



L'INFO DES PROS

PARUTION N° 2024-3



LA PÉRINATALITÉ

SOMMAIRE

Les 1000 premiers jours, tout un programme	p.2
Assistance Médicale à la Procréation	p.4
Le centre hospitalier de l'Agglomération de Nevers	p.6
La filiation	p.9
La Protection Maternelle et Infantile de la Nièvre	p.11
L'accouchement sous X	p.13
Rencontre avec une sage femme libérale	p.15
Stress et Périnatalité	p.17
L'association 3 petites graines	p.19
Témoignage d'une ergothérapeute	p.20
La question de la temporalité en périnatalité	p.21

Édito

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) situe la période périnatale entre la vingt-huitième semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance du bébé. Selon de nombreux scientifiques, la périnatalité couvre une période plus large, s'étendant de la période pré-conceptionnelle jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

Depuis la fin du deuxième millénaire, dans de nombreux pays industrialisés, les progrès technologiques mis au service du diagnostic anténatal mettent en œuvre un nouvel acteur : le fœtus. Resté jusque là blotti dans l'intimité du sein maternel, à l'abri d'une certaine « invisibilité du dedans », l'embryon puis le fœtus deviennent des patients à part entière d'une grossesse rendue transparente par une médecine prénatale de plus en plus développée et conquérante.

Quand bien même nous ne connaissons pas encore précisément tous les mécanismes de l'ontogénèse des troubles psycho-affectifs et neurodéveloppementaux du jeune enfant, nous savons qu'ils prennent leurs racines dans les 1000 premiers jours et les interactions précoces qui commencent dès la vie intra-utérine.

Que de richesses dans cette période où émerge et se développe la vie ! Il aura fallu près de trente ans de recherches pour parvenir à la conclusion que les 1000 premiers jours de l'enfant constituent une période essentielle pour son bon développement et sa construction. Haro sur la conception du nourrisson vu comme un être immature et inachevé ! Enfin est venu le temps d'une prise de conscience universelle que le fœtus possède une fenêtre de vulnérabilités et que son environnement conditionne sa santé, voire son épigénétique. Les 1000 premiers jours, c'est le temps des premiers apprentissages, du développement cognitif et affectif, de la sociabilité.... Du point de vue du petit d'homme en devenir, cette période conditionne sa santé et son bien-être tout au long de sa vie. C'est aussi le temps fondamental de l'information, de la sensibilisation et de l'accompagnement des parents. Le tout dans la recherche constante d'une homéostasie commune : celle du fœtus/bébé, sujet en devenir ; celle des parents et de la famille élargie ; celle des soignants ; celle de la société.

Nous vous proposons ici de découvrir plus en profondeur cette période des 1000 premiers jours qui, bien plus qu'un programme, constitue un parcours en santé à part entière dans la politique de santé publique. Nous avons sollicité un entretien auprès de nos professionnels nivernais du service public, à savoir le centre hospitalier de Nevers et la Protection Maternelle et Infantile de la Nièvre. Nous sommes partis à la rencontre d'acteurs incontournables en la matière exerçant le métier de sage-femme ou d'ergothérapeute, d'une association engagée sur la thématique de l'allaitement et de l'accompagnement des jeunes parents.

Nous avons également abordé, sans aucune prétention, les difficiles sujets de l'assistance médicale à la procréation, de la filiation, de l'accouchement sous X, des conséquences engendrées par le stress pendant la grossesse sur le développement de l'enfant, pour finir sur la question de la difficile coexistence de 2 vécus temporels en périnatalité.

Je vous souhaite une bonne lecture, en espérant qu'elle vous soit passionnante et enthousiasmante !

MENTIONS LEGALES

Directrice de publication : Maria Michel -
Présidente d'Emeraude 58
Rédaction en chef : Gaëlle Tabordet -
Directrice du DAC 58
Rédaction et conception graphique :
DAC 58
Courriel : info@dac58.com



Gaëlle Tabordet
Directrice du DAC 58

L'importance de la phase prénatale et des premières années de vie n'est plus à démontrer. Il s'agit ici d'un moment clé pour le développement de l'enfant incluant sa santé, son bien-être et celui de ses parents. Ce concept des « 1000 premiers jours », lancé par l'UNICEF, englobe la phase de conception jusqu'aux 2 premières années de l'enfant, autrement dit depuis les premiers mois de grossesse (à partir de 10 semaines d'aménorrhée) jusqu'au seuil de l'école maternelle. Il pose ainsi les fondations de la vie, forgeant l'enfant vers l'adulte qu'il deviendra.

Au cours de cette période, l'apprentissage progresse très rapidement, bien plus vite qu'à tout autre moment de la vie. L'environnement physique, affectif et nutritionnel dans lequel évolue l'enfant façonne sa santé globale et son bien-être futur. Ces 1000 premiers jours offrent alors une multitude d'opportunités pour soutenir le bon développement de l'enfant. C'est aussi pour lui un temps de bouleversements et de vulnérabilités où il est particulièrement sensible à son environnement et aux événements de la vie. Pour les parents, c'est un temps de profonds changements qui peuvent être source d'émotions négatives et de fatigue. C'est pourquoi le binôme parents-enfant a besoin d'être soutenu, conseillé, accompagné afin d'accueillir et de vivre sereinement cette période. C'est également un temps charnière pour mettre en place une approche globale en décroissant les services et en encourageant les coordinations entre les différents professionnels à l'image d'une continuité prônée entre le temps de la grossesse et celui du postpartum. Le Gouvernement l'a bien compris et en a fait un sujet prioritaire de l'action publique.

L'enfant et les 1000 premiers jours

L'enfant, dès son stade fœtal, rencontre le monde sensoriel, celui vestibulaire, tactile, olfactif, gustatif, vibratoire, sonore et visuel, redondant et multimodal, situé dans l'espace et le temps. À l'adulte d'être guide et accompagnant pour que le fœtus puis le nourrisson en saisisse toutes les subtilités, y trouve un ajustement et un juste équilibre face à ce monde sensoriel. Cet accompagnement ne peut se jouer que dans une non-indifférence à la différence de l'autre comme le rappelle Bulinger dans ses enseignements en citant Levinas. Il s'agit ici d'aller à la découverte de l'autre dans toute son altérité, dans sa façon singulière de s'ouvrir au monde et dans une recherche de partage.

Depuis près de 50 ans, la recherche scientifique et les travaux cliniques s'intéressent à la façon dont le bébé prend conscience de lui-même et du monde. Ainsi, des travaux ont montré que le nouveau-né ne bouge pas au hasard, mais qu'il cherche à obtenir un effet sur le monde. Il cherche notamment à se percevoir lui-même et à

créer des conjonctions spatio-temporelles ou des contingences sensorimotrices. Il construit ainsi les bases de l'agentivité, c'est-à-dire qu'il construit les bases fondatrices de sa conscience d'être agent et acteur dans ce monde. Les mouvements généraux s'estompent pour laisser place à une motricité de plus en plus régulée, contrôlée, dirigée permettant au bébé de se situer ici et maintenant, en synchronie avec le monde qui l'entoure.

Il est établi qu'à travers sa plasticité initiale, l'être humain bénéficie d'apports environnementaux. À l'inverse, toute carence deviendra une perte de chances dans son développement. Pour l'Unicef, les inputs seraient plutôt de l'ordre nutritionnel et les outputs d'ordre cognitif et comportemental. Aujourd'hui cette vision peut sembler désuète et nécessite un élargissement de son concept. Les études neurodéveloppementales, neuroendocrinologiques et génétiques ont bien établi qu'il existe un continuum des modes d'interaction avec l'environnement embryon-

naire, fœtal, néonatal, développemental.

Autrement dit, de la méthylation à l'épigénétique, de la phase de conception au suivi de la grossesse, de la naissance jusqu'au développement des activités ludiques qui conduisent l'enfant à se constituer en tant qu'acteur dans ce monde, la logique reste la même : pour aider bébé, il est primordial de s'intéresser et de soutenir son environnement, qu'il soit biologique, sensoriel, interactif ou culturel. C'est bien ici l'un des messages cardinaux exprimés par la politique publique des 1000 premiers jours : « Le bébé est indissociable de son environnement ».



Le devenir parent et le naître humain

La parentalité périnatale englobe la synergie potentielle dans un espace conjugal et familial de 3 processus indissociables : le (re)devenir mère, le (re)devenir père et le naître humain. Entre rupture et continuité, la naissance est avant tout un passage d'une anticipation créative à la confrontation au nouveau-né.

On ne naît pas parent, on le devient... La parentalité, cela se fabrique avec des ingrédients complexes. Certains sont collectifs, ils appartiennent à une société tout entière, ils peuvent changer avec

le temps, ils sont juridiques, sociaux et culturels. D'autres sont plus intimes, privés, conscients ou inconscients, ils appartiennent à chacun des deux parents en tant que personne et en tant que futur parent, au couple, à la propre histoire familiale.

S'il n'a jamais été aisé de devenir parent(s), le défi de notre époque et civilisation actuelle n'est pas tant la préoccupation médicale d'une carence en nutriments et d'un accès aux soins de base (à la différence de pays pauvres où c'est la priorité absolue),

mais bien plutôt la complexité des dispositifs de prise en charge de la grossesse et de la naissance, le polymorphisme de l'information, la dépression périnatale croissante, l'épuisement parental, l'isolement des mères, l'hypersollicitation sensorielle du bébé avec ses conséquences sur le stress et le sommeil, les violences conjugales vécues dès le plus jeune âge de l'enfant, la stigmatisation des vulnérabilités dans une société très normée, la perte de disponibilité des parents.

Ce sont ici tous les enjeux d'une prévention précoce qui sont justement abordés dans le parcours des 1000 premiers jours. Ce parcours consiste à proposer un accompagnement sécurisé et personnalisé aux parents et à offrir un meilleur suivi et accompagnement aux premiers âges de la vie.

Plus qu'un programme, un véritable parcours

Initiée par un ensemble de mesures au niveau national depuis 2020, la politique des 1000 premiers jours s'est largement diffusée à travers la mobilisation des différents territoires et acteurs impliqués au quotidien dans la vie des enfants, des parents et futurs parents. Le 18 juillet 2023, le ministère de la Santé et de la Prévention publie une instruction interministérielle identifiant le déploiement des 1000 premiers jours de l'enfant comme une politique prioritaire du Gouvernement.

L'année 2023 a été une année pivot, permettant la poursuite des actions engagées depuis 2021 et mettant l'accent sur les situations de vulnérabilités et sur la prévention tout au long d'un parcours universel courant de la grossesse à l'école maternelle, en particulier en matière de santé environnementale et de santé mentale.

Le parcours des 1000 premiers jours se voit renforcé par la systématisation de l'entretien prénatal précoce (EPP). Ce dernier demeure une priorité et fait l'objet d'un suivi dans le cadre d'un nouveau baromètre de l'action publique qui fixe à 80 % l'objectif national à atteindre d'ici 2026. En miroir, l'entretien postnatal précoce (EPNP), rendu obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2022, doit être réalisé entre la 4^e et la 8^e semaine post accouchement. Le Gouvernement objective 60% d'EPNP d'ici 2026.

Pour ce faire, 3 moments clés sont identifiés : l'entretien prénatal précoce, le séjour à la maternité, et enfin le retour à domicile et les premières semaines post-accouchement. Ces étapes font l'objet d'une attention particulière et de la mise en place de nouvelles modalités.

La notion de parcours est corrélée à la mise en place dans la durée d'une politique coordonnée des différents professionnels de santé mobilisés pour tendre au décloisonnement des différents dispositifs inhérents à l'approche des 1000 premiers jours de l'enfant. Ainsi, les différents dispositifs de périnatalité incluant l'accompagnement des femmes enceintes, la prévention et la promotion de la santé de l'enfant, le soutien à la parentalité et la formation des professionnels s'inscrivent dans un continuum autour des 1000 premiers jours. Le dispositif de « la sage-femme référente » a pour objectif de favoriser la coordination des soins, en lien avec le médecin, les maternités de recours ainsi que la PMI si besoin. Les visites à domicile en pré et post-natal continuent d'être encouragées par tout moyen jugé approprié. Les staffs médico-psycho-sociaux des maternités sont renforcés afin de favoriser un suivi personnalisé et coordonné avec l'ensemble des professionnels libéraux et de PMI.

