)

**Prise en charge FIFPL ou DPC**  
Autres villes, autres dates, en intra ou en inter sur demande.

Ce programme est susceptible d'évoluer en cours d'année.

Organisme de formation enregistré sous le n° 93.06.07542.06  
Facebook: Céline Dalla Lana méthode Dallalana - LinkedIn: Céline Dalla Lana





Responsable de la formation: Céline Dalla Lana  
Contact formation & inscriptions: 06 72 39 13 36 - [methode.dallalana@gmail.com](mailto:methode.dallalana@gmail.com)  
Inscription possible en ligne sur: [www.methodedallalana.fr](http://www.methodedallalana.fr)



## FORMATIONS ANSFL 2019

Organisme de formation enregistré  
sous le n° 93 05 00814 05

TARIFS, DATES, ADHÉSION [www.ansfl.org](http://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 et lieu:** Organiser un groupe: contactez-nous

---

**L'INSTALLATION EN LIBÉRAL**

**Intervenante:** Laurence Platel (SF).

**Date et lieu:** Nantes fin juin 2019: contactez-nous

---

**LA PRATIQUE LIBÉRALE: CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS**

**Intervenante:** Laurence Platel (SF).

**Date et lieu:** Organiser un groupe: contactez-nous

---

**LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES À BAS RISQUES**

**Intervenante:** Amélie Battaglia (SF)

**Date et lieu:** 25-26 avril 2019 à Marseille

---

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

**Intervenante:** Nicole Andrieu (SF) • Session I

- Session I: Organiser un groupe: contactez-nous
- Session II: 17 mai 2019 à Paris

**EUTONIE: RÉÉDUCATION EN POSTNATAL**

**Intervenante:** Martine Gies (SF)

- **Session I:** Découverte  
**Date et lieu:** Organiser un groupe: contactez-nous
- **Session II:** Les pathologies urinaires (Pré requis: session I)  
**Date et lieu:** 26-27 sept. 2019 à Lyon
- **Session III:** Retrouver la mobilité et le dynamisme (Pré requis: session II)  
**Date et lieu:** fin 4<sup>e</sup> trim. 2019 à Lyon
- **Session IV:** Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre (Pré requis: session III)  
**Date et lieu:** fin 4<sup>e</sup> trim. 2019 à Lyon

---

**ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ**

**Intervenante:** Odile Tagawa (SF)

- Session I: Prénatal
- Session II: Postnatal  
**Date et lieu:** Organiser un groupe: contactez-nous

**Toutes nos formations: FIF-PL**

Contact Formation ANSFL: Martine Chayrouse  
[formation@ansfl.org](mailto:formation@ansfl.org) - Tél.: 07 82 19 11 59

## Pratiquer dès le lendemain du séminaire



# Institut Naissance & Formations



## Calendrier 2019

### Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh  
Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

PROGRAMME EN 3 ÉTAPES

- 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> étapes présentiels (dates indiquées ci-après)
- 3<sup>e</sup> étape non présentielle

**Niveau 1**

- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**  
Formatrice: Anne-Françoise Sachet  
- du 13 au 16/05/19 et du 17 au 20/06/19  
- du 26 au 29/08/19 et du 23 au 26/09/19
- **St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse**  
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine  
- du 11 au 14/03/19 et du 8 au 11/04/19  
- du 13 au 16/05/19 et du 11 au 14/06/19  
- du 9 au 12/09/19 et du 7 au 10/10/19
- **Vergèze (30) - La Clé des Chants**  
Formatrice: Corinne Roques  
- du 14 au 17/05/19 et du 11 au 14/06/19  
- du 17 au 20/09/19 et du 22 au 25/10/19

**Niveau 2**

- **St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse**  
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine  
Prochaines dates à venir
- **Vergèze (30) - La Clé des Chants**  
Formatrice: Corinne Roques  
Prochaines dates à venir
- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**  
Formatrice: Anne-Françoise Sachet  
- du 11 au 14/03/19 et du 1<sup>er</sup> au 04/04/19

### Travail Corporel en Rééducation Périnéale

- Durée: 4 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale  
Formatrice: Corinne Roques  
Programmation en région possible. Nous contacter.  
- du 25 au 28 avril 2019

### Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

- Durée: 3 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**  
Formatrice: Anne-Françoise Sachet  
- du 3 au 5 juin 2019  
- du 2 au 4 décembre 2019

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



**Medic Formation**

Formation professionnelle continue médicale



## Et si on prenait soin du soignant ?

### ■ Care, travail invisible, gratuit, non reconnu, source de burn-out pour le soignant ? 3 jours

- Apaiser la charge mentale pesante pour les professionnel(le)s
- Trouver le bon positionnement empathique pour limiter l'envahissement émotionnel et la souffrance
- Développer un engagement, source de reconnaissance

### ■ Yoga comme outil de soin 5 jours

- Adopter naturellement les positions qui soulagent le corps
- Prendre soin de soi au quotidien en agissant sur tous les systèmes corporels
- Vivre une harmonie totale entre le corps et l'esprit

### ■ Méditation de pleine conscience comme outil de soin 5 jours

- 32 pratiques expérientielles guidées
- Se libérer de conditionnements et automatismes permanents
- Savoir gérer son stress et ses émotions

### ■ Respirations et ancrage 3 jours

- Adapter sa respiration à la situation, obtenir un bon ancrage afin d'obtenir force, sécurité et tranquillité si importante pour le soignant
- Respirer la vie et puiser ses énergies dans la Nature

