

Grossesse et Sapeurs- Pompiers

OBJECTIFS :

- Rappels scientifiques et législatifs sur la santé au travail en milieu SP et sur la grossesse
- Apporter des éléments pour accompagner les femmes en situation de grossesse exerçant chez les sapeurs-pompiers
- Proposer une prise en charge standardisée même si ajustée au cas par cas
- Permettre une vigilance collective sur les facteurs de risques afin de les recenser et adapter la prise en charge proposée

Médecin de prévention Jean-Marie STEVE
Médecin Hors Classe

Jean-marie.steve@ensosp.fr

SPV Expert Pauline LENESLEY
Missions « sage femme » et « qualité en santé »
p.lenesley@sdis50.fr

Introduction

Les femmes enceintes bénéficient d'une surveillance médicale particulière définie par l'article R 241-50 du Code du Travail repris dans l'article 21 du Décret n°85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale

La grossesse et la période du post-partum sont des événements physiologiques et non pathologiques, au cours duquel la mère et son enfant sont particulièrement sensibles aux dangers liés aux agents biologiques, biomécaniques, chimiques, physiques, et où les risques psycho-sociaux peuvent être majorés.

Toutes les professions peuvent comporter des risques pour les femmes au cours ou au décours d'une grossesse. La profession de sapeur pompier ne fait pas exception. La diversité des champs d'action expose la femme et son enfant par différents mécanismes.

Les femmes enceintes ou ayant récemment accouché, ayant opté ou non pour l'allaitement maternel, peuvent également être exposées à des dangers liées à leur vie extra-professionnelle (longueur des trajets engendrés par les contraintes familiales nouvelles, charges familiales, ruptures des cycles de sommeil). Ceux-ci peuvent potentialiser les dangers professionnels.

PLAN :

1. Grossesse au travail.....	3
1.1. Rappels de la réglementation	3
1.2. Risques professionnels SP et grossesse.....	4
1.2.1. Dispositif de santé au travail chez les SP.....	4
1.2.2. Dispositions spécifiques pendant la grossesse.....	4
2. Proposition de prise en charge en milieu professionnel.....	5
2.1. Obligations des services de santé au travail des sapeurs-pompiers	5
2.2. Conseils pour la prise en charge en milieu professionnel	6
Avant la grossesse :	6
A partir du moment où la grossesse est déclarée	7
Après la grossesse	7
Bibliographie et Webgraphie	8
ANNEXESDEFINITIONS ET RAPPELS DE PHYSIOLOGIE	9
1. Généralités	9
2. Principales modifications physiologiques de l'organisme maternel pendant une grossesse pouvant être en lien avec des risques professionnels	9

