

Femmes, maternité et condition sociale

Autor(en): **Hofner, Marie-Claude**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **82 (1984)**

Heft 6

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951250>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Femmes, maternité et condition sociale

Par Marie-Claude Hofner, médecin, Yverdon-les-Bains

«Les Français n'ont jamais été égaux devant la mort: de tout temps l'espérance de vie d'un rentier a été supérieure à celle d'un manoeuvre ou d'un boulanger. Mais au lieu de se réduire cet écart s'accroît depuis 25 ans...»¹. Cette affirmation, basée sur des données officielles de l'INSEE, dément brutalement certains lieux communs bien ancrés. Nombre de grandes études récentes montrent que dans les pays économiquement développés, non seulement l'espérance de vie stagne mais que l'inégalité face à la maladie ou à l'espérance de vie n'a cessé de s'accroître entre les différentes catégories socio-économiques. Soulignons que les études qui paraissent actuellement ne prennent pas encore en compte les résultats de la période de grave crise économique actuelle, qui certainement ne feront qu'aggraver les résultats de ces vingt-cinq dernières années. Cette inégalité touche l'homme en ce qu'il a de plus élémentaire, sa vie, et met en cause une de ses aspirations les plus légitimes, «être en bon état de vivre»!

«Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droit...», dit la Déclaration universelle des droits de l'homme (10 décembre 1948, art. 1) ... mais certains naissent plus égaux que d'autres.

La chance pour une femme de mettre au monde un enfant sain et viable, la possibilité pour un enfant de jouir d'un développement normal sont aussi étroitement dépendantes du niveau social et économique.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) énumère ainsi les différents indicateurs de «chances» à la naissance: «La mortalité infantile, la mortalité périnatale, la prématurité et le LBW (low birth weight) évoluent plus ou moins de pair et sont de très fiables indicateurs du stade de développement d'une société, de l'état de santé d'une population»². Reprenons-les un à un.

* *La mortalité infantile* (nombre de décès durant la première année de vie pour 1000 naissances vivantes) est en moyenne dix fois plus élevée dans les pays en voie de développement que

dans les pays industrialisés (150% contre 15% selon les World's Children data Sheet).

* *La mortalité périnatale* (mort-nés et enfants morts durant la première semaine de vie pour 1000 naissances) était aux USA en 1976 de 21% pour l'ensemble de la population. Mais si l'on considérait uniquement la population noire, indienne, portoricaine et blanche pauvre du Sud ce taux s'élevait alors à 40%³.

En Suisse ce taux est parmi les plus bas d'Europe, avec la Suède et la Bulgarie, mais vu de plus près il nous réserve des surprises: par exemple si le taux de mortalité périnatale est de 10,8% en 1977 pour les enfants légitimes il fait plus que doubler pour les enfants naturels (21,8%)⁴. Or nous pouvons, en nous appuyant sur les données recueillies entre autres par l'équipe du professeur Minkowski à la Maternité de Port-Royal, émettre l'hypothèse qu'en Suisse comme en France les grossesses illégitimes se rencontrent beaucoup plus fréquemment dans les milieux à scolarité courte et à bas revenu. Nous voyons donc qu'en Suisse, bien que le taux global soit bas, les écarts sont très importants entre catégories sociales. (Il est intéressant de savoir qu'en Suisse l'on ne dispose pas de statistiques donnant la mortalité périnatale ventilée par exemple selon le niveau socio-économique ou le type de profession des parents, chiffres que l'on peut trouver pour la majorité des pays européens...)

* *La prématurité* (enfants nés entre la 28^e et la 37^e semaine de grossesse). Selon une étude allemande, le taux de prématurité est à peu près le même pour les femmes étrangères et les femmes allemandes hospitalisées en salle commune (9,2%); par contre il est nettement moindre pour les femmes allemandes hospitalisées en divisions privées (4,9%)⁵

* *Le LBW ou enfants de petit poids à la naissance* (moins de 2500 grammes) est une définition de plus en plus utilisée comme indicateur de santé, car d'une part il est beaucoup plus facile à mesu-

rer dans toutes les situations que le nombre de semaines de gestation, et que d'autre part, il paraît aussi nettement lié aux conditions de santé que les autres facteurs.