### ■ Qi Gong comme outil de soin 4 jours

- Elargir vos connaissances du soin à sa dimension énergétique
- Affiner vos perceptions pour être acteur de soin pour vous-même et vos patient(e)s
- Pratiquer un art, aussi beau que puissant

### ■ Massage ayurvédique chez la femme enceinte 4 jours

- (Re)-découvrir le corps, le lien corps-esprit l'art de toucher et se laisser touché(e)
- Accompagner les personnes dans ce qu'elles vivent dans leur corps, leur émotionnel et mental pour y trouver apaisement, compréhension et peut-être sens ou lâcher-prise et confiance

### ■ Eutonie et émotions 4 jours

- L'eutonie nous fait tendre vers le tonus juste, tant corporel que psychique. Vous saurez mieux, avec cette pratique respectueuse, comment accueillir vos émotions et les laisser se diluer pour ressentir un bel équilibre



*Pour une pratique libérale sereine, équilibrée et fructueuse*

### ■ Pratique libérale : organisation quotidienne et optimisation des cotations 3 jours

### ■ Développer et organiser son activité professionnelle 2 jours

#### NOUVELLES FORMATIONS

### ■ Périnée, mouvement et danse 3 jours

### ■ Naissance, mouvement et danse 3 jours

### ■ Infections et grossesse 3 jours

### ■ Faire face aux réticences en contraception 2 jours

Retrouvez toutes nos formations, lieux & dates sur [www.medicformation.fr](http://www.medicformation.fr)

#### FORMATIONS EN INTRA

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

**NOUS CONTACTER  
POUR UN DEVIS**



Medic Formation - Email : [contact@medicformation.fr](mailto:contact@medicformation.fr) - Site : [www.medicformation.fr](http://www.medicformation.fr) - Tél : 01 40 92 72 33

N° de déclaration d'activité 11 95 04903 95 - Agréé ODPC 1251 - Agréé DOKELIO/Intercart-orté Réf : OF-11646 - Référencé DataDock 005 70 55

VII<sup>e</sup> Congrès  
des DO

LES DIALOGUES  
DE L'OBSTÉTRIQUE

ANCIENNEMENT "JE SUIS LA SAGE FEMME"

2019

SAVE THE DATE

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

**Jeudi 14 novembre 2019**

**UIC-P, 16 rue Jean Rey, 75015 Paris**

L'INSCRIPTION AU CONGRÈS DONNE ACCÈS AUX 47<sup>ES</sup> JOURNÉES JEAN COHEN  
QUI SE DÉROULERONT AU MÊME ENDROIT LES 15 ET 16 NOVEMBRE

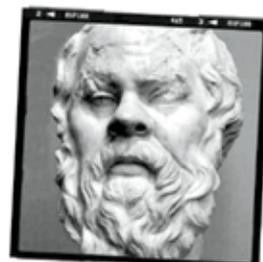
- PSYCHOLOGIE DE LA FEMME ENCEINTE
- PRATIQUES ET TECHNIQUES
- NOUVELLES APPROCHES DE L'ACCOUCHEMENT
- ÉCHOGRAPHIE
- ALLAITEMENT
- ANTISEPSIE ET DÉSINFECTION
- PÉRINÉE
- PRÉMATURITÉ
- MÉDECINE PÉRINATALE
- LES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES

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

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



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



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

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

Inscription CFEF adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS

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

Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35 - E-mail : [congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr) - Site : [www.eska.fr](http://www.eska.fr)

CFEF

LES DO

LES DOSSIERS  
DE L'OBSTÉTRIQUE

# sonicaid<sup>®</sup> Team 3

La nouvelle génération de  
cardiotocographes ante et intrapartum



Prise en charge des triplés



Archivage des tracés  
Base de données patientes



Ecran tactile intuitif  
Double affichage numérique ou tracé



Paramètres maternels  
Surveillance RCM, PNI, SpO<sub>2</sub>



## Analyse OXFORD

Système expert breveté et exclusif d'aide à la décision. Critères de Dawes & Redman. Base de données de 100 000 tracés CTG.



**TECHMED**

**Le spécialiste du monitoring foetal**

Retrouvez-nous sur [www.techmed.fr](http://www.techmed.fr) ou contactez-nous au 01 48 03 88 88

8 rue de l'Hôpital Saint-Louis 75010 Paris - Tél : 01 48 03 88 88 - [info@techmed.fr](mailto:info@techmed.fr)



# GRANDIR NATURE

votre partenaire de confiance  
pour accompagner les allaitements

NUMÉRO DÉDIÉ AUX PROFESSIONNELS



03 88 50 07 99

**Ensemble, œuvrons pour que chaque allaitement devienne  
une expérience unique et une source de bien-être.**

Grandir Nature propose une large  
sélection de tire-lait électriques\*,  
livrés gratuitement partout en France,  
pour répondre aux besoins des mamans.



## Valérie et Laura,

nos consultantes en lactation  
IBCLC, nos équipes de conseillères  
formées et passionnées sont  
à votre disposition :

 [consultante-lactation@grandir-nature.com](mailto:consultante-lactation@grandir-nature.com)



**GRANDIR NATURE**

aider les mamans

**NUMÉRO DÉDIÉ AUX MAMANS**  
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

**N° Vert 0 800 622 833**



[www.grandir-nature.com](http://www.grandir-nature.com)

[www.leblogallaitement.com](http://www.leblogallaitement.com)

\* Tous nos tire-lait électriques sont des dispositifs médicaux de classe IIa qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE.  
LPPR : code 1129440 (7,50€) pour la location hebdomadaire; code 1140252 (12€) pour le set de pompage simple. Grandir Nature est un prestataire conventionné n° FINESS 672656030