Des actions répondant aux spécificités et vulnérabilités se poursuivent en 2023 telle l'expérimentation du référent parcours périnatalité (RePAP) ou voient le jour à l'instar du lancement de 11 projets d'expérimentation pour 3 ans d'un modèle alternatif à l'hospitalisation à domicile (HAD) mention « enfant moins de 3 ans » pour répondre aux besoins spécifiques des nouveau-nés prématurés.



Il est toujours d'actualité de donner du temps aux parents (le congé paternité, doublé dans sa durée en 2021, fait aussi l'objet du nouveau baromètre de l'action publique) et d'améliorer la qualité de l'accueil du jeune enfant en plaçant le respect des besoins des jeunes enfants au cœur des objectifs et des pratiques.

Enfin, point d'efficacité sans diffusion des connaissances sur les 1000 premiers jours et sans sensibilisation du grand public, des parents et des professionnels. Pour ce faire, le site internet 1000-premiers-jours.fr est créé en 2021 afin de proposer des informations fondées scientifiquement en lien avec les besoins fondamentaux de l'enfant : un environnement sain et sûr, une alimentation adaptée, des relations affectives stables et sécurisantes. Le site 1000-premiers-jours.fr c'est 90 articles répartis en 4 rubriques, 25 vidéos animées, témoignages d'experts et de parents et 7 vidéos tournées en PMI, 40 questions/réponses, un outil « En pratique » simple et interactif pour recueillir des informations liées au quotidien. En 2022, le site a reçu plus de 2.5 millions de visiteurs avec une fréquence marquée pour les articles liés à l'alimentation, au sommeil et aux pleurs du bébé. Santé publique France va mener une nouvelle campagne dans le prolongement de celle de 2021 et 2022 « Devenir parent, c'est aussi se poser des questions » en s'appuyant sur des partenariats et des formats digitaux renouvelés.

En conclusion, nous pouvons souligner la tonalité concrète de la politique mise en place et du rapport des 1000 premiers jours. Tout ceci n'est cependant qu'une étape. Une évolution des mentalités est préalable à toute transformation des pratiques. L'entretien prénatal précoce (EPP) en a, par exemple, fait les frais en étant négligé à ses débuts à maints endroits de notre territoire ou bien réduit à un simple questionnaire de vulnérabilités. Il faut du temps pour habiter de nouvelles pratiques interprofessionnelles et personnalisées. Les ambitions gouvernementales déclinées au sein de chaque région et département sont à cet égard placées à un haut niveau, ce qui rend le défi des plus passionnants.

Gaëlle Tabordet
Directrice du DAC 58

1 - Comprendre le bébé dans tous les sens : l'importance des flux sensoriels pour soutenir la régulation émotionnelle, A. Borghini, dans Périnatalité 2021/2 (Vol 13), édition Lavoisier, P. 94.

2 - Ibid. P. 91

3 - Perception de soi et du monde dans l'espace et le temps.

4 - Regard critique sur le rapport « Les 1000 premiers jours. Là où tout commence », L. Rogiers, dans Périnatalité 2021/2 (Vol 13), édition Lavoisier, P. 59.

5 - Apaiser les enfants, une fonction parentale singulière et universelle, L'autre, cliniques cultures et sociétés, Jonathan Ahovi et Marie Rose Moro, 2011, vol 12, N°3P. 268.

6 - Schéma Régional de Santé 2023-2028, ARS BFC, P. 37

7 - Instruction interministérielle N° SGMCAS/2023/110 du 18 juillet 2023 relative à la déclinaison, pour 2023, de la politique relative aux 1000 premiers jours de l'enfant.

Assistance Médicale à la Procréation

L'Assistance Médicale à la Procréation, AMP (plutôt que PMA – Procréation Médicalement Assistée), est une technique médicale, qui regroupe l'insémination artificielle, la fécondation in vitro (FIV), ainsi que le transfert d'embryons, et qui obéit à un certain nombre de formalités juridiques.



Elle s'applique aux couples hétérosexuels, ou formés par deux femmes, unis par les liens du mariage, ou pacsés, ou en union libre, ainsi qu'aux femmes non mariées, désireuses d'une maternité.

Elle met l'accent sur l'aspect biologique de la natalité (maternité et accouchement), avant l'aspect juridique de la filiation, qui en découle, et qui est plus conséquentialiste, l'adoption, en revanche, mettant plutôt l'accent sur l'aspect juridique et la filiation.

L'AMP respecte l'adage juridique « c'est l'accouchement qui fait la mère »,

mais les nouvelles dispositions qui permettent, le cas échéant, en cas de donneur d'ovocytes, d'en connaître l'identité, fragilisent cet autre adage « mater semper certa est – la mère est toujours certaine », en questionnant ce qui définit la mère : maternité, accouchement, ou patrimoine génétique. L'accouchement apparaît cependant central.

C'est d'ailleurs cette importance accordée à l'accouchement qui pourrait différencier l'AMP de la GPA (Gestation pour Autrui), laquelle est illicite en France. En effet la GPA s'organise par rapport au projet de parentalité, et à l'établissement d'un lien de filiation, dont on annule le caractère biologique au profit d'un lien purement juridique, qu'on revendique.

D'une certaine manière dans la GPA il y a dissociation du biologique et du juridique, un peu comme dans le cas de l'adoption,

avec déni du biologique, alors que dans l'AMP c'est le juridique (le lien avec le donneur de gamètes) qui est mis entre parenthèses. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'une des manières la plus simple de résoudre les problématiques nées de la naissance par GPA réside dans l'adoption, ce que refusent souvent les personnes qui y ont recours, dont le projet de parentalité s'accompagne souvent d'une posture militante, qui peut oublier l'intérêt propre de l'enfant. Actuellement la France ne reconnaît pas la GPA, mais hésite à reconnaître

la filiation des enfants nés par GPA, en dehors de celle établie par rapport à sa famille biologique originaire, et à transcrire dans un acte un nouvel Etat Civil, même si la jurisprudence en cette matière est hésitante et parfois contradictoire entre les deux plus hautes juridictions nationales : Conseil d'Etat et Cour de Cassation. Tout au plus est-il accepté la retranscription d'un acte étranger s'il est régulier, à travers une procédure dite d'exequatur, c'est-à-dire de validation en droit français d'un acte de droit étranger.

**L'AMP respecte l'adage juridique
« c'est l'accouchement qui fait la mère »**

L'AMP utilise plusieurs techniques :

1°) L'insémination artificielle : introduction dans l'utérus de la femme du sperme du conjoint, ou du sperme congelé d'un donneur anonyme (en cas de stérilité du conjoint ; ou pour un couple de femmes ou une femme seule).

2°) La fécondation in vitro (FIV) : fécondation en laboratoire, puis transplantation de l'embryon dans l'utérus de la mère. Ceci peut s'effectuer avec l'ovule de la femme et le sperme d'un donneur, ou le sperme du conjoint et l'ovule congelé d'une donneuse anonyme, et, le cas échéant, avec des gamètes masculins et féminins provenant de donneurs anonymes. Le transfert d'embryons surnuméraires issus de donneurs anonymes s'apparente à la même technique.

L'AMP obéit à des formalités précises :

1°) Il y a des conditions liées à l'âge ; en ce qui concerne le recueil des gamètes, moins de 43 ans pour le recueil d'ovocytes, moins de 60 ans pour le recueil des spermatozoïdes ; en ce qui concerne l'intervention, moins de 45 ans pour la femme qui reçoit une insémination artificielle ou un transfert d'embryons, après FIV, et moins de 60 ans pour le partenaire, homme ou femme.

2°) Des conditions spécifiques à la FIV (fécondation in vitro) comme à l'accueil d'embryon (surnuméraire – par un couple ou une femme seule donneurs anonymes) qui la justifie : risque de transmission d'une maladie génétique, infertilité chez l'un ou l'autre membre du couple, femme seule ou couple de femmes.

Les démarches ne sont pas les mêmes selon qu'il y a ou non intervention d'un donneur extérieur au couple. Si seuls les gamètes du couple sont utilisés (cas d'impuissance sexuelle ou de frigidité), un ou plusieurs entretiens médicaux et psychologiques avec le service seront effectués, afin de clarifier la motivation de la demande. A l'issue, un délai de réflexion d'un mois, éventuellement prolongé s'il en va de l'intérêt de l'enfant à naître, en fonction de l'appréciation de l'équipe médico-psychologique, doit être observé. Passé ce délai d'un mois ou plus, le couple demandeur doit confirmer sa demande d'AMP par écrit auprès du médecin responsable de l'équipe la réalisant. En cas d'intervention d'un donneur, la procédure est identique, mais s'y ajoutent, durant les entretiens, une information sur l'accès

aux données non identifiantes du donneur (âge, pays de naissance, situation familiale et professionnelle), et sur l'identité du donneur (accès réservé à la personne majeure issue du don), ainsi qu'un consentement préalable des demandeurs devant notaire.

Dans tous les cas l'équipe médicale qui procèdera à l'acte doit donner son accord à la poursuite de l'intervention, qui est fonction de la probabilité de réussite de l'intervention, et des conditions estimées propices à l'accueil d'un enfant. Les motifs du report ou du refus sont communiqués par écrit aux demandeurs s'ils en font la demande.

L'AMP est prise en charge à 100% par l'as-

surance maladie, jusqu'à 6 inséminations artificielles et 4 FIV.

Il est désormais possible d'accéder aux données d'identification des donneurs, par les receveurs, en s'adressant, via des formulaires spécifiques disponibles sur le site du ministère de la santé, à la CAPADD (commission d'accès des personnes nées d'une assistance médicale à la procréation aux données des tiers donneurs). Pour les personnes nées de dons effectués avant le 1er septembre 2022 le consentement du donneur est nécessaire. Pour les dons effectués après le 31 août 2022 le consentement du donneur est obligatoire, et à partir du 31 mars 2025 aucun don ne pourra être utilisé sans ce consentement préalable.

Dans tous les cas l'équipe médicale qui procèdera à l'acte doit donner son accord à la poursuite de l'intervention

On constate donc une évolution vers une extension, et plus de souplesse, dans la mise en œuvre de ces dispositifs. Il reste qu'ils ne satisfont pas toutes les demandes (ainsi d'un couple d'hommes), ce qui pourrait interroger le principe d'égalité de tous devant la loi ; même si, jusqu'à présent la CEDH (Cour Européenne des Droits de l'Homme) n'a pas estimé que ceci constituait une atteinte fondamentale au droit.

Alain Vernet
Professeur Émérite
(Ethique-Bioéthique)
Université de Tours



Le centre hospitalier de l'Agglomération de Nevers

Le Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers (CHAN) est un acteur incontournable de la périnatalité au sein de la Nièvre. Il est effectivement le seul établissement du Groupement Hospitalier Territorial nivernais (GHT 58) à disposer d'une maternité et à réaliser en 2023 environ 1100 accouchements sur les 1300 naissances que comptabilise notre département.



Cadre contextuel

Nous le savons d'ores et déjà : la Nièvre est un département à la population vieillissante et le nombre de naissances est en constante diminution. En effet, le solde naturel n'a jamais été aussi bas¹ : de -810 en 2000, il atteint -1700 en 2020. La Nièvre comptabilisait 2212 naissances en 2000, 1981 naissances en 2010. Elles baissent drastiquement à 1484 en 2020 pour avoisiner 1300 naissances en 2023.

A l'instar des autres départements français, la Nièvre n'a pas non plus été épargnée par la fermeture de maternités. En 10 ans, notre département a perdu 3

maternités : celle de Clamecy a fermé en 2008, suivie par celle de Decize en 2010 et enfin celle de Cosne sur Loire en 2018. Des Centres Périnataux de Proximité (CPP) ont été créés à la suite de la fermeture des maternités afin de poursuivre la continuité des soins. La fermeture de la maternité d'Autun a également entraîné l'installation d'un CPP à Château-Chinon.

Le rôle d'un CPP est assez large, il comprend tout le suivi de grossesse : échographie, cours de préparation à la naissance, surveillance des grossesses pathologiques, informations autour du projet de

naissance... Seul l'accouchement ne peut pas s'y dérouler. Mais après la naissance, le CPP peut à nouveau suivre les nourrissons, prodiguer des conseils pédiatriques, permettre la rééducation du périnée. Le CPP assure aussi tout ce qui est suivi gynécologique : dépistage de maladies sexuellement transmissibles, contraception, IVG médicamenteuses, frottis... Il s'adresse à toutes les femmes, et pas seulement à celles qui ont un projet d'enfant.

Focus sur la maternité du CHAN

Le CHAN dispose d'une maternité de niveau 2B, c'est-à-dire qu'elle est en capacité de prendre en charge des bébés à partir de 32 semaines. Toute maman accouchant avant 32 semaines doit être prise en charge dans une maternité de niveau 3, à savoir au CHU de Dijon pour notre département.

Le service de la maternité du CHAN est composé de :

- 19 lits de maternité, dédiés à la prise en charge des mamans après l'accouchement par voie basse ou par césarienne.
- 3 lits de surveillance intensive de gros-

sesse. Ces lits sont réservés aux patientes nécessitant un suivi particulier impliquant un risque avéré d'accouchement prématuré (MAP), de femmes souffrant d'un diabète gestationnel difficile à équilibrer, avec un placenta prævia ou encore à placer urgemment sous protection.

- 2 lits de gynécologie pour les prises en charge de chirurgie et la gynécologie médicale
- 1 lit d'HDJ
- 4 salles de naissance dont une salle dite « nature » qui a démarré son activité en octobre 2023.

A savoir : L'augmentation du nombre de femmes suivies pour un diabète gestationnel est un indicateur caractéristique de la prévalence actuelle du diabète.

Le service est composé de 15 sage-femmes et 7 IDE, d'aides-soignantes et d'auxiliaires de puériculture ainsi que d'une psychologue qui travaille également en néonatalité.

Il est à noter que moins de 20% des accouchements réalisés par le CHAN sont fait par césarienne, en 2022.

Le suivi de grossesse :

Le CHAN épaula la ville et assure également des suivis de grossesse. Ces derniers sont pratiqués par les gynécologues ou les sages-femmes de l'établissement. Les sages-femmes ont pour mission de suivre la grossesse physiologique et le gynécologue-obstétricien assure le suivi de tout ce qui s'apparente au pathologique.

Des cours de préparation à la naissance sont proposés par les professionnels de l'établissement : la parturiente peut faire le choix entre des cours dit classiques ou des cours de sophrologie.

Le projet de naissance et l'accouchement :

Le plan périnatalité prévoit désormais la rédaction d'un projet de naissance. Ce dernier répond à l'article L 1111-4 du Code de la Santé qui stipule qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peuvent être pratiqués sans le consentement libre et éclairé du patient et que ce consentement peut être retiré à tout instant. Le projet de naissance est donc une liste des préférences de la parturiente concernant l'environnement hospitalier, les options médicales et les soins du nouveau-né immédiatement après sa naissance. Le projet (ou plan) de naissance fournit des indications au per-

Afin de prévenir tout risque évitable, les équipes du CHAN sont en relation très étroite avec les acteurs de la ville. Des staffs hebdomadaires avec la PMI et les professionnels libéraux du territoire assurent un échange fluide sur les grossesses en cours. Cela permet à la maternité du CHAN d'obtenir les suivis des différentes grossesses du territoire ou de pouvoir demander aux acteurs de la ville d'assurer des suivis en postpartum lorsque les femmes ne reviennent pas à la maternité.

sonnel soignant afin que la maman ou le couple n'ai pas à s'en préoccuper au moment de la phase active du travail.

Les accouchements par voie basse donnent lieu en général à une hospitalisation de 3 à 4 jours, ceux par césarienne sont de l'ordre de 5 à 6 jours. En moyenne, à Nevers, les patientes sont hospitalisées 4 jours. Proposer des temps d'hospitalisation plus longs permet un meilleur encadrement des jeunes mamans. Le temps passé à la maternité, en dehors du suivi post partum, leur permet de sortir plus

A NOTER : De plus en plus de femmes arrivent maintenant en fin de grossesse sans avoir voulu ou pu bénéficier d'un quelconque suivi. Cela n'est pas sans conséquence, loin s'en faut ! Les examens prénataux n'ayant pas été réalisés, ce n'est qu'à la naissance que les problèmes ou pathologies infantiles sont détectés.

confiantes, autonomes et atténue le stress et les angoisses liés au retour à domicile. Plus le temps de présence à la maternité est réduit, plus on augmente les risques de mauvaise prise en charge de l'enfant par ses parents et on augmente d'autant la possibilité de revoir les enfants aux urgences pédiatriques (prise de poids insuffisante ou autre problème de santé). Ce temps est aussi mis à profit pour effectuer le test de Guthrie et de l'audition, réalisables environ 48h après la naissance.

Accouchement à domicile et salle Nature au CHAN :

Sans que ce dernier soit conseillé pour les risques qu'il peut comporter, l'accouchement à domicile avec l'appui d'une sage-femme reste une éventualité et un choix pour certaines femmes de la Nièvre. C'est environ moins de 10 accouchements chaque année pour la Nièvre.

Une approche similaire et bien plus sécurisante avec notamment un suivi strict des protocoles d'hygiène et une salle dite « classique » à proximité, est tout à fait possible à Nevers grâce à la toute nouvelle salle Nature du CHAN. Depuis ce mois

d'août 2023, cette salle est proposée aux femmes ne possédant aucune pathologie pendant la grossesse et qui font le souhait d'accoucher de manière naturelle. Pour ce faire, la patiente et son conjoint doivent se préparer à cet accouchement et l'intégrer dans leur projet de naissance².

L'espace est composé d'une baignoire pouvant être utilisée pour le pré-travail, l'accouchement et la relaxation, d'un lit de pré-travail particulier, d'un tabouret de naissance, d'une liane suspendue pour les étirements et les positions antalgiques

et d'un canapé pour aider dans la mobilisation (accélération du travail). Il apporte tout le matériel adapté à un accouchement physiologique.

L'ambiance a été particulièrement soignée avec une décoration imitant les matières naturelles, un plafond lumineux représentant un ciel et un fond musical inspirant la sérénité et la relaxation.



L' Interruption Médicale de Grossesse (IMG) dans la Nièvre

Affirmer que le champ de la périnatalité est contingenté par la durée de la grossesse est une lapalissade. De prime abord, on voit mal comment diverger de son déroulé linéaire (conception, vie in utero, accouchement et premiers temps avec l'enfant). Nous avons cependant tous conscience que certains événements mettent à mal ce scénario habituel : fausse couche, prématurité, inquiétude sur la santé du bébé, décès naturel du bébé in utero ou interruption médicale de grossesse (IMG). Il s'agit alors d'une rupture violente du temps où les parents se projettent et qui scande l'action des soignants.

Parce qu'elle est disruptive et traumatisante pour la maman et/ou le couple,

la décision d'une IMG est réalisée par l'équipe du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal du CHU de Dijon, composée de plusieurs médecins. A minima deux médecins doivent prendre part à la décision de l'IMG afin qu'elle puisse être effectuée. La demande doit tout d'abord émaner des parents, puis un consentement leur est demandé pour que le dossier soit présenté au centre et un second consentement est requis après la décision du centre.

L'IMG se conforme à des critères très stricts tels que les malformations, les maladies génétiques, les pathologies graves et héréditaires, les malformations dues à une trisomie, les siamois, ou la résultante

de problèmes compromettant la viabilité du fœtus.

Le CHAN a la capacité de réaliser une grande partie des examens prénataux, que sont les échographies, les bilans sanguins et les amniocentèses. Les examens de dépistage plus précoces seront réalisés par le CHU de Dijon.

Un accompagnement psychologique est systématiquement proposé aux parents, libre à eux d'être accompagnés ou non.

L'IMG peut être réalisée par le CHAN jusqu'à 22 semaines, au-delà elle s'effectuera par le CHU de Dijon.

La réa-néonatalité du CHAN :

La néonatalité du CHAN est classée au niveau 2B. Il s'agit d'un critère indiquant sa capacité à prendre en charge un bébé prématuré selon son nombre de semaine in utero. Le CHAN est ainsi en capacité de prendre en charge des bébés nés à 31+6 semaines d'aménorrhée, ce qui représente une prématurité importante. Les enfants nés plus tôt sont transférés vers le CHU de Dijon.

Cependant le CHAN dispose des équipements nécessaires et les professionnels du CHAN sont en mesure d'assurer le suivi et les traitements nécessaires à l'enfant en attendant l'arrivée du CHU de Dijon. Le transfert est alors réalisé par voie terrestre ou hélicoptérée.

De même en cas de manque de place au CHU de Dijon, les professionnels du CHAN

sont en mesure d'assurer le suivi et les traitements nécessaires à l'enfant entre 31 et 31+ 6 semaines d'aménorrhée, si l'état de l'enfant le permet.

Quelques chiffres

Le CHAN c'est

Environ
1 100
naissances par an

+ de 4 000
passages aux urgences
gynécologiques par an

Environ 10
accouchements à
domicile par an

+ de 10 200
passages aux urgences pédiatriques par an
dont **10 %** en moyenne sont hospitalisés

Contact :

Centre Hospitalier de l'agglomération de Nevers

1 avenue Patrick Guilloit, 58000 NEVERS

Tél. : **03 86 93 70 00**

Site : www.ch-nevers.fr

1 - Selon les statistiques de l'Insee, Insee flash BFC, n°129 le 25/05/2021, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5370759>

2 - Nevers agglomération, Nouveau : salle Nature du CHAN, 02 janvier 2024, <https://www.nevers.fr/actualites/nouveau-salle-nature-du-chan>



La filiation

Parler de périnatalité et de natalité, c'est nécessairement parler d'enfants et de parents, et donc de questions de filiation. Si tout vivant est fils et fille de parents, ainsi que possiblement père ou mère, selon son sexe, au moins en puissance, sinon en acte, et donc si l'on en a une appréhension expérientielle, et par conséquent une connaissance intuitive, celle-ci ne résume pas les questions de filiation, surtout dans une société dans laquelle les conditions classiques de la filiation ont été transformées d'abord par la PMA (Procréation Médicalement assistée), puis par diverses pratiques de GPA (gestation pour autrui) qui sans être licites peuvent n'en être pas moins existantes, compte non tenu des modifications qui apparaissent sous l'effet des revendications à vouloir décider du sexe de son choix.

Ainsi un fait récent rapporté par la presse (Centre-France / Le Berry Républicain – 23 mars 2023) a fait état de la naissance d'un enfant dont les parents ont, pour l'Etat Civil, changé de sexe, le partenaire masculin du couple, appartenant auparavant au sexe féminin, père de l'enfant, étant en fait la mère biologique, tandis que le partenaire féminin du couple, appartenant auparavant au sexe masculin, est le père biologique de l'enfant. A l'évidence ceci vient questionner certaines évidences sociologiques et juridiques sur lesquelles notre société s'était structurée. Ainsi l'adage « mater semper certa est » (la mère est toujours certaine) qui apparaissait intangible (y compris dans les situations de PMA et d'accouchement sous X) peut-il être remis en question (non d'un point de vue biologique, mais d'un point de vue sociologique).

Le droit cependant avait déjà anticipé l'hypothèse de situations particulières, en se réservant la possibilité d'établir des filiations en dehors de tout substrat biologique, l'exemple le plus emblématique étant celui de la filiation adoptive. D'une certaine manière il n'a fait que reprendre les dispositions du droit canon qui, à travers le baptême, créait une filiation symbolique, en dehors de toute détermination charnelle, par le seul principe d'une reconnaissance.

Le droit reconnaît trois types de filiation : la filiation légitime, la filiation naturelle, la filiation adoptive.

La filiation légitime

La filiation légitime est établie par rapport à un couple marié. Ici, comme d'une manière générale, « c'est l'accouchement qui fait la mère », tandis que le mari de la mère est présumé être le père, sauf action en désaveu de paternité qui prospère. La PMA (procréation médicalement assistée), plutôt appelée désormais AMP (assistance

médicale à la procréation) ne change rien à ce dispositif juridique. Cette filiation légitime peut être établie post mortem, pour un enfant à naître, lors du mariage avec un mort (quand on peut prouver que l'intention du de cujus – du défunt – était d'entrer dans les liens du mariage), mariage qui répond à des formalités par-

ticulières, notamment pour des militaires décédés en opération, ou des victimes d'attentats ou de catastrophes. Elle peut aussi être établie par mariage ou décision de justice (on nomme cette action légitimation), quand la filiation naturelle avec chacun des parents entrant dans les liens du mariage était déjà existante.

La filiation naturelle

La filiation naturelle est établie par rapport à un couple non marié. C'est toujours « l'accouchement qui fait la mère », mais le père est plus incertain. Sous réserve d'une preuve biologique (comparaison HLA), qui certes est difficilement contestable, mais qui n'est pas irréfutable (elle ne lie pas le juge), c'est la reconnaissance de paternité qui crée le lien de filiation avec le père, sous réserve d'une toujours possible action en désaveu de paternité qui prospère. Cette reconnaissance de paternité peut être faite avant la naissance, au moment de celle-ci, ou après. Elle est possible, y compris quand la femme a ac-

couché sous X, durant un délai de deux mois. Elle est impossible en cas de naissance issue d'une relation incestueuse, ou quand l'enfant a été déclaré adoptable. La reconnaissance de paternité se fait par déclaration en mairie. Plusieurs pères peuvent successivement reconnaître l'enfant, mais la filiation n'est établie que par rapport au premier déclarant. Il appartient aux différents pères putatifs, s'ils veulent annuler cette reconnaissance et ses effets d'agir en désaveu de paternité.

Dans le cas d'une filiation établie par rapport à deux femmes, qui ont recouru à une AMP, il est possible de procéder à

une reconnaissance conjointe anticipée devant notaire, l'acte authentique étant alors fourni aux services de l'Etat Civil au moment de la naissance. Il y a donc une filiation conjointe établie par rapport aux deux femmes, qu'elles soient mariées, pacsées, ou en union libre. Dans certains cas très limités (pour des enfants nés avant le 3 août 2021), une reconnaissance a posteriori, devant notaire, est possible jusqu'au 3 août 2024. Si la femme n'a pas eu recours à une AMP, avec don de spermatozoïdes, on est devant le cas de la filiation naturelle de droit commun.

La filiation légitime

La filiation adoptive est établie quand une filiation juridique se substitue à la filiation biologique (adoption plénière) ou s'associe à la filiation biologique (adoption simple). L'une et l'autre peuvent être des adoptions internationales qui répondent à des critères particuliers. L'adoption simple confère des droits dans la famille adop-

tive, sans en retirer dans la famille d'origine, alors que dans l'adoption plénière il y a substitution d'une famille à l'autre, et anéantissement du lien de filiation avec sa famille d'origine. Le lien de filiation est ici purement juridique. Une adoption simple peut concerner un majeur. Dans l'adoption simple il n'est pas nécessaire de vivre

au sein du foyer adoptif.

Dans l'un et l'autre cas il existe des conditions communes, qui tiennent d'abord à la personne de l'adoptant plus qu'à celle de l'adopté. Il faut que l'adoptant soit âgé de plus de 26 ans, sauf si l'on adopte l'enfant de son conjoint (ceci concerne des enfants pour lesquels il n'y a pas de filiation pa-

ternelle établie, ou si elle est établie que l'autre parent donne son consentement à l'adoption), la différence d'âge étant alors réduite à 10 ans. Il faut aussi que la différence d'âge entre l'adoptant et l'adopté soit de plus de 15 ans, exception faite, encore une fois, de l'adoption de l'enfant du conjoint. Lorsqu'il s'agit d'un couple, quel qu'il soit, il faut que chacun des membres du couple donne son consentement à l'adoption, devant notaire, mais il faut prouver, lorsqu'il s'agit d'un couple non marié, qu'il existe une vie commune depuis au moins 1 an.

Dans le cas de l'adoption simple, on peut considérer qu'il s'établit une double filiation, qui permet d'être titulaire de droits (notamment à héritage) dans l'une et l'autre famille. Dans cette adoption il est possible d'adopter un mineur, comme un majeur, y compris un majeur protégé (sous réserve d'une décision d'autorisation du juge des contentieux de la protection – qui remplace le juge des tutelles –) s'il y va de l'intérêt de l'adopté. Un majeur doit donner son consentement devant notaire avant son adoption, de même qu'un mineur âgé de plus de 13 ans. S'il est dans l'incapacité de le faire, il faudra lui désigner un administrateur ad hoc. En général l'exercice de l'autorité parentale est le fait de l'adoptant. Il n'y a pas de changement de nom, mais les noms de la famille d'origine et de la famille d'adoption peuvent être accolés. Cette adoption ne confère pas la nationalité française si l'on est étranger (donc impossibilité d'adoption « blanche »). Enfin cette adoption, décidée par jugement du tribunal judiciaire (chambre de la famille), peut être

révocable par décision judiciaire, pour motifs graves, appréciés souverainement par le juge. Les enfants adoptables sous le régime de l'adoption simple remplissent quasiment les mêmes critères que les enfants adoptables sous le régime de l'adoption plénière.

L'adoption plénière éteint tout lien de filiation avec la famille d'origine. On constate donc que la filiation est d'abord un concept juridique avant d'être un concept biologique. L'adoption plénière ne concerne que des mineurs. Il s'agit d'enfants dont les parents ont consenti à l'adoption, d'enfants déclarés judiciairement abandonnés (qui n'ont plus de liens affectifs avec leurs parents, dont les parents se désintéressent – ce qui pose le problème de la définition d'une manifestation d'intérêt : par exemple peut-on penser qu'un contact épisodique, annuel, est une manifestation d'intérêt suffisante ? -), d'enfants reconnus pupilles de l'Etat, et dont le conseil de famille a consenti à l'adoption. Il faut, de plus, être accueilli au foyer de l'adoptant depuis au moins 6 mois. L'adoption plénière n'est possible que pour les enfants de moins de 15 ans, et de 15 à 21 ans si, et seulement si, l'enfant avait été accueilli avant ses 15 ans par la famille ne remplissant pas alors les conditions de l'adoption, ou s'il avait fait l'objet d'une adoption simple avant ses 15 ans, ou si l'adopté est l'enfant de l'autre membre du couple, ou si l'adopté est pupille de l'Etat. Le consentement de l'enfant de plus de 13 ans est requis. Il change de nom. A la demande il peut changer de prénom. Si les parents sont français il obtient automatiquement la nationalité française. L'adoption plénière est irrévocable.

Les candidats à l'adoption doivent obtenir un agrément délivré par le Président du Conseil Départemental si l'adoption concerne un pupille de l'Etat ou un enfant étranger qui n'est pas l'enfant du conjoint (adoption internationale). L'agrément est délivré pour 5 ans. Ensuite l'enfant est placé dans la famille en vue d'adoption et dure au moins 6 mois avant qu'une requête en adoption puisse être introduite devant le Tribunal judiciaire. L'assistance d'un avocat est alors obligatoire.

Un enfant pupille de l'Etat est un enfant trouvé, ou né sous X, qui n'a pas fait l'objet d'une reconnaissance parentale, ou un enfant déclaré abandonné par décision judiciaire, ou dont les parents ont fait l'objet d'un retrait total de l'autorité parentale, ou un enfant orphelin dont aucun membre de la famille ne veut ou peut être tuteur, ou un enfant confié par ses parents à l'Aide Sociale à l'Enfance en vue de son adoption.

L'adoption internationale concerne des enfants étrangers, dans des pays qui acceptent l'adoption (ce qui peut évoluer : ainsi la Russie n'accepte plus d'adoption internationale), pour lesquels une adoption doit se faire selon la procédure du pays en cause, ce qui sera ensuite validé en droit français par la procédure de l'exequatur. Une adoption internationale n'est possible que s'il n'est pas possible de satisfaire une demande en France.

L'établissement de ces diverses filiations mettent en œuvre le nomen (un acte d'Etat Civil : acte de naissance, ou qui peut résulter d'une décision judiciaire : jugement d'adoption), le tractatus (le fait de se considérer et de se comporter comme parents et enfants), la fama (le fait qu'il est évident pour l'entourage qu'il existe bien un lien de filiation).

C'est ce qui pose problème avec la GPA, outre son caractère illicite (le corps humain et ses produits, à l'exception des cheveux étant hors commerce) qui ne dispose pas d'un nomen et d'une fama en rapport avec le tractatus. Ce qui pose le même problème avec la situation présentée dans le numéro du quotidien Centre-France- Le Berry Républicain, sus-mentionné, qui n'a pas de caractère illicite, mais dont la volonté parentale pose question, voulant dissocier nomen et tractatus.

On manque de recul pour apprécier les effets psychologiques que ces situations nouvelles pourraient avoir sur les enfants. On peut les redouter négatives, mais aussi les espérer positives, car elles traduisent souvent un réel amour, permettant de présumer beaucoup d'attention, de chaleur, d'empathie, ainsi que des qualités d'accueil à l'autre.

Alain Vernet
Professeur Emérite
(Ethique-Bioéthique)
Université de Tours



La Protection Maternelle et Infantile de la Nièvre

La Protection Maternelle et Infantile (PMI) est un service du Conseil Départemental de la Nièvre. Son rôle est d'accompagner les familles, parents et enfants, de la grossesse jusqu'aux 6 ans de l'enfant. La politique départementale de la PMI a pour objectif de permettre aux femmes de bien vivre leur grossesse et leur maternité, d'aider les jeunes parents à accueillir une naissance, et de favoriser le développement harmonieux de l'enfant sur le plan physique, psychomoteur, affectif et social.



Composée d'une équipe pluriprofessionnelle, la PMI intervient sur l'ensemble du département.

Un travail collaboratif :

La PMI de la Nièvre est destinataire de l'ensemble des avis de grossesse du département. Afin d'assurer un suivi optimal des femmes enceintes, les infirmières de puériculture et les sage-femmes se concertent régulièrement afin de faire un point sur les grossesses en cours et les suivis déjà proposés et les besoins des familles.

La prévention axe majeur du travail de la PMI :

Dans le domaine de la périnatalité la PMI mène une politique très importante de prévention, avant, pendant et après la grossesse, à destination des mères, enfants et couples.

C'est pourquoi, dans l'attente de bébé, la PMI propose des visites à domicile pour toutes les femmes enceintes et l'accompagnement des jeunes parents en abordant diverses thématiques : l'entretien prénatal précoce ou la consultation prénatale puis l'entretien post natal, la préparation à la naissance et à la parentalité, le soutien à l'allaitement, les gestes et apprentissages pour bébé, l'éducation pour la santé : la sage-femme ainsi que l'infirmière puéricultrice se mettent à disposition de la maman (du couple) suivant les demandes et les besoins : les professionnels étant présents pour accompagner et avancer avec

les parents.

Lorsque bébé vient de naître, le médecin de PMI et l'infirmière puéricultrice proposent le suivi des enfants de 0 à 6 ans en effectuant les consultations du nourrisson, le bilan de santé à l'école maternelle, la vaccination et le suivi vaccinal, le dépistage de déficiences visuelles, auditives et des troubles du langage oral, les conseils aux mamans et aux futurs parents sur l'hygiène corporelle et alimentaire, le repérage des troubles du comportement.

La sage-femme et l'infirmière puéricultrice peuvent enfin accompagner le couple dans son nouveau rôle de parents en mettant à disposition des ateliers de massages bébé, des ateliers groupe d'allaitement ainsi que des échanges entre parents.

L'histoire de la PMI

La PMI est une compétence du Conseil Départemental. Ce service de l'Etat a été créé sur ordonnance le 2 novembre 1945 par le ministre de la Santé Publique de l'époque François Billoux. La PMI voit le jour dans un contexte difficile d'après-guerre, fortement marqué par les mesures répressives du Gouvernement de Vichy dont le rationnement et la répression lors d'avortements et d'infanticides. Le rationnement avait notamment provoqué une surmortalité de la population, principalement infantile. A la sortie de la guerre il s'impose très rapidement de mettre en place des solutions afin de protéger les femmes et les enfants et permettre ainsi à la France de se repeupler.

Rôle et missions de la PMI

La PMI est un service départemental gratuit. Elle assure la protection sanitaire de la mère et de son enfant, depuis la préconception (planification familiale) jusqu'aux 6 ans de l'enfant. Elle propose de multiples actions de prévention et d'accompagnement à destination des parents.

En dehors de toute grossesse, elle assure un rôle de prévention et conseils :

- Planification familiale, contraception, entretiens préalables à une demande d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ;
- Education familiale, conseil familial et conjugal ;
- Dépistage du sida et des maladies sexuellement transmissibles.

Pendant la grossesse, elle assure un suivi médical et dispense des conseils :

- Suivi de grossesse ;
- Préparation à la naissance (hygiène de vie, allaitement, accueil de l'enfant).

Après la grossesse elle peut poursuivre le suivi médical de la mère et des enfants, assurer la gestion des modes de garde et .../...



Focus sur l'entretien prénatal :

L'entretien prénatal ou entretien du 4e mois est un moment privilégié d'écoute et d'échanges. Il peut se réaliser à domicile ou dans un endroit dédié et doit permettre d'aborder les projets et les craintes de la future maman et/ou du couple. Il s'agit d'un entretien suffisamment libre, permettant de préparer l'arrivée du bébé : le couchage, l'alimentation, l'allaitement maternel, la préparation des autres enfants de la fratrie à l'arrivée d'un petit frère ou petite sœur, sa place dans la famille au sens plus large, autant de sujets divers et variés y sont abordés.

Il est alors proposé à la femme/ au couple pour faire suite à cet EPP, un entretien post

natal, environ 1 mois après la naissance de leur bébé : relation avec le bébé, organisation du quotidien, reprise du travail...

Ce temps d'échanges permet également de dresser un bilan situationnel et de faire ressortir tous les points positifs afin que la future maman puisse se projeter favorablement, quelque peu libérée de ses craintes.

L'entretien postnatal :

Nouvellement obligatoire, cet entretien est proposé entre la 4ème et la 8ème semaine après l'accouchement. Réalisé par des sage-femmes, il permet de proposer un accompagnement global en lien avec les autres professionnels de la périnatalité et de la maternité, en s'adaptant aux besoins de l'enfant et des jeunes parents. Il est alors proposé à la femme/ au couple

pour faire suite à l' EPP, un entretien post natal, environ 1 mois après la naissance de leur bébé : relation avec le bébé, organisation du quotidien, reprise du travail... Il permet également de repérer les premiers signes de la dépression post partum, les facteurs de risques et les besoins spécifiques des parents

Pair-aidance et suivi personnalisé :

La PMI met en place des groupes de parole sur le principe de la pair-aidance. Pilotés par les Services d'Action Médico-sociale (SAMS) et animés par des mamans ayant déjà eu au moins un enfant, ces groupes de parole favorisent les échanges d'expérience sur tous les sujets liés à la périnatalité.

Afin d'accompagner au mieux la jeune maman et dans le souci de la rassurer en tous points, la sage-femme organise un rendez-vous conjoint avec l'infirmière

puéricultrice qui assurera la continuité du suivi. Pour les futures mamans la relation de confiance est primordiale. Une telle passation développe la confiance et crée un lien qui perdure.

Ce lien est également présent avec les puéricultrices qui réalisent à la fois les visites à domicile et les visites dans les écoles. La connaissance antérieure du professionnel ne peut que rassurer les parents !

Un accompagnement global :

Une attention toute particulière est portée aux familles monoparentales, aux femmes isolées, victimes de violences conjugales ou en situation précaire. Un accompagnement renforcé est alors proposé afin que la fin de grossesse et la naissance se déroulent dans les meilleures conditions possibles.

dispenser prévention et conseils :

- Suivi postnatal ;
- Suivi médical préventif et vaccination des enfants de - 6 ans ;
- Bilan de santé des 3-4 ans (vision, audition, langage, adaptation, état vaccinal) ;
- Information sur les droits sociaux et démarches à effectuer, notamment sur les modes de garde ;
- Démarches pour assurer l'accueil du jeune enfant : instruction des demandes d'agrément des assistantes maternelles, réalisation d'actions de formation ; surveillance et contrôle des assistantes maternelles ainsi que des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans ;
- Conseils sur les besoins du jeune enfant (allaitement, alimentation, soins quotidiens, sommeil, éveil, jeux...) ;
- Action de prévention sur la maltraitance et la protection des enfants de - de 6 ans.

En résumé, les 4 objectifs principaux de la PMI :

- Assurer un suivi médical étroit et adapté pour la mère et l'enfant, de la préconception au suivi de l'enfant jusqu'à ses 6 ans ;
- Promouvoir l'accès aux droits pour les parents, notamment en matière de planification familiale (contraception, IVG) et d'accès aux modes de garde ;
- Réaliser les démarches nécessaires pour assurer l'accueil du jeune enfant et contrôler les établissements et services en question ;
- Diffuser des messages de prévention et de conseils à destination des parents en lien avec d'autres mesures d'accompagnement à la parentalité.

Contact :

Protection Maternelle et Infantile
de la Nièvre

Tél. : **03 86 60 69 35**

Site : <https://nievre.fr>



L'accouchement sous X

Il s'agit d'une pratique règlementée en France dès la Révolution, puisque la Convention adopte un décret-loi le 28 juin 1793 pour organiser le recueil des filles mères et des nourrissons. Il dispose que « la fille enceinte pourra se retirer secrètement pour faire ses couches, elle pourra y entrer à telle époque de sa grossesse qu'elle voudra. Il sera pourvu par la Nation aux frais de gésine (d'accouchement) de la mère, et à tous ses besoins pendant le temps de son séjour qui durera jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement rétablie de ses couches : le secret le plus inviolable sera conservé sur tout ce qui la concerne ».

Il s'agit d'abord de lutter contre les infanticides et les abandons sauvages au « tourniquet » des institutions charitables. Divers textes de même nature interviendront au 19^{ème} siècle, et notre Code Civil, en 1993, par son article 326 reste dans le même esprit : « Lors de l'accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservé ».



Ceci fragilise l'adage « mater semper certa est » (la mère est toujours certaine), car si, à l'évidence, cet adage demeure indiscutable d'un point de vue biologique, il ne l'est plus d'un point de vue juridique, en ne permettant plus d'établir la filiation, ni par le fait de la naissance, ni par le fait de la possession d'Etat (Civil), qui s'opère par le nomen, le tractatus, la fama, deux des trois conditions étant nécessaires pour établir la possession d'Etat.

Le nomen, c'est le nom, donc l'acte (de naissance ou de reconnaissance), qui n'existe donc pas du fait de l'anonymat. Peut cependant se poser

le problème en cas de reconnaissance anticipée d'un père putatif (situation rare car ces accouchements sont souvent le cas de femmes isolées et dans la précarité, mais pas impossible). Longtemps la décision

de la mère d'accoucher anonymement invalidait les effets d'une reconnaissance paternelle, même anticipée, c'est-à-dire formulée avant la naissance, mais par un arrêt de cassation en date du 7 avril 2006 (Cass Civ 1^{ère}, 7 avril 2006, 05-11-285), la jurisprudence a reconnu la filiation paternelle, pour un père ayant reconnu l'enfant à naître, antérieurement à la procédure diligentée en vue de son adoption, père ayant en outre montré un tractatus (action de se considérer comme -père-) en introduisant une recherche. En général, hormis ces quelques situations toujours possibles, le tractatus n'est pas constitué, pas plus que la fama (la renommée, la rumeur publique, la circulation de l'information) qui est abolie par l'anonymat.

Accoucher de manière anonyme est donc

un droit reconnu, qui va surtout entraîner des conséquences pour l'établissement de la filiation de l'enfant. Aucune pièce d'identité ne peut être alors demandée. La mère qui a demandé le bénéfice de l'anonymat peut le lever à tout moment au cours de sa vie.

Evidemment il faut informer l'équipe médicale de cette intention. L'équipe médicale (ou un membre délégué, souvent assistant de service social) doit informer la demandeuse (y compris s'il le faut avec l'aide d'un interprète) des conséquences de sa décision, des aides possibles si elle y renonce, de la possibilité de revenir sur sa décision, de la possibilité de donner des informations sur son identité, qui seront conservées sous pli fermé confié à la garde du Président du Conseil départemental.

Accoucher de manière anonyme est un droit reconnu

Il est possible d'accéder à ses origines, soit à la demande d'un majeur (ou de son tuteur s'il est placé sous ce régime de protection), soit d'un mineur doué de discernement (avec l'autorisation de son représentant légal : tuteur, parents adoptifs, ascendants en ligne directe), en faisant une demande par écrit à la CNAOP (Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles). Si la mère avait donné son consentement à la révélation de son identité, celle-ci est fournie ; si elle ne l'avait pas donné elle est recherchée, et son consentement est demandé ; si elle est décédée sans avoir donné son consentement son identité ne peut être communiquée, et un accompagnement psychologique est proposé.

Cet accouchement sous X permet aussi d'éviter que des enfants soient confiés de manière non encadrée à des familles, par suite d'accords de gré à gré, souvent implicites (en particulier dans certains milieux), enfants par rapport auxquels existent un tractatus, parfois une fama, mais sans

qu'une possession d'Etat ait été judiciairement établie, ce que l'ancien Code Pénal nommait « supposition d'enfant », et que le Code Pénal, en son article 227-13 qualifie comme « substitution d'enfants ». Quelques cas douloureux peuvent se rencontrer quand des familles, parfois après de longues années, remettent en cause ces accords implicites.

L'enfant est ensuite remis à l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance), et un procès-verbal est établi, qui contient, si la mère y consent, les raisons et circonstances de la remise de l'enfant, ainsi que toutes informations utiles, et son éventuel consentement à l'adoption. L'enfant est alors déclaré Pupille de l'Etat à titre provisoire, confié à une pouponnière ou une famille d'accueil, sa tutelle étant déferée au Préfet et au Conseil de Famille des Pupilles de l'Etat, présidé par le Juge des Contentieux de la Protection. L'enfant est alors sans filiation. La durée de ce statut provisoire est de 2 mois, pendant laquelle la mère peut demander sa restitution, sans formalité. Pas-

sé ce délai son statut de pupille de l'Etat devient définitif, et il peut être considéré comme adoptable. Le père, s'il n'a pas fait de reconnaissance anticipée de paternité, peut reconnaître l'enfant dans les 2 mois qui suivent sa naissance, au besoin en saisissant le Procureur de la République aux fins de recherche. Si les délais sont forclos le père peut toutefois demander la restitution de son enfant, et qu'il soit mis fin à son statut de Pupille de l'Etat. Ceci au-delà de 6 mois est à l'appréciation du tuteur (Préfet) et du Conseil de Famille, une éventuelle décision de refus pouvant être contestée devant la Chambre de la Famille du Tribunal Judiciaire.

**Accoucher sous X permet
d'éviter que des enfants soient
confiés de manière non encadrée**

Alain Vernet
Professeur Emérite
(Ethique-Bioéthique)
Université de Tours



Rencontre avec Anaïs Massé, sage-femme libérale

C'est dans son cabinet de Varennes-Vauzelles agencé avec des couleurs douces et apaisantes pour que chaque patiente se sente bien que nous avons été reçus par Anaïs Massé, sage-femme libérale, afin d'échanger sur ses missions en périnatalité.



Cette trentenaire, installée en tant que libérale depuis presque 5 ans après avoir fourbi ses armes au sein de la maternité du CHAN, se livre à nous tout d'abord avec la réserve voulue face à un média, puis elle devient beaucoup plus à l'aise en évoquant son métier dont elle nous parle avec passion :

« La principale caractéristique du métier de sage-femme est de se consacrer à l'aspect physiologique, nous laissons le pathologique aux gynécologues. Autant cette distinction est claire pour les sage-femmes, autant il persiste une difficulté organisationnelle peu évidente à gérer car les gynécologues n'ont pas encore totalement délaissé la physiologie, ce qui tend à complexifier l'orientation de la parturiente. Je tiens à souligner que malgré les difficultés liées à la désertification médicale qui caractérisent la Nièvre, nous avons la chance d'avoir accès aux professionnels et d'obtenir un rendez-vous dans le mois en cas de pathologie avérée. »

Elle enchaîne avec entrain sur son rythme de travail : « En 5 ans d'activité libérale je n'ai jamais eu de période creuse. Les nombreux départs de professionnels, tant libéraux qu'hospitaliers, ont eu un effet report sur notre profession. »

Les sage-femmes réalisent une grande partie des actes de gynécologie, à savoir le suivi gynécologique des femmes, les examens mammaires/vulvaires, les frottis, ou tout ce qui touche à la contraception. « Nos patientes ne sont pas encore familiarisées avec nos compétences gynécologiques, elles sont souvent surprises quand nous leur proposons la pose de stérilet. » Et c'est avec un très grand sourire qu'elle rajoute « Elles sont même agréablement surprises que nous le fassions, elles nous connaissent et n'ont pas besoin d'aller voir un autre professionnel pour réaliser ce type d'acte. »

Nous avons ensuite évoqué son rôle dans la périnatalité

« Nous réalisons les suivis physiologiques de grossesse, les entretiens pré- et post-natals, nous dispensons des cours de préparation à la naissance... »

« En ce qui me concerne je réalise les rendez-vous de suivi post-natal à mon cabinet pour plus de facilité organisationnelle : un accouchement par voie naturelle ne peut se prévoir par définition à une date et une heure définies. Notre activité est intense

et nous devons voir les mamans dans les 24h à 48h après la sortie de la maternité. Sur le plan organisationnel, nous ne pouvons pas planifier des créneaux pour une visite au domicile qui ne sera peut-être pas pourvue et qui nous empêche de voir d'autres patientes. Je préfère aménager mon emploi du temps et être en mesure de recevoir rapidement mes patientes à mon cabinet. C'est d'ailleurs un agrément pour elles de devoir sortir de leur domi-

cile avec bébé, elles gagnent ainsi tout de suite en confiance. »

« Nos interventions se limitent à la fin du premier mois pour l'enfant, nous continuons ensuite à suivre nos patientes bien plus longtemps lors des entretiens postnatals, pour la rééducation du périnée ou la contraception. »

Et durant la grossesse ?

« Nous allons avoir un rôle de conseil et de prévention touchant l'alimentation de bébé, les vaccins, les examens obligatoires. Ce sont notamment des sujets phares de l'entretien prénatal. Nous réalisons l'entretien postnatal dans les 6 à 8

semaines après la naissance.

Ainsi, nous suivons nos patientes pendant presque un an depuis le début de grossesse jusqu'à la fin de la rééducation postnatale.

Enfin, sur demande des gynécologues en cas de pathologie, je réalise des monitorings fœtaux ou le suivi de la parturiente. »

Que pouvez vous nous dire sur le projet de naissance ?

« Par définition les sage-femmes travaillent au quotidien avec des patientes en cours de grossesse. Nous connaissons donc leurs souhaits et nous les orientons vers l'hôpital en cas de demande particulière. Si les patientes n'expriment pas de souhait au-delà de la conformité des choses, nous n'élaborons pas forcément de projet de naissance. En effet, la parturiente peut changer d'avis au cours de sa grossesse, elle peut par exemple décider d'accoucher dans la nouvelle salle nature et changer d'avis dans les derniers moments en demandant une péridurale.

Vos relations avec les acteurs du département

« En tant qu'ancienne salariée de la maternité du CHAN, j'ai la chance de connaître beaucoup de monde ce qui me permet, en cas de souci, de faire jouer mon réseau et d'envoyer rapidement ma patiente à la maternité.

En tant que libérale, je travaille en étroite relation avec la PMI. Je connais tous les

N'oublions pas que le projet de naissance est rédigé sur une feuille volante, elle peut être perdue ou oubliée. Il est plus simple de parler avec la patiente dans une relation étroite et confiante soignant-soignée et ainsi de connaître ses souhaits pour son accouchement. Ces temps d'échanges sont importants pour bien expliquer ce qui peut être ou ne peut pas être fait, certaines décisions sont purement médicales pour le bien-être du bébé et de la maman et il n'est pas forcément possible d'éviter certains actes ».

professionnels qui interviennent sur mon secteur. Lorsque ceux-ci ont connaissance des avis de grossesse, ils savent nous contacter pour savoir si les patientes sont bien suivies ou non. S'il s'agit de nos patientes elles nous laissent la main et nous travaillons alors en synergie. »

Un souhait particulier ?

Oui, on peut le qualifier de très ancré dans la réalité du terrain et dans l'avenir de notre médecine : « Il est parfois très compliqué de pouvoir joindre les professionnels hospitaliers car nous ne possédons pas de ligne directe en tant que professionnel de santé pour les joindre rapidement. Lorsque nous souhaitons recevoir une préconisation ou faire appel à

une expertise dans le cadre d'une prise en charge, il serait tellement plus simple de pouvoir déclencher une téléexpertise. J'ai eu l'occasion de tester cette pratique avec l'hôpital de Gien. Grâce à la téléexpertise, j'ai rapidement pu lever un doute sur ma patiente, sans avoir à la faire se déplacer, générateur d'un grand stress néfaste pour le binôme maman/bébé. »

Maisons de santé et périnatalité

Nous avons rencontré le Dr Michel Serin et son équipe à la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Saint-Amand-en-Puisaye. Malgré leur emploi du temps chargé, ces derniers ont eu la gentillesse de nous accorder un temps d'entretien pour nous expliquer l'organisation qu'ils ont su mettre en place pour leurs patients en matière de périnatalité.

Le patient au centre d'une organisation pluridisciplinaire bien rodée

Afin de répondre au mieux aux difficultés de leurs patients, les professionnels de la MSP de Saint-Amand-en-Puisaye ont mis en place une réunion hebdomadaire de coordination. Cette dernière permet d'optimiser la prise en charge et le suivi des patients, dans une recherche constante des solutions les plus adaptées.

La nécessité d'avoir du matériel

Assurer une bonne prise en soins nécessite l'acquisition de matériel médical adapté. Pour ce faire, le Dr Michel Serin a sollicité le dispositif d'expérimentation et de financement de nouvelles organisations en santé (article 51) mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale. L'objectif est de démontrer la faisabilité, l'efficacité et la reproductibilité d'un parcours de santé innovant mis en place sur une partie d'un territoire.

La MSP a ainsi pu obtenir le financement d'une sonde d'échographie. Ce matériel vient compléter un diagnostic médical en permettant de détecter d'éventuelles pathologies ou anomalies.

Contact :

Anaïs Massé

Sage-femme diplômée d'état

8bis Av. Louis Fouchere,
58640 Varennes-Vauzelles

Tél. : 07 83 29 91 65



Stress et Périnatalité

Les conséquences du stress pendant la grossesse sur le développement de l'enfant ont fait l'objet de recherches soutenant l'hypothèse d'effets prolongés toute la vie. Des études épidémiologiques autant que cliniques sont nécessaires pour en tirer des applications dans le traitement et la prévention des problèmes de santé et de développement en soins de santé primaires.

Le bébé, partenaire relationnel de la mère, signifie aussi nourrisson désignant l'enfant depuis sa vie intra-utérine jusqu'à la fin de la 3^e année. Le bébé est en interaction avec sa mère dès le début de la grossesse par les désirs de la grossesse et de l'enfant ainsi que par les remaniements psychiques occasionnés par l'état de grossesse. Le stress maternel prénatal, comme en cas de grossesse non désirée, a des répercussions négatives sur le développement moteur et l'évolution comportementale du bébé.

La dépression maternelle postnatale, qui peut être la continuité de la dépression maternelle de la grossesse, a des répercussions négatives sur le développement moteur, social et cognitif et la santé du bébé.

Les enfants de mères déprimées ont un tempérament difficile marqué par des pleurs excessifs et une faible consolabilité dès les premières heures après la naissance, ce qui amena Field à poser l'hypothèse d'une transmission prénatale des mécanismes de la détresse psychologique chez le bébé.

Une prévention précoce, basée sur une connaissance des facteurs psychosociaux influençant dès le début de la grossesse la relation mère-bébé, l'affectivité maternelle, la santé et le développement du bébé, est essentielle pour la protection de la santé maternelle et infantile (PMI).

Des recherches ont montré que l'interaction interpersonnelle dès la conception détermine l'affectivité maternelle et le développement neurologique et psychosocial du bébé. Les sentiments de la future mère à la connaissance de sa grossesse et la peur de l'accouchement affectent l'interaction mère-bébé, l'affectivité maternelle et le développement du bébé.

C'est pourquoi il est important d'évaluer les aspects suivants :

- identifier les affects des mères dans notre milieu en rapport avec la grossesse, l'accouchement et la relation mère-bébé pendant la première année de la vie ;
- déterminer les facteurs d'interaction interpersonnelle associés aux troubles affectifs maternels ;
- déterminer le profil comportemental et sanitaire du bébé dans la première année en lien avec les affects de la mère relatifs à la connaissance de la grossesse et à l'accouchement.

D'ordinaire, les troubles psychiatriques post-partum se divisent en trois catégories : le syndrome du troisième jour (baby blues), la psychose post-partum et la dépression post-partum. Le syndrome du troisième jour est un trouble affectif relativement courant qui s'accompagne de pleurs, de confusion, de labilité d'humeurs, d'anxiété et d'humeur dépressive. Les symptômes font leur apparition pendant la première semaine suivant l'accouchement, durent quelques heures à quelques jours et laissent peu de séquelles. À l'autre bout du spectre, la psychose post-partum désigne un trouble grave qui se déclenche dans les quatre semaines suivant l'accouchement et s'accompagne de délire, d'hallucinations et d'altérations fonctionnelles marquées. Enfin, la dépression postpartum se manifeste ou se poursuit pendant la période post-partum. Ses caractéristiques principales incluent les humeurs dysphoriques, la lassitude, l'anorexie, les troubles du sommeil, l'anxiété, la culpabilité excessive et les pensées suicidaires.

Les symptômes doivent persister pendant au moins un mois et provoquer une altération fonctionnelle pour qu'il soit possible de poser un diagnostic. Les femmes qui souffrent de dépression post-partum présentent un risque de 50 % à 62 % de dépressions futures. Les autres facteurs de risque de dépression post-partum incluent des antécédents de troubles d'humeur, des symptômes de



dépression pendant la grossesse et des antécédents familiaux de troubles psychiatriques. Des facteurs de stress, tels que des événements négatifs de la vie, de mauvaises relations conjugales, un nourrisson ayant des besoins spéciaux ou un nourrisson « fragile » du point de vue médical, l'absence de soutien social, l'abus d'intoxicants et une psychopathologie personnelle et familiale s'associent à la dépression postpartum selon certaines études, tandis que d'autres études ne décèlent aucune association de ce genre.

La dépression post-partum tend à être plus bénigne que les crises de dépression qui se produisent à d'autres moments, les taux d'anxiété, d'agitation, d'insomnie et de symptômes somatiques étant plus faibles. Cependant, la dépression semble durer plusieurs mois, qu'elle ait lieu pendant la période postpartum ou non.

Les conséquences de la dépression post-partum de la mère sur l'enfant ne sont pas limitées à la première enfance, mais elles peuvent toucher les tout-petits, les enfants d'âge préscolaire et même ceux d'âge scolaire. Une dépression qui se manifeste plus tard chez la mère influe sur le développement de l'enfant d'âge scolaire et de l'adolescent.

Marie-Paule Mrozek
Psychologue

Alain Vernet
Professeur Emérite
(Ethique-Bioéthique)
Université de Tours



L'Association 3 Petites Graines, périnatalité, parentalité, pédagogie, semons le meilleur



Rencontre avec Orane Beresford-Wood, infirmière nivernaise consultante en lactation IBCLC® engagée sur la thématique de l'allaitement et présidente de l'association.

C'est par visioconférence que nous avons eu la possibilité de faire la connaissance de Mme Beresford-Wood, tant son emploi du temps est chargé. Nous découvrons une femme enjouée et dynamique, s'exprimant avec aisance. Nous ressentons tout de suite sa passion pour son métier et son attachement profond à venir en aide et à accompagner les jeunes parents.

Naissance de l'association

En 2017 Orane Beresford-Wood est une jeune maman avec enfants en bas âge. « Je ne suis pas originaire de la région. Je me suis rapidement rendu compte que nous étions assez isolés en Nièvre, sans grand choix proposé aux jeunes mamans dans notre département. Or les jeunes mamans expriment des besoins auxquels les professionnels libéraux ne répondent

pas forcément. Elles restent alors sans solution. »

Elle rassemble autour d'elle plusieurs professionnels de la périnatalité, de la parentalité et de la pédagogie. Ils possèdent tous ce point commun de vouloir initier une dynamique sur le territoire en réalisant des actions conjointes pour les familles dans

le cadre de leur activité libérale.

À la suite de ce constat, plus d'une douzaine de professionnels se réunissent en 2019 et construisent l'association 3 Petites Graines avec Orane Beresford-Wood comme Présidente.

Que propose l'association ?

Différentes actions récurrentes sont mises en place avec des rendez-vous mensuels ou plus ponctuels telles des soirées conférences ou des formations à destination des professionnels. Les objectifs de l'association sont de soutenir les familles nivernaises sur les champs de la périnatalité, la parentalité et la pédagogie afin de semer le meilleur ainsi que de soutenir la pratique des professionnels.

L'association mène ses actions en grosse majorité sur notre département mais peut être sollicitée pour réaliser des interventions dans les communes limitrophes à la Nièvre.

Depuis 2022 l'association a vu arriver de nouveaux membres actifs qui portent les valeurs de l'association et qui sont force de propositions. Prenons l'exemple d'une ergothérapeute qui va proposer des ateliers autour de la mobilité de l'enfant. L'association viendra en soutien à la mise en place de ses ateliers et à leur communication.

Les « pauses » sont les événements ADN de l'association. Elles sont gratuites pour les adhérents et ouvertes au tout public à qui il sera demandé une petite participation financière. Les pauses mensuelles s'articulent autour de :

- La pause lactée : groupe de parole autour de l'allaitement maternel destiné aux futures et jeunes parents, aux ma-

mans qui n'allaitent plus ou aux femmes qui restent indécises quant au désir d'allaiter ou non,

- La pause portage et papotage autour du portage physiologique, des moyens de portage et du post-partum, La pause Bébé autour de la communication gestuelle avec l'enfant. Elle est proposée et animée par un membre actif de l'association,
- La pause jeux en famille autour du jeu de société, coopératif, pour amener à nouveau le jeu au sein de la famille et prendre le temps de jouer tous ensemble,
- La pause ressources parentales est un espace de soutien à la parentalité où les parents viennent déposer et trouver des ressources, des outils et une écoute attentive et non-jugeante,
- Des ateliers Yogas parents enfants... ce ne sont pas des pauses mais des événements réguliers animés par une membre active.

L'objectif premier est toujours de rompre l'isolement des parents et de leur offrir aussi un espace de partage en famille.

L'association s'adapte également aux demandes des structures professionnelles afin de répondre au plus près à leurs besoins. Des temps d'échanges sont ainsi organisés afin d'outiller les professionnels qui travaillent au contact des tout petits.

Parents Boobs et compagnie

Orane Beresford-Wood a suivi une formation d'infirmière et s'est installée dans notre département en tant que consultante en lactation IBCLC® (spécialiste de l'allaitement maternel). Elle possède également une certification en parentalité obtenue au Canada. Exerçant depuis 2019 dans notre département en tant que libérale, elle accompagne les familles sur tous les sujets ayant trait à l'allaitement, à la nutrition de l'enfant et à la parentalité. Très active, elle a créé Parents, Boobs et compagnie®, implantée à Nevers.

Son offre de services a pour but d'offrir du soutien en périnatalité et en parentalité avec une spécialité en allaitement maternel. Par le biais de consultation destinée à tout le monde elle répond à toutes les questions liées à l'allaitement y compris tout ce qui va être sommeil, diversification, non allaitement... et en matière de périnatalité cela va être des consultations anté ou post natales d'aide à la parentalité.

Elle propose aussi des formations à destination des professionnels de la périnatalité et de la petite enfance.

Contact :

2 rue des Chauvelles - 58000 Nevers
Tél. : **06 32 36 53 57**

Site : parents-boobs-et-cie.fr

Contact :

3 Petites Graines
Imp. Paul Cézanne
58640 Varennes-Vauzelles

Tél. : **06 32 36 53 57**

Mail : 3petitesgraines@gmail.com

Site : 3-petites-graines.odoo.com

Témoignage d'une ergothérapeute sur son rôle en périnatalité



L'ergothérapeute a toute sa place dans la périnatalité ! Et pour preuve, le DAC 58 est allé à la rencontre de Mme Emma Bouguin, ergothérapeute libérale à la MSP de Garchizy. Voici son témoignage :

Comment se compose votre patientèle ?

J'accueille principalement des enfants qui ont des troubles du neurodéveloppement ou des retards de développement sans forcément de diagnostic. Je reçois également les jeunes enfants âgés de 3 ou 4 ans présentant un problème avec l'écriture ou le pré graphisme, des difficultés sensorielles comme l'hypersensibilité ou des troubles de l'oralité alimentaire. Il s'agit ici d'enfants qui ne mangent pas de nourriture solide à l'instar des adultes et qui ont de ce fait du mal à passer à une diversification alimentaire.

Parlez nous de votre rôle en tant qu'ergothérapeute :

Le rôle de l'ergothérapeute en périnatalité va être de l'ordre du conseil : j'accompagne ainsi les parents et les professionnels qui travaillent au contact des enfants comme les assistantes maternelles ou les personnels de crèche, je réponds à leurs questions et je les informe sur le développement dit « normal » d'un enfant au niveau moteur, sensoriel, langagier. Je propose des exercices aux enfants présentant des difficultés afin de les aider pour un développement personnel plus harmonieux.

Je travaille à la demande des parents ou sur sollicitation d'un professionnel de santé. Je peux fournir quelques indications par téléphone, le mieux étant de me rendre sur le lieu de vie de l'enfant. Lorsque je suis en crèche je réalise un tra-

vail de repérage concernant le développement moteur des enfants et je surveille s'il existe des troubles alimentaires pédiatriques (anciennement appelé troubles de l'oralité alimentaire).

L'ergothérapeute travaille également en néonatalogie : il intervient particulièrement lorsqu'il y a eu des accouchements prématurés, difficiles ou souffrance fœtale. Il sera fortement présent pour tout ce qui relève des soins de nursing puisque son rôle est justement d'accompagner les parents en leur montrant comment prendre leur bébé, comment porter leur enfant, comment renforcer le peau à peau... L'ergothérapeute va aussi favoriser l'allaitement s'il est désiré par les parents ou bien il va réfléchir à des solutions pour

éviter la mise en place de sondes dans le cadre de problèmes alimentaires.

De plus en plus d'ergothérapeutes travaillent aujourd'hui dans des maternités afin de venir en appui direct des parents lors d'ateliers présentant le développement de l'enfant, les solutions existantes, le matériel de puériculture le plus pertinent. Ils apportent un témoignage concret sur l'accompagnement à la motricité libre en soulignant l'importance du 4 pattes notamment.

Pouvez-vous nous en dire plus sur les ateliers que vous réalisez :

J'anime des ateliers Stimul'ergo où j'aborde tous ces thèmes. Je les répartis en trois tranches d'âge (0- 6 mois, 6-18 mois, 18-36 mois) pour une meilleure personnalisation en fonction du développement de l'enfant. Les parents viennent pour recueillir des informations, voir comment cela se passe et ce qu'il est possible de mettre en place en fonction de la façon

de vivre de leur enfant et de leurs habitudes de vie.

Si des difficultés sont déjà constatées chez leur enfant - même si ce dernier a moins de trois ans, je peux déjà intervenir notamment en allant solliciter la motricité ou les découvertes sensorielles de l'enfant. Également par le biais d'une

guidance parentale, je peux conseiller les parents sur le matériel adapté pour leur enfant, que ce dernier présente un handicap, des troubles alimentaires, ou non. Je préconiserai dans ce cas précis du matériel ludique (cuillère plate, assiette à défis, tétine spécifique...).



Contact :

Emma BOUGUIN - Ergothérapeute D.E.

E.B. ERGOTHÉRAPIE

MSP de Garchizy, 36 Rue Simone Veil, 58600 Garchizy

Tél. : 06 79 27 65 66

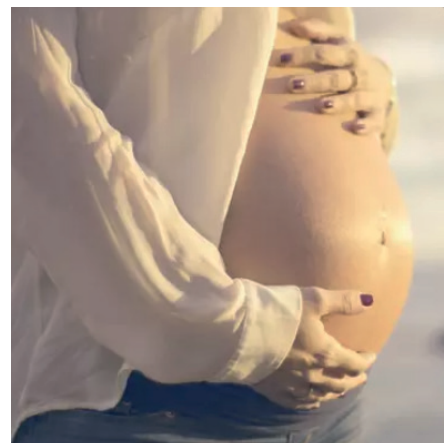
Mail : contact@eb-ergotherapie.fr

Site : www.eb-ergotherapie.fr

La question de la temporalité en périnatalité ou la difficile coexistence de 2 vécus temporels

La temporalité représente ce caractère irréversible de ce qui existe dans le temps. Au-delà de cette définition très factuelle, nous entendons bien souvent l'expression d'une frustration plus ou moins contenue dans les expressions « je n'ai pas le temps de ..., je manque de temps pour... ». La révolution technologique, destinée à alléger notre quotidien, nous a fait perdre notre faculté à jouir du temps qui passe, à savoir en apprécier chaque seconde qui s'écoule. La qualité du temps est aussi centrale : qui ne rêve pas de jouir d'un « temps de la découverte stimulante avec son bébé qui vient de naître », d'un temps d'échange avec ses proches pour partager des émotions fortes, d'un temps « pour soi », temps de repos et temps pour faire les « choses qu'on aime » ?

S'il est bien un domaine où s'entrechoquent deux temporalités, c'est celui de la santé, en particulier celui de la périnatalité. Comment réconcilier deux sortes de temps : le temps impersonnel, prévisible, médical et le temps de l'événement, créateur de nouveauté ? Comment faire vivre aux parents et au bébé l'expérience de la continuité, permettre à chacun l'assimilation des événements en faisant face aux impératifs du binôme « rapidité-efficacité » ?



Le temps des faits et le temps événementiel :

Le temps des faits imprègne et rythme notre quotidien : c'est celui des horloges qui égrainent chaque seconde, c'est le temps du calendrier et des saisons qui se succèdent.

Ce temps est impersonnel : il s'écoule indifféremment. Chacun de nous, selon son ressenti du moment, peut le vivre de façon très antagoniste : ce temps peut sembler très long, il n'en finit plus ou bien au contraire on ne voit pas le temps passer. Cependant, une journée totalisera toujours 24 heures, une heure 60 minutes et une année 365.24 jours puisque la Terre tourne autour du Soleil en 365 jours, 5 heures, 48 minutes. Ce temps qui passe est aussi le temps biologique qui nous fait vieillir, selon le rythme circadien. Nous naissons, grandissons, vieillissons et mourons. Telle est la loi universelle du temps qui passe.

Ce temps est donc prévisible : nous planifions les horaires exacts des marées, les différentes phases de la lune. Nous savons que le 3 juin 1965 était un mercredi

et que le 10 juin 2024 sera un lundi. Cette succession dans le temps est soumise à la loi de la causalité, où tout y est potentiellement reproductible si les conditions s'avèrent identiques.

C'est aussi le temps de la technique, de la maîtrise et du contrôle : ce temps prévisible de la nature vient rythmer notre existence : l'école durant nos jeunes années, la vie active sur une période plus ou moins longue puis la retraite bien méritée. Ou bien le tempo « boulot-dodo » entrecoupé de vacances d'été et d'hiver. C'est ce temps que nous avons domestiqué, qui ne nous surprend pas, qui nous rassure.

A l'inverse, le temps événementiel vient interrompre la succession monotone et prévisible des jours qui passent. Il s'agit de ce temps imprévisible, créateur de nouveauté : on touche ici le hasard, ce qui survient « tout d'un coup ». On tombe amoureux, on tombe enceinte, on tombe malade... Ce temps ne permet aucunement l'anticipation, pour le meilleur

comme pour le pire.

Le temps de l'événement s'adresse toujours de façon très personnelle à celui ou celle qu'il bouleverse : il entre par effraction dans la vie intime de celui qu'il touche, il en fait un élu. Baudelaire l'illustre parfaitement dans son poème intitulé « A une passante ». Anonymisée, noyée dans la foule, elle a attiré le regard de Baudelaire et l'a bouleversé, lui et lui seul, créant un instant de magie : « *Un éclair... puis la nuit ! Fugitive beauté/Dont le regard m'a fait soudainement renaître/Ne te reverrai-je plus que dans l'éternité !¹* ».

Parce qu'il surgit à l'improviste, il dépose l'individu de toute maîtrise, de tout contrôle et le transforme à jamais. Plus rien ne sera comme avant : derrière la propriété de l'événement, il y aura toujours « un avant » et « un après ». Ce n'est donc plus le passé qui éclaire le présent, mais le présent qui donne sens au passé.

La périnatalité à la croisée des deux temporalités :



La périnatalité retranscrit indubitablement cette coexistence des deux temporalités ici décrites.

Quelle que soit la grossesse, l'approche médicale y verra avant tout un fait, rien de plus : le processus reste toujours le même, l'embryon résultera toujours de la rencontre entre un ovule et un spermatozoïde. Que l'enfant à naître soit une garçon ou une fille, qu'il s'appelle Kevin ou Sophie, qu'il soit la résultante d'un véritable amour ou bien d'un viol, il sera toujours le fruit biologique de la loi universelle de la nature, celle qui régit le règne

animal. La vie passe où elle le peut. La fécondation in vitro suit ce même process, avec le soutien scientifique qui dépersonnalise d'autant plus.

L'organisation des soins est elle aussi soumise à la temporalité des faits : on ne laisse rien au hasard, on planifie un accouchement, on suit la grossesse d'une femme selon une temporalité bien rythmée, avec une batterie de tests chaque trimestre (poids, tension, prise de sang, analyse d'urine, dépistage des infections potentielles, du diabète gestationnel, etc....). Bébé sera échographié, il subira un examen plus intrusif en cas de suspicion d'un problème. Les professionnels sont aussi concernés : le temps de travail, jour après jour, imperturbablement, les gardes assumées, les procédures à suivre en cas d'imprévu (puisque tout doit être prévu), tout est organisé pour ne pas être dépassé par les circonstances et tout doit être traçable. La future maman est elle aussi priée de se rendre à l'heure aux consultations programmées, de suivre les consignes dispensées tout au long de sa grossesse et en post-partum.

L'essence même de l'art médical est de se construire autour de la prévisibilité, de l'objectivité des faits, du contrôle afin d'être le plus efficace possible. La vie des patientes, des couples et de leur enfant, tout comme celle des professionnels de santé, doit s'inscrire dans la temporalité linéaire des faits.

Cependant, l'imprévisible fait irruption à sa guise dans cette linéarité factuelle.

On peut prétendre que toute grossesse est un phénomène biologique, elle n'en reste pas moins un événement très personnel, attendu ou non, désiré ou refoulé. Pour les conjoints qui souhaitent avoir un enfant, la grossesse confirmée sera synonyme d'un bouleversement total, d'une organisation différente de leur quotidien, d'une projection toute autre dans l'avenir.

Ils vont devenir papa et maman, et cela change tout ! Leur vie se voit transformée à jamais, que la grossesse rencontre une fin heureuse ou non. Finies l'insouciance et la liberté dont on pouvait jouir avant. Place désormais aux responsabilités, aux inquiétudes, aux soucis plus ou moins grands. En cas de perte du fœtus, de com-

plications sévères ou de handicap pour le petit d'homme à naître, il s'instaure un avant et un après plus douloureux, qui ira jusqu'à nécessiter un difficile travail de deuil. En matière de reproduction humaine, les mêmes gestes produisent de l'unique, du personnel.

La vie nous apporte toujours une belle leçon d'humilité : nous ne sommes pas maître de la vie. La seule chose sur laquelle nous pouvons agir, c'est de réunir toutes les conditions favorables à l'éclosion de cette dernière. Mais il ne nous appartient pas de la maîtriser totalement et d'engendrer infailliblement le miracle de la vie, tel un dieu démiurge : c'est pour cela qu'une grossesse restera toujours un événement à part entière.

Vers une réconciliation plausible des deux temporalités:



Combien de quiproquos, d'incompréhensions, de clashes ne résultent-ils pas de ce décalage entre ces deux temporalités ? Les professionnels organisent leur temps, ils planifient et suivent le rythme protocolaire, dénué de singularité et très aseptisé ; les usagers font l'expérience d'un moment de leur vie, d'un événement majeur lorsqu'il s'agit de leur enfant et qui les marquera à jamais. Ils tentent de s'approprier ce temps qui s'écoule inextinguiblement. Certes, le caractère imprévisible de l'événement qui surgit dans un quotidien bien rythmé, déstabilise ; Il perturbe l'ordre établi des faits et suscite le désarroi, l'incompréhension, une perte de repères qui

peut conduire jusqu'à la peur. Car combien il est inconfortable de sortir de ses repères, d'errer dans l'inconnu des choses sans port d'attache, de ne plus pouvoir se placer dans la limite de repères qui donnent un sentiment d'assurance !

En périnatalité, ces deux temporalités coexistent en permanence, elle se heurtent, s'entrechoquent. Comment une patiente pourra-t-elle se sentir entendue et avoir le sentiment d'exister pleinement si l'événement qu'elle vit est rabaissé au simple statut des faits ? Une épisiotomie, une césarienne font partie d'un quotidien médical et appartiennent au respect

d'une bonne pratique médicale, elles n'en restent pas moins un événement pour la femme qui la subit. Les uns parlent de fait et d'application de bonne pratique là où l'autre y voit un événement marquant. Cette systémique atteint son paroxysme lorsque la cadence du travail effréné des professionnels de santé, la succession des examens tout au long de la grossesse et l'enchaînement des protocoles à respecter rendent sourd et aveugle au temps de l'événement qui se joue, parfois au point d'en être déshumanisant. Non par volonté, plus par maladresse et manque de temps.

L'événement qui a donné son essence première à la médecine, devient l'objet le plus redouté : celui de l'imprévu, de contrariétés, d'ennuis potentiels, de plaintes en justice. Le tout doit rentrer dans l'impératif de « rapidité-efficacité », dans des protocoles préétablis, dans des éventualités répertoriées. Ainsi le temps de l'hospitalisation lors de l'accouchement se voit-il réduit sur la base de données factuelles et économiques. La durée du séjour en maternité a drastiquement diminué. Le plan gouvernemental périnatalité est à la fois porteur d'espoir au travers de ses points forts que sont l'humanité, la proximité, la sécurité, véritables étendards pavoisant au gré du vent qui souffle. Ses objectifs restent cependant parfois difficilement atteignables, notamment par manque



de personnel soignant ou par détournement de l'objectif premier d'une mesure phare de prévention et de suivi : la prise en charge des femmes à leur retour à domicile par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (programme PRADO) a ainsi permis de servir l'objectif financier d'une diminution de la durée moyenne de séjour par un retour précoce, pouvant entrer en conflit avec la temporalité de la nouvelle triade mère-père-enfant qui nécessite une sécurité médicale et émotionnelle .

Et si, finalement, la réconciliation des deux temporalités, ne devait-elle pas passer par le fait d'oser prendre le temps, de revendiquer le droit à avoir le temps pour faire ce que le patient est en droit d'attendre en tant qu'être humain de la part d'un autre être humain ?

Fragilité et vulnérabilité sont consubstantielles à l'être humain, d'autant plus lorsque ce dernier vit un événement majeur qui va marquer sa vie. Pour le patient, le besoin de temps est aussi un besoin d'espace : explorer ce que l'annonce d'une maladie, d'un handicap chez son bébé provoque en soi demande à ne pas être contraint par des procédures fixées d'avance. Pour le professionnel, il est important de pouvoir disposer de temps : par le temps du soin il pourra reconnaître autrui dans son ipsité propre, il lira sur son visage lévinassien les traces de sa fragilité et agira en responsabilités, renvoyant la pratique soignante vers l'art du singulier.

Les différences dans les temporalités ne sont plus des freins mais, explorées et parlées, elles deviennent un socle sur lequel la confiance mutuelle peut s'ancrer, favori-

sant ainsi un état d'homéostasie roboratif. L'avenir peut alors s'envisager selon les valeurs du Plan Périnatalité que sont l'humanité, la proximité, la sécurité et la qualité. Tablons sur un développement plus important de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) pour élargir la prévention, sur l'expérimentation Référent de Parcours Périnatalité pour valoriser le patient dans toute sa singularité et son altérité propre, sur l'alliance des futurs et nouveaux parents avec les professionnels qui, lorsqu'ils expriment leurs attentes et leur lecture du temps, permettent aux soignants d'alléger leur charge et d'obtenir des clés d'ajustement. Sur une confiance réciproque s'ouvrent de nouveaux horizons, bien au-delà de la grossesse, bébé étant le grand gagnant.

Gaëlle Tabordet
Directrice du DAC 58

1 - La double expérience du temps en périnatalité, J M Longneaux, édition Lavoisier 2019, P 67.

2 - Ibid.

3 - La double expérience du temps en périnatalité, J M Longneaux, édition Lavoisier 2019, P 68.





Dispositif d'Appui à la Coordination de la Nièvre

DAC 58

49 Ter rue des Hotellories
58400 LA CHARITÉ-SUR-LOIRE

Tél : 03 86 21 70 90
Fax : 03 86 60 23 78

Courriel : secretariat@dac58.com
Site : www.emeraude-58.com