Les risques et leurs conséquences

Or si chacun peut imaginer la réalité directement dramatique qui se cache derrière les taux de mortalité infantile, on connaît souvent moins bien les conséquences de la prématurité ou du LBW. Ce groupe d'enfants à risque présente un taux de mortalité périnatale et de mortalité infantile plus élevé, une susceptibilité accrue à la maladie, un taux de handicap plus important que les autres enfants. Une étude britannique a démontré que la prématurité triplait le risque d'arriération intellectuelle, et qu'il existait une corrélation significative entre atteintes neurologiques majeures et LBW⁶. En 1969 «en France la mortalité périnatale était alors de 26%. Chaque année 22000 enfants mouraient durant les quinze semaines de la période périnatale et 40000 selon des estimations variables souffraient d'un handicap acquis ou manifesté durant cette période, dont 25000 de déficience mentale.»⁷ Parmi les handicaps les plus fréquemment rencontrés citons l'infirmité motrice cérébrale, et d'autres affections du système nerveux central, les troubles de l'ouïe et de la vue (étude OMS déjà citée).

Le véritable coût social et affectif de telles situations n'est évidemment pas «calculable». Mais les USA et la France qui, au début des années soixante-dix, ont mis sur pied des programmes de santé publique visant à prévenir la grossesse à risque, ont effectué des estimations de tels programmes. Il en ressort que ces grossesses à risque coûtent cher à la société alors que des mesures de prévention reviennent infiniment moins cher. Aux USA le coût financier des handicaps périnataux fut évalué à 15 milliards de dollars par an, soit 2,5% de la production intérieure brute. En France où, après dix ans d'un programme de prévention nationale, la mortalité périnatale a passé de 26% à 15% avec une réduction parallèle du taux des handicaps, l'estimation du coût de la politique mise en place fut de 0,9 milliard de francs français pour un avantage économique de 7 milliards!

Les causes de la grossesse à risque

Une grossesse à risque est une grossesse qui présente une probabilité plus élevée de complications que la moyenne. La littérature scientifique⁸ distingue

deux groupes de causes: les causes identifiables et les causes «idiopathiques». Les causes identifiables (qui varient selon les études entre 30 et 60% du total des causes!) sont soit maternelles (infections, hypertension artérielle, diabète, dénutrition, carences, etc.), soit ovulaires (grossesse multiple, incompatibilité rhésus, malformation, problèmes placentaires, etc.). Les causes «idiopathiques» sont celles dont on ignore le mécanisme pathologique. Les études à ce sujet démontrent simplement une corrélation statistique entre certaines situations et une fréquence élevée de grossesses à risque.

Parmi ces causes citons: l'âge de la mère (moins de 20 ans ou plus de 36 ans), la taille, son poids, la race et la nationalité, l'état civil, les antécédents obstétricaux (grossesses rapprochées, avortements, fausses couches, grossesse non désirée, etc.), la consommation de tabac ou d'alcool durant la grossesse, le type de travail durant la grossesse et la fatigue qu'il occasionne, le nombre d'heures et le genre de transport durant la grossesse, le nombre de consultations prénatales, etc.

Cette énumération, non exhaustive, fait ressortir que la plupart des facteurs de risques ont comme dénominateur commun le niveau socio-économique des parents, il est certainement le pivot central des inégalités constatées quant à l'issue de la grossesse. «Un faible niveau socio-économique est plus fréquent chez les patientes ayant accouché avant terme que chez les patientes témoins; un niveau élevé diminuera de façon nette l'incidence de la prématurité.» (Revue française de gynécologie et d'obstétrique, vol. 75, n° 6, Paris 1980)

En Suisse par exemple le taux de mortalité périnatale a diminué plus brutalement à partir de 1975 que durant les dix années précédentes, vraisemblablement du fait du départ massif des travailleurs immigrés de notre pays⁹. Au vu d'études suisses alémaniques comparant le taux des grossesses à risque chez les femmes suisses et immigrées¹⁰, cette corrélation semblerait se confirmer, mais les facteurs génétiques ne sont certainement pas seuls en cause! «Ainsi, les chercheurs ne sont guère unanimes quant à l'influence des facteurs ethniques et génétiques que l'on confond souvent avec des différences sociales, culturelles et économiques.» (bulletin de l'OMS, déjà cité)

Et bien sûr, nous ne savons que trop la place occupée massivement dans notre pays, dans les catégories sociales les plus basses, par les travailleurs immigrés. Pour permettre une évaluation des