1. Grossesse au travail

1.1. Rappels de la réglementation

DROITS DES FEMMES ENCEINTES	OBLIGATIONS
<p>Une femme enceinte</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ ne peut pas être licenciée, ➔ peut rompre son contrat de travail sans préavis et sans devoir d'indemnité de rupture, ➔ peut être affectée temporairement dans un autre emploi si son état de santé l'exige, ➔ peut demander à passer de jour si elle est affectée sur un poste de nuit, ➔ doit être changée de poste si son poste présente un risque. En cas d'impossibilité elle a droit à un maintien de salaire en partie par la sécurité sociale et en partie par l'employeur, ➔ a droit à des autorisations d'absence et à un congé de maternité, ➔ dispose pendant un an d'une heure par jour durant les heures de travail et peut allaiter dans l'établissement, ➔ les femmes enceintes ou allaitant doivent pouvoir se reposer en position allongée, dans des conditions appropriées, ➔ Il est interdit d'employer une salariée pendant une période de huit semaines au total avant et après son accouchement, ➔ Il est interdit d'employer la salariée dans les six semaines qui suivent son accouchement, <p>Surveillance médicale particulière</p> <p>Les femmes enceintes ainsi que les mères dans les six mois qui suivent l'accouchement et pendant la durée de leur allaitement bénéficient d'une surveillance médicale renforcée. Le temps et les transports nécessités par les examens médicaux, y compris les examens complémentaires, sont soit pris sur les heures de travail, soit rémunérés par l'employeur.</p> <p>En cas d'exposition d'une femme allaitante à des toxiques en intervention, il sera préconisé l'arrêt immédiat et temporaire de l'allaitement en relation avec le médecin traitant et en fonction de la cinétique du toxique concerné.</p>	<p>Obligations de l'employeur</p> <p>L'employeur doit informer les salariées en cas d'affectation sur un poste présentant un risque en cas de grossesse (Art R 4412-89 et Art D 4152 -11) sur les effets potentiellement néfastes de l'exposition à certaines substances chimiques</p> <p>En cas de grossesse déclarée, l'employeur doit évaluer les risques du poste et proposer des aménagements dont certains sont réglementaires. L'employeur doit respecter la réglementation concernant les travaux interdits aux femmes enceintes ou allaitant (Voir Art L, R, et D 4152-1 et suivants) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Agent biologiques : cas de risque d'exposition, retrait du poste. ➔ Rayonnements ionisants : interdiction d'affectation d'une femme enceinte dans des travaux requérant un classement en catégorie A L'exposition de la femme enceinte doit être en dessous de 1 mSv pendant la durée de la grossesse. Une femme allaitant ne doit pas être affectée à un poste comportant un risque d'exposition interne. ➔ Manutention de charges : L'usage du diable pour le transport de charges est interdit à la femme enceinte. ➔ Travaux hyperbares : Il est interdit d'affecter ou de maintenir les femmes enceintes à des postes de travail exposant à une pression relative supérieure à 100 hectopascals ➔ Travail de nuit : Possibilité de demande de changement d'affectation ou d'aménagement des horaires ➔ Impacts fœtaux mais également impacts plus important sur la femme enceinte par les modifications systémiques <p>Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur concernant les risques des postes et les aménagements à proposer</p> <p>Les facteurs de risque d'enfants de faible poids de naissance comprennent des facteurs liés à l'emploi: horaires irréguliers, travail de nuit, travail en station debout pendant au moins quatre heures par jour, manutention d'objets lourds, bruit ainsi que les postes combinant une demande psychologique élevée et un faible soutien social au travail.</p> <p>Obligations des agents</p> <p>La femme enceinte n'a pas d'obligation de déclarer sa grossesse à son employeur. Néanmoins, la protection à laquelle elle a droit et qui en découle ne prendra effet qu'à partir de cette déclaration.</p>

1. 2. Risques professionnels SP et grossesse

1.2.1. Dispositif de santé au travail chez les SP

L'aptitude médicale des sapeurs-pompiers est définie dans l'arrêté du 06 mai 2000 modifié, fixant les conditions d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires et les conditions d'exercice de la médecine professionnelle et préventive au sein des services départementaux d'incendie et de secours.

Cet arrêté régit l'aptitude des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires.

Les SP Professionnels entrent dans le cadre de la médecine professionnelle applicable à tout travailleur. Les sapeurs-pompiers volontaires sont considérés comme agent de service public temporaire pour tout ce qui concerne les conditions d'exercice de leurs activités et la santé s'y rapportant. Ainsi, la réglementation des sapeurs-pompiers professionnels s'applique à eux.

1.2.2. Dispositions spécifiques pendant la grossesse

Les dispositions du droit au travail s'appliquent aux sapeurs-pompiers. Elles s'exposent à de multiples risques identifiés par l'Art L, R, et D 4152-1 et suivant (cf 2.1) lors de l'activité opérationnelle par le possible contact avec :

- ➔ **Des agents biologiques** : cytomégalovirus, rubéole, varicelle, coqueluche et toxoplasmose, méningocoque, pneumocoque, grippe, zoonoses ... lors d'opération SAP
- ➔ **Des substances chimiques** : CO, fumées d'incendies, divers toxiques, lors de manœuvres et d'opérations incendie ou CMIR.
- ➔ **Des rayonnements ionisants** : lors de manœuvres et d'opération RAD
- ➔ **Des pressions élevées** : lors des entraînements et d'opérations Sal.

Par ailleurs Les opérations de secours nécessitent :

- ➔ **La manutention de charges**
- ➔ **Le travail de nuit**, travail posté

Le cumul avec d'autres facteurs exogènes de contraintes de travail difficiles, fatigantes, entraîne une augmentation des risques.

Facteurs de risques	Conséquences principales
horaires décalés, travail de nuit	sommeil déjà perturbé par modifications anatomiques et préoccupation maternelle primaire, puis par la présence d'un nouveau-né même sans allaitement
port de charges trop lourdes	Musculature modifiée et imprégnation par la progestérone modifie la contractilité (plancher périnéal plus fragile) ➔ accouchement prématuré ➔ à plus long terme : incontinence urinaire d'effort voire prolapsus
station debout ou courbée prolongée	retour veineux plus difficile chez une femme enceinte, relâchement musculaire du plancher périnéal, dorsalgies
stress et les situations chargées émotionnellement	Déséquilibre possible d'un état psychologique fragilisé par la grossesse
L'exposition à la chaleur et les environnements confinés	maximiser les troubles liés à l'insuffisance veineuse, le défaut d'oxygénation peut être non seulement délétère pour le développement cérébral du fœtus et peut entraîner des troubles d'autant plus importants que la situation cardiovasculaire de la femme est précaire

Bruit	L'oreille interne du fœtus est particulièrement sensible au cours des 3 derniers mois de grossesse. Les basses fréquences (inférieures à 250 Hz essentiellement) sont susceptibles d'altérer l'audition future
Hygiène de vie	repas non équilibrés et à horaires variables ; arrêt des activités sportives, diminuant la masse musculaire
Les transports et trajets	position non compatible avec une détente musculaire ce → menaces d'accouchements prématurés.

Selon l'arrêté du 06 mai 2000 modifié, Article 7 « **L'état de grossesse est une cause d'inaptitude opérationnelle temporaire aux fonctions de sapeur-pompier. La durée de cette inaptitude s'étend de la date à laquelle le sapeur-pompier féminin concerné en a connaissance et au plus tard au jour de la déclaration aux organismes sociaux jusqu'à épuisement des congés légaux. En conséquence, le sapeur-pompier concerné ne doit pas effectuer pendant cette période de missions opérationnelles. Une visite médicale préalable à la reprise de l'activité opérationnelle sera effectuée.** »

Une femme sapeur-pompier ne doit donc pas effectuer de missions opérationnelles dès qu'elle a connaissance de son état. Il lui est donc conseillé d'informer le médecin en charge de l'aptitude qui la mettra en position d'inaptitude opérationnelle temporaire tout en respectant le secret médical.

Cette disposition protège la femme enceinte et le fœtus. Par contre les risques pendant l'embryogenèse ne sont pas pris en compte, ni ceux pendant les suites de couches et l'allaitement éventuel, au retour des congés maternité. Concernant les risques pendant la période de l'embryogenèse, il est difficile de prévoir un risque difficilement quantifiable. Cette problématique existe aussi chez toute travailleuse et dans la vie courante. Nous pouvons cependant insister sur le fait que la femme sapeurs-pompiers peut être plus vigilante, au vu des risques encourus. Des dispositions peuvent être envisagées si le désir de grossesse est important ou si des mesures de procréation médicalement assistée sont en cours.

La crainte de la perte de revenus doit être prise en compte car elle peut entraîner une baisse du taux de déclaration de grossesse ou du moins sa précocité chez les volontaires. Une explication de l'accompagnement des femmes dans leurs grossesses est nécessaires afin qu'elles ne soient pas stigmatisées dans leurs équipes. L'accent peut être porté sur le fait qu'une bonne prévention pendant la grossesse permet une reprise opérationnelle adaptée après la grossesse.

A la reprise opérationnelle, les femmes qui ont choisi d'allaiter leur enfant doivent bénéficier d'un local pour qu'elle puisse s'isoler et tirer leur lait sur leur temps de travail (1h par jour réglementaire) afin qu'elles :

- puissent mener leur allaitement sans contraintes en suivant les recommandations de l'OMS
- ne soient pas gênées par une tension mammaire excessive.

Elle doivent être informées que les toxiques qu'elles peuvent ingérer, inhaler, pendant leur activité peuvent passer dans le lait. Ainsi, en cas et d'exposition, elles doivent être en mesure de tirer leur lait quand celui-ci est potentiellement contaminé pour le jeter.

2. La prise en charge en milieu professionnel

2. 1. Obligations des services de santé au travail des sapeurs-pompiers

A l'occasion des **visites de recrutement** ou **périodiques**, une information doit être donnée, pour les postes de travail exposant à des risques pour les femmes enceintes. Cette information sera rappelée ou actualisée au cours des examens ultérieurs.

Les éléments indispensables :

- une information des agents concernant la nécessité d'informer le service de santé dès le début de la grossesse et avant même la déclaration peut être envisagée
- une information systématique du médecin chef ou de son représentant par la DRH en cas de déclaration de grossesse doit être mise en place

- un suivi rapproché avec des conseils hygiéno-diététiques, selon une périodicité définie au cas par cas en cas de connaissance d'un état de grossesse ou d'allaitement, en relation éventuelle avec le médecin ou le gynécologue traitant (en accord avec l'intéressée) peut être instauré pour assurer un bon retour opérationnel après la grossesse

- une visite médicale de reprise systématique après congé maternité avec évaluation des conditions de retour au travail peut permettre de récolter des informations médicales et pratiques sur:
 - o la grossesse, l'accouchement et de ses suites
 - afin d'adapter la surveillance du bon retour à l'état hors grossesse
 - d'autoriser la reprise opérationnelle
 - o l'accompagnement à la reprise opérationnelle envisagé
 - o le type de poste retrouvé au retour du congé de maternité,
 - o la qualité des relations avec les collègues et la hiérarchie,
 - o le temps de transport et son confort,
 - o la durée du travail en favorisant une reprise progressive si possible (congé parental partiel, postes et piquets adaptés).
 - o Les uniformes peuvent être adaptés pour la période pré natale et retour en activité (accompagnement de l'augmentation du périmètre abdominal).
 - o Le Ports d'équipements de protection individuelle normalisés ne doit être adapté que lorsqu'au retour en activité opérationnelle la femme n'a pas retrouvé la morphologie avant grossesse.

En fonction de tous ces paramètres, une nouvelle visite médicale et/ou des interventions en entreprise pourront être envisagées.

Ces informations et surveillance peuvent être réalisées par un médecin du travail, ou une sage-femme faisant partie de l'équipe du SSSM.

2.2. Conseils pour la prise en charge en milieu professionnel

Toutes les actions proposées ou effectuées par les services de santé au travail des SP doivent être complémentaires de celles des professionnels de santé de la femme enceinte. Une communication entre les services via le dossier de maternité édité par la majorité des conseils généraux est tout à fait envisageable. Un document de suivi spécifique pour communiquer avec les différents acteurs du suivi de grossesse peut être envisagé si la femme ne souhaite pas transmettre son dossier de maternité.

Avant la grossesse :

Objectif : éviter les grossesses non prévues que l'on ne pourrait pas protéger.

Les femmes en âge de procréer doivent être informées des risques que comporte le métier de sapeur-pompier sur une grossesse. La connaissance de l'utilisation d'une contraception ne doit pas dispenser de cette information (aucune méthode réversible n'étant fiable à 100%).

Après la déclaration de grossesse

Objectifs :

- Garder en activité les femmes enceintes le plus longtemps possible dans de bonnes conditions
- prévenir les pathologies courantes de la grossesse pouvant entraîner des arrêts de travail précoces
- prévenir les complications de la grossesse pouvant retarder/ compromettre la reprise opérationnelle

Actions à mener:

- Changement de poste pour la durée de la grossesse ; si le poste comporte des risques identifiés pour la mère comme pour l'enfant à naître. Certains stages opérationnels (programmés et organisés) peuvent être effectués dans le respect des préconisations (adaptations possibles)
- Aménagement du poste de travail pour éviter la station debout prolongée, les manutentions, les efforts physiques importants, les rythmes décalés doivent être évités,
- Mise à disposition d'un local permettant à la femme enceinte de se reposer en position allongée,
- Autorisation de repos en position assise ou allongée,
- Flexibilité des horaires.
- Consultations spécialisées adaptées avec diététicienