

Travail, santé de la mère et de l'enfant

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

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse**

Band (Jahr): **76 (1984)**

Heft 4

PDF erstellt am: **09.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-386195>

Nutzungsbedingungen

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

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

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

Haftungsausschluss

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

Travail, santé de la mère et de l'enfant

Si l'inégalité des conditions de vie dues entre autre aux inégalités de salaires, de logement, de durée du travail, etc. est régulièrement dénoncée par les organisations syndicales, l'inégalité face à la mort et à la maladie ne suscite pas l'attention nécessaire. Et pourtant, un cadre supérieur de 35 ans peut espérer vivre encore plus de 40 ans, alors qu'un manœuvre du même âge n'en a plus que pour 33 ans à vivre. Dès l'entrée dans la vie, les jeux sont faits... mais pas comme on l'entend communément. Les facteurs génétiques et héréditaires ne sont pas, et de loin, seuls en cause pour expliquer l'inégalité des chances à la naissance. La chance pour une femme de mettre au monde un enfant sain et viable, la possibilité pour un enfant de jouir d'un développement normal sont aussi étroitement dépendantes du niveau social et économique que l'espérance de vie ou la probabilité de subir certaines maladies.

Ces 20 dernières années, les études des conditions sanitaires et sociales de la maternité se sont considérablement développées. On utilise dans ces études un certain nombre d'indicateurs qui sont, aux dires mêmes de l'OMS (Organisation mondiale de la santé), un reflet fidèle de l'état de développement sanitaire et social des pays étudiés.¹ Reprenons-les un à un.

- La mortalité infantile (nombre de décès durant la première année de vie pour mille naissances vivantes) est en moyenne 10 fois plus élevée dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés (150⁰/₀₀ contre 15⁰/₀₀ selon les Worlds children data sheets).
- La mortalité périnatale (mort-nés et enfants morts durant la première semaine de vie pour 1000 naissances) était aux USA en 1976 de 21⁰/₀₀ pour l'ensemble de la population. Mais si l'on considérait uniquement la population noire, indienne, portoricaine et blanche pauvre du Sud, ce taux s'élevait à 40⁰/₀₀.²

En Suisse, ce taux est parmi les plus bas d'Europe, avec la Suède et la Bulgarie. Vu de plus près, il nous réserve des surprises: par exemple, si le taux de mortalité périnatale est de 10,8 en 1977 pour les enfants légitimes, il fait plus que doubler pour les enfants naturels (21,8⁰/₀₀).³ Or, nous pouvons, en nous appuyant sur de nombreuses études européennes, émettre l'hypothèse qu'en Suisse comme ailleurs les grossesses illégitimes se rencontrent beaucoup plus fréquemment dans les milieux à scolarité courte et à bas revenu économique. Nous voyons donc qu'en Suisse, bien que le taux global soit bas, les écarts sont très importants entre catégories sociales. (Nous ne disposons malheureusement pas encore en Suisse de statistiques ventilées par exemple selon le niveau socio-économique ou le type de profession des parents).

- La prématurité (enfants nés entre la 28^e et la 37^e semaine de grossesse). Selon une étude allemande, le taux de prématurité est à peu près le même pour les femmes étrangères et les femmes allemandes hospitalisées en salle commune (9,2%), par contre il baisse considérablement si l'on considère les femmes hospitalisées en chambre privée dans les mêmes établissements (4,9%).⁴
- Le LBW ou enfants de petit poids à la naissance (moins de 2500 g) est une définition de plus en plus utilisée comme indicateur de santé, car il est beaucoup plus facile à mesurer dans toutes les situations que le nombre de semaines de gestation.

Les risques et leurs conséquences

Si chacun peut imaginer la réalité dramatique qui se cache derrière le taux de mortalité infantile, on connaît souvent moins bien les conséquences de la prématurité ou du LBW. Ce groupe d'enfants à risque présente un taux de mortalité périnatale et de mortalité infantile plus élevé, une susceptibilité accrue à la maladie, un taux de handicaps plus important que les autres enfants. Une étude britannique a démontré que la prématurité triplait le risque d'arriération intellectuelle, et qu'il existait une corrélation significative entre atteinte neurologique majeure et LBW.⁵ Parmi les handicaps les plus fréquemment rencontrés, citons l'infirmité motrice-cérébrale et d'autres affections du système nerveux central, des troubles de l'ouïe et de la vue.

Le véritable coût social et affectif de telles situations n'est évidemment pas «calculable». Mais les USA et la France qui, au début des années 1970, ont mis sur pied des programmes de santé publique visant à prévenir la grossesse à risques, ont effectué des estimations de tels programmes. Il en ressort que ces grossesses à risque coûtent cher à la société, alors que des mesures de prévention reviennent infiniment moins chers. Aux USA, le coût financier des handicaps périnataux est évalué à 15 milliards de dollars par an, soit 2,5% de la production intérieure brute. En France où, après 10 ans de programme de prévention nationale, la mortalité périnatale a passé de 26^{0/00} à 15^{0/00} avec une réduction parallèle du taux des handicaps, l'estimation du coût de la politique mise en place fut de 0,9 milliards de francs français pour un avantage économique de 7 milliards!⁶

Les causes de la grossesse à risque

Une grossesse à risque est une grossesse qui présente une probabilité plus élevée de complications que la moyenne. La littérature⁷ distingue deux groupes de causes: les causes identifiables, et les causes «idiopathiques».

Les causes identifiables sont soit maternelles (infections, hypertension artérielle, diabète, dénutrition, carences, etc.) soit ovulaires (grossesses

multiples, incompatibilité, malformations, problèmes placentaires, etc.). Les causes «idiopathiques» sont celles dont on ignore le mécanisme pathologique. Les études à ce sujet démontrent simplement une corrélation statistique entre certaines situations et une fréquence élevée de grossesses à risque. Parmi ces causes citons: l'âge de la mère (moins de 20 ans ou plus de 36 ans), la taille, le poids, la race et la nationalité, l'état civil, les antécédents obstétricaux (grossesses rapprochées, avortements, fausse couche, grossesse non désirée, etc.), la consommation de tabac ou d'alcool pendant la grossesse, le type de travail durant la grossesse et la fatigue qu'il occasionne, le nombre d'heures et le genre de transport pendant la grossesse, le nombre de consultations prénatales, etc.

Cette énumération, non exhaustive, fait ressortir que la plupart des facteurs de risque ont comme dénominateur commun le niveau socio-économique des parents. Celui-ci est certainement le pivot central des inégalités constatées quant à l'issue de la grossesse. «Un faible niveau socio-économique est plus fréquent chez les patientes ayant accouché avant terme que chez les patientes témoins; un niveau élevé diminuera de façon nette l'incidence de la prématurité».⁸

En Suisse par exemple, le taux de mortalité périnatale a diminué plus brutalement à partir de 1975 que durant les 10 années précédentes,⁹ vraisemblablement du fait du départ massif des travailleurs immigrés de notre pays. Or, nous ne savons que trop la place occupée massivement dans notre pays, dans les catégories sociales les plus basses, par les travailleurs immigrés.

Pour permettre une évaluation des facteurs de risque lors d'une grossesse, l'équipe du professeur Papiernik en France a établi un tableau permettant de calculer le coefficient du risque d'accouchement prématuré. On peut ainsi fort aisément estimer si la grossesse présente un facteur de risque ou non. Il est intéressant de noter que vivre au 3^e étage sans ascenseur est aussi dangereux que de présenter une hypertension durant sa grossesse; qu'avoir de longs trajets quotidiens est aussi dangereux qu'une malformation de l'utérus.

Un exemple de risque majeur: la fatigue

La fatigue liée au travail durant la grossesse est un des facteurs les plus massivement reconnu comme dangereux. Pour analyser plus en détails cet exemple, nous nous référons tout au long de ce paragraphe à deux enquêtes nationales françaises de l'INSERM de 1972 et 1976, ainsi qu'à une remarquable enquête menée dans deux grandes maternités de Lyon et de Hagueneau par les Professeurs N. Mamelle et P. Lazarre, de 1977 à 1978. La fatigue ressentie par les femmes au cours de l'exercice professionnel a été appréciée de manière subjective et de manière objective à partir d'une description très analytique des conditions de travail. Ces éléments analytiques ont permis de construire des «indices de fatigue professionnelle». Parallèlement des indices de «fatigue familiale» ont été

définis. En ce qui concerne l'issue de la grossesse, deux facteurs ont été pris en compte: la prématurité et le LBW.

Les résultats sont éloquentes!

Prématurité et durée hebdomadaire du travail

Quelle que soit la catégorie professionnelle, on constate une relation linéaire significative entre le taux de prématurité et la durée hebdomadaire de travail: travail à temps partiel: 2,6% de naissance prématurée; 40 heures: 5,6%; 40 à 45 heures: 10,7% et 12,3% au-delà de 45 heures. Pour les ouvrières, le taux de prématurité, mis en relation avec la durée du travail, croît plus fortement que pour les employées de bureau.

Catégorie professionnelle et risque de prématurité

Le personnel de service (vendeuses, serveuses, etc.) présente un taux de prématurité de 10%, proche du maximum enregistré qui est de 10,5% pour le personnel médico-social. Triste ironie! (Voir tableau 1)

Tableau 1: Catégories professionnelles de la femme et prématurité

	<i>Taux de prématurité</i>	
Artisans et commerçants	5,9%	
Cadres et professeurs	5,2%	
Institutrices	3,9%	
Personnel médico-social		10,5%
Employées de bureau	4,5%	
Employées de commerce		9,6%
Ouvrières	7,3%	

Indice de fatigue professionnelle et prématurité

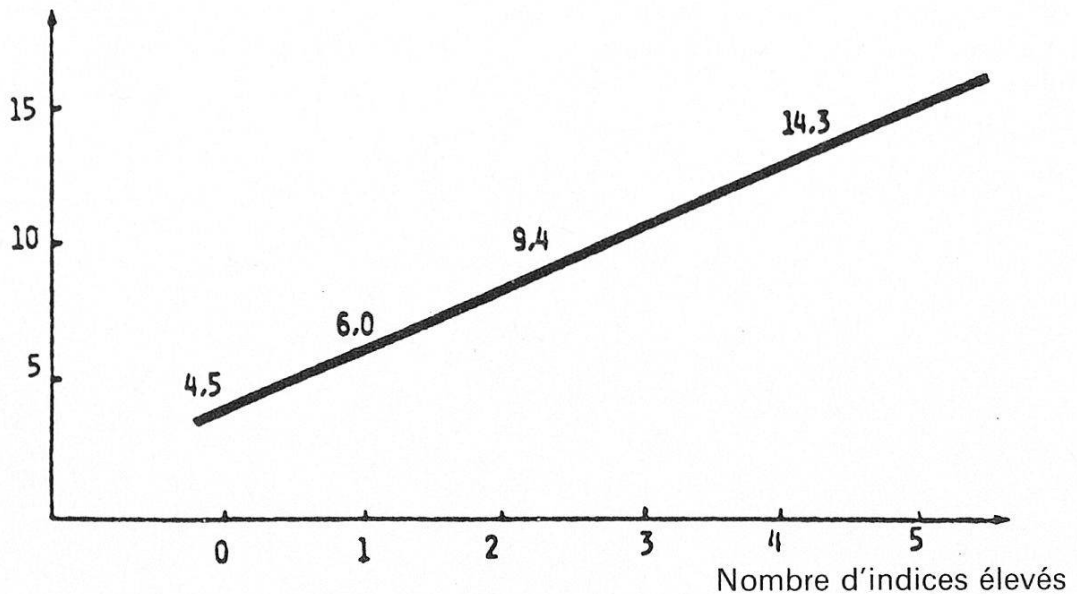
La relation là aussi est linéaire entre l'augmentation du nombre d'indices en fonction du temps de travail et l'augmentation du taux de prématurité. Les variations du taux semblent particulièrement sensibles aux indices: posture, travail sur machine, charges physiques, charges mentales et environnement. Dans cette étude, plus de la moitié des femmes cumulaient de 3 à 5 sources de fatigue concomitante et assumaient ainsi un risque pour leur enfant trois fois plus important que les femmes ne montrant aucun indice et travaillant dans de bonnes conditions. (Tableau 2.)

A ce propos on peut noter que parmi les postures les plus «dangereuses» se trouve la position debout les bras en l'air, position qui est celle par exemple des coiffeuses.

Tableau 2: Indices de fatigue professionnelle et prématurité

5 indices de fatigue	{	Postures
		Machine
		Charge physique
		Charge mentale
		Environnement

% de prématurité



Dans ces études il n'est pas apparu de relation significative entre tâches ménagères lourdes et prématurité. Or, malgré cela les femmes dites sans profession montraient un taux de prématurité plus élevé que les femmes travaillant à plein temps. Cela s'explique par le profil sociologique particulier de cette population: près du double des femmes migrantes et d'épouses de manœuvre. Le niveau social et économique extrêmement bas surdétermine tous les autres critères.

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

La prévention dans l'entreprise

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

Il est bien entendu difficile d'exiger des modifications de postes (travail-

ler assise plutôt que debout, par exemple) ou une diminution du temps de travail quand, comme en Suisse, une protection même élémentaire contre les licenciements n'est pas assurée. *L'ignorance des risques courus par la mère au travail a pour conséquence un désintérêt des organisations syndicales pour ces revendications.*

Cela même dans les secteurs où sont occupées beaucoup de femmes (dans le secteur hospitalier par exemple où elles sont particulièrement exposées). C'est pourquoi il faut stimuler partout la diffusion de ces informations et exiger dans les entreprises un allègement des conditions de travail les plus pénibles pour les femmes enceintes, ainsi qu'une diminution du temps de travail et un allongement du congé maternité.

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

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

- l'augmentation des visites prénatales (10 visites remboursées au minimum alors qu'en Suisse 4 visites seulement sont intégralement prises en charge par les caisses-maladies)
- le dépistage lors de ces visites des grossesses à risque et l'orientation de ces patientes vers des centres spécialisés de néo-natologie.

Ces mesures, parmi d'autres, ont permis de diminuer presque de moitié le taux de mortalité périnatale et ont vu une réduction parallèle du taux des handicapés.

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

Marie-Claude Hofner, Médecin, Yverdon

Références

- ¹ Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales, 33/3, OMS, 1980
- ² Alexandre Minkowsky, Pour un nouveau-né sans risque, Stock, 1981
- ³ Indicateurs sociaux pour la Suisse, vol. 1, 1981
- ⁴ Therapeutische Umschau, 1975, vol. 32, n° 9
- ⁵ Davie, Butler, Goldstein, Londres 1972
- ⁶ Monnier, Deschamps, et al. Santé publique, sinep 1980
- ⁷ Janacek et Wälti, Gynäkologische Rundschau, 1978; A. Weil et al. Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie, 1978
- ⁸ Revue française de gynécologie et d'obstétrique, vol. 75, n° 6, Paris, 1980
- ⁹ Indicateurs sociaux pour la Suisse, vol. 1, 1981
- ¹⁰ Rumau – Rouquette C. et coll. «Evaluation épidémiologique du programme de santé en périnatalogie», In Revue épidémiologie sociale, 1977, 25/107-129.