COEFFICIENT DU RISQUE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

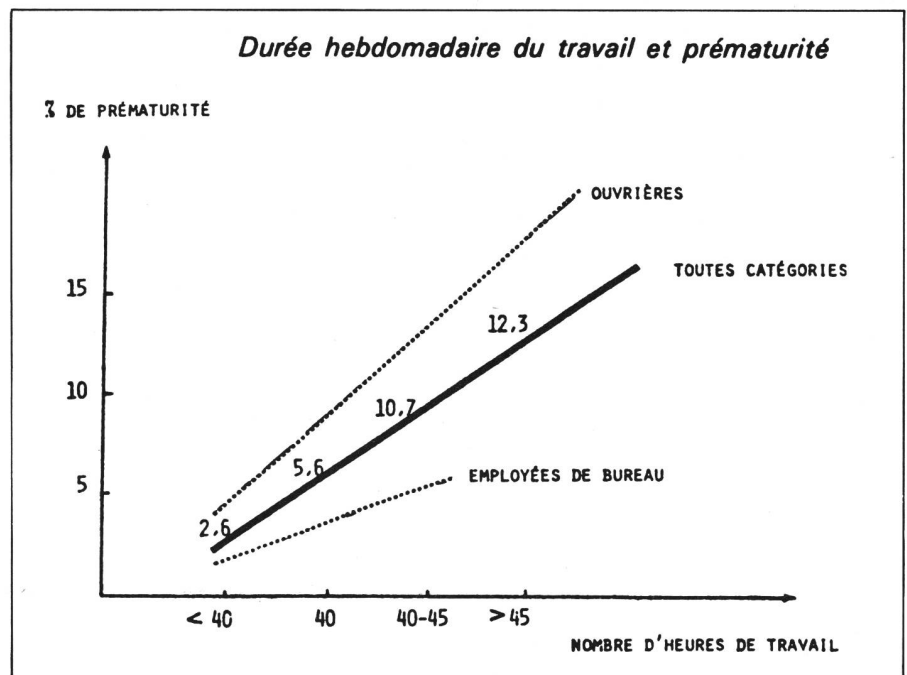
1	- 2 enfants ou plusieurs sans aide familiale - bas niveau socio-économique	- 1 curetage - court intervalle après grossesses précédentes (1 an entre acc. et féc.)	- travail à l'extérieur	- fatigue inhabituelle - prise de poids excessive
2	- grossesse illégitime non hospitalisée en maison maternelle - moins de 20 ans - plus de 40 ans	- 2 curetages	- plus de 3 étages sans ascenseur - plus de 10 cigarettes par jour	- moins de 5 kg de prise de poids - albuminurie - hypertension + de 13 + de 8
3	- très bas niveau socio-économique - moins de 1,50 m - moins de 45 kg	- 3 curetages ou + - utérus cylindrique	- longs trajets quotidiens - efforts inhabituels - travail fatigant - grand voyage	- siège à 7 mois - chute de poids le mois précédent - tête basse - segment inférieur formé
4	- moins de 18 ans			- pyélonéphrite - métrorragies du 2 ^e trimestre - col court - col perméable - utérus contractile
5		- malformation utérine - 1 avortement tardif - 1 accouchement prématuré		- grossesse gémellaire - placenta praevia - hydramnios

facteurs de risque lors d'une grossesse, l'équipe du professeur Papiernik en France a établi un tableau permettant de calculer le coefficient du risque d'accouchement prématuré (tableau ci-dessous). Le risque s'accroît de haut en bas du tableau, de 1 à 5 on calcule la somme des points accumulés par la mère, et si le total est supérieur à 10 la grossesse est dite à risque. Il est intéressant de noter que vivre au troisième étage sans ascenseur est aussi dangereux que de présenter une hypertension durant sa grossesse; qu'avoir de longs trajets quotidiens est aussi dangereux qu'un utérus cylindrique!

Travail et facteurs de risques

La fatigue liée au travail durant la grossesse est un des facteurs le plus massivement reconnu comme dangereux. Pour analyser plus en détail ce point central, nous nous référons tout au long de ce paragraphe à deux enquêtes nationales françaises de l'INSERM de 1972 et 1976 ainsi qu'à une remarquable enquête menée dans deux grandes maternités de Lyon et de Haguenau par les professeurs N. Mamelle et P. Lazar, de 1977 à 1978.

La fatigue ressentie par les femmes au cours de l'exercice professionnel a été



appréciée de manière subjective: qualité bonne ou médiocre de leur travail et de son environnement, «pénibilité» particulière ressentie durant la grossesse, et de manière objective à partir d'une description très analytique des conditions de travail incluant: posture, travail sur machine, répétitivité des gestes, charges physiques, charges mentales, environnement (chaleur, bruit, éclairage, manipulation de produits toxiques) et transports. Ces éléments analytiques ont permis de construire des «indices de fatigue professionnelle». Parallèlement des indices de «fatigue familiale» ont été définis. En ce qui concerne l'issue de la grossesse, deux facteurs ont été pris en compte: la prématurité et le LBW. Les résultats sont éloquent!

** Prématurité et durée hebdomadaire du travail.*

Quelle que soit la catégorie professionnelle, il apparaît une relation linéaire significative entre le taux de prématurité et la durée hebdomadaire du travail: travail à temps partiel: 2,6% de naissances prématurées; 40 heures: 5,6%; 40 à 45 heures: 10,7% et 12,3% au-delà de 45 heures.

** Catégories professionnelles et risque de prématurité.*

Le personnel de service (vendeuses, serveuses, etc.) présente un taux de prématurité de 10%, donc proche du maximum enregistré.

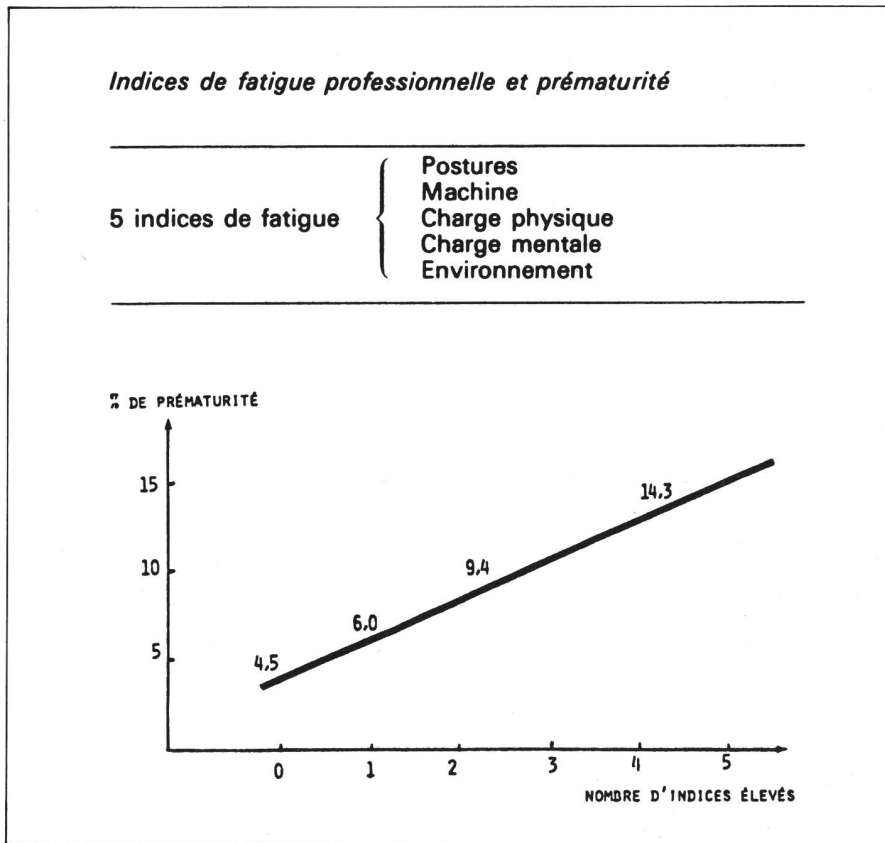
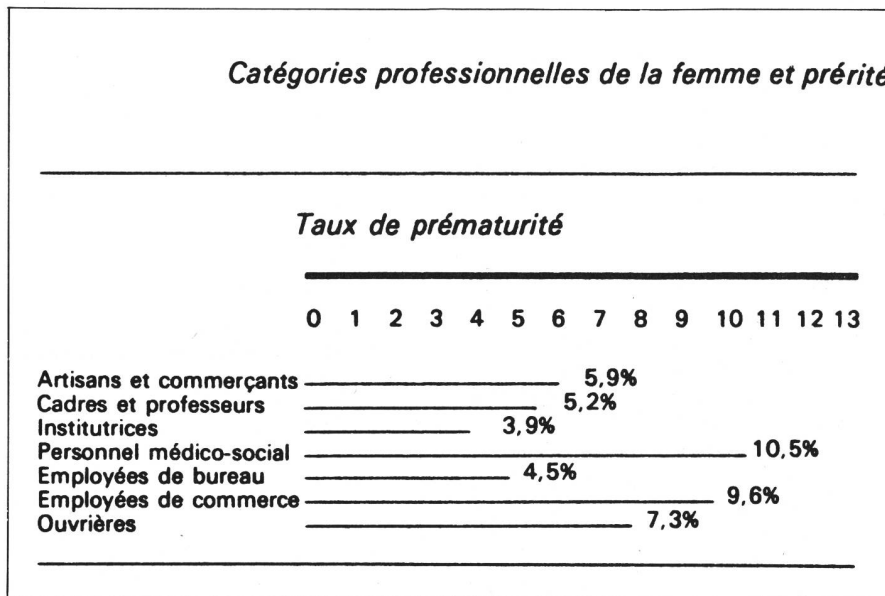
** Indices de fatigue professionnelle et prématurité.*

Le cumul des sources de fatigue est déterminé par le nombre d'indices de fatigue et le temps de travail. La relation est linéaire entre l'augmentation du taux de prématurité. Les variations du taux semblent particulièrement sensibles aux indices: posture, travail sur machine, charge physique, charge mentale et environnement. Dans cette étude, plus de la moitié des femmes cumulaient de 3 à 5 sources de fatigue concomitantes et assumaient ainsi un risque pour leur enfant trois fois plus important que les femmes ne montrant aucun indice et travaillant dans de bonnes conditions d'environnement.

Il est intéressant de noter que parmi les postures les plus «dangereuses» se trouve la position debout les bras au-dessus de la tête, position qui est celle, par exemple, des coiffeuses presque constamment!

Une constatation surprenante ... qui ne l'est pas vraiment

Les résultats comparant les taux de prématurité chez les femmes travaillant à



plein temps et les femmes dites sans profession montrent un taux plus élevé de prématurité chez les «ménagères»! Or il n'apparaît pas de relation entre tâches ménagères lourdes et prématurité. Quelle bonne occasion pour les médias, qui d'ailleurs ne s'en sont pas privés, de dire que «le travail exerce un effet protecteur». Mais à y regarder de plus près il apparaît que les groupes de femmes au foyer ayant un taux de prématurité élevé présentent un profil sociologique particulier: près du double de femmes migrantes et d'épouses de manœuvres. Le niveau socio-économique joue donc un

rôle déterminant. Une analyse spécifique portant sur les seules accouchées françaises montre les effets différents du travail des femmes sur le taux de prématurité, selon les catégories de niveau de vie. Les femmes de condition socio-économique élevée ont un taux de prématurité faible, celui-ci s'élève un peu si la femme travaille. Alors que pour les femmes de condition socio-économique moyenne ou faible le rapport s'inverse. L'élévation du niveau économique du couple induite par le salaire de la femme produit cette relative «aspiration vers le haut».

Cela se trouve confirmé par le fait que les taux les plus bas se rencontrent chez les femmes travaillant à mi-temps, et que celles-ci appartiennent majoritairement aux couches moyennes et élevées de la population.

Mais il est bon toutefois de rappeler que les taux de prématurité les plus élevés chez les femmes «sans profession» sont malgré tout inférieurs à ceux rencontrés chez les femmes travaillant plus de 45 heures!

La prévention, ça marche!

Ces mêmes études démontrent que lorsque les conventions collectives prévoient des changements de poste ou des diminutions du temps de travail pour les femmes enceintes, ces mesures s'accompagnent d'une diminution significative du taux de prématurité.

Il est bien entendu difficile d'exiger des modifications de poste (travailler assise plutôt que debout) ou une diminution du temps de travail quand, comme en Suisse, une protection même élémentaire contre les licenciements n'est pas assurée. L'ignorance des risques courus par la mère au travail a pour conséquence un désintérêt pour ce genre de problèmes. Cela même dans les secteurs où sont occupées beaucoup de femmes (par exemple dans le secteur hospitalier où les facteurs de risque s'accumulent: travail long, station debout, charges physiques et mentales lourdes, etc.). C'est pourquoi il faut stimuler partout la diffusion de ces informations et exiger dans les entreprises un allègement des conditions de travail les plus pénibles pour les femmes enceintes ainsi qu'une diminution du temps de travail et un allongement du congé de grossesse.

Un autre front de la prévention: les mesures de santé publique

Le programme français de prévention de la grossesse à risque, au début des années soixante-dix, recommandait entre autres mesures de santé publique:

- l'augmentation des visites prénatales (le professeur Minkowski recommande dix visites minimum alors qu'en Suisse quatre visites seulement sont intégralement remboursées);
- le dépistage lors de ces visites des grossesses à risque et l'orientation de ces patientes vers des centres spécialisés en néonatalogie.

Ces mesures, parmi d'autres, ont permis de diminuer presque de moitié le taux de mortalité périnatale et ont vu un décroissement parallèle du taux des handicapés¹¹.

Les bénéfices sont énormes du point de

vue strictement financier. Mais c'est évidemment la somme de souffrances et de malheurs évités qui fait la grandeur de la victoire! Ne pas se donner les moyens de réaliser une bonne prévention de la grossesse à risque, ne pas protéger efficacement la maternité est d'autant plus intolérable que dans ce domaine, contrairement à d'autres, la prévention a fait ses preuves.

¹ Guy Desplanques, «L'inégalité sociale devant la mort», in *Economie et Statistique* no 162, cité par *Le Monde* du 10 février 1984. Nous soulignons.

² Rapport trimestriel de statistique sanitaire mondiale 33/3, OMS, 1980.

³ Alexandre Minkowski, *Pour un nouveau-né sans risque*, Stock, 1981. Les définitions de

la mortalité périnatale varient un peu selon les pays mais sont, en gros, comparables.

⁴ Indicateurs sociaux pour la Suisse, vol. I, 1981.

⁵ *Therapeutische Umschau* 1975, vol. 32, no 9.

⁶ Davie, Butler, Goldstein, Londres, 1972.

⁷ Monnier, Deschamps et al., *Santé publique*, Sinep, 1980.

⁸ Janacek et Welti, *Gynäkologische Rundschau*, 1978; A. Weil et al., *Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie*, 1978; in Minkowski, op. cit.

⁹ Indicateurs sociaux pour la Suisse, vol. I, 1981.

¹⁰ *Therapeutische Umschau*, septembre 1975.

¹¹ Taux de mortalité périnatale: 1969: 26%, 1980: 15%. Rumeau-Rouquette C. et col, «Evaluation épidémiologique du programme de santé en périnatologie», in *Revue Epidémiologie sociale* 1977 25/107-129.

La nature au service de la future mère

par Marie Louise Wuilloud,
sage-femme, 2207 Coffrane

Suite et fin



L'accouchement, un grand moment

J'ai fait les recherches de ce chapitre en regardant particulièrement avec la profession de sage-femme. Je me suis demandée ce qui pourrait m'aider, dans l'incomparable pharmacopée de la nature, à tenir le rôle que je dois avoir auprès des femmes. Nous sommes appelées, les sages-femmes, à accompagner les futures mères dans leur aventure, de la conception de l'enfant jusqu'à la naissance et après encore! Des conseils judicieux et appropriés, des explications claires, une bonne surveillance et parfois une simple oreille attentive vont aider la femme à mener à bien sa grossesse et à arriver au moment tant attendu qu'est celui de la naissance de son enfant. Le rôle de la sage-femme à ce moment change mais il n'en demeure pas moins important.

L'accouchement et les temps qui l'entourent sont des instants particulièrement intenses. Leur vécu est profond et

marquera la mère, le père et aussi l'enfant! Le support actif, tant psychologique que matériel et pratique qu'apportera la sage-femme est primordial et fera aussi partie des bons ou mauvais souvenirs emportés par la famille. La femme bien préparée à vivre son accouchement, dans son corps et sa tête, pourra se prendre en charge et évoluer consciemment vers l'accomplissement de ce qui est son but, ceci sous le regard attentif de la sage-femme qui l'accompagne et surveille son travail. A l'accouchement lui-même, pour qu'il soit le plus possible dirigé vers l'optimum, la femme suivra les directives de la sage-femme, qui saura, à juste titre, être attentive et discrète, laissant le couple réaliser son attente.

Bien sûr le déroulement du travail, de l'accouchement ou de la période post-partum peuvent être perturbés ou marqués d'un quelconque problème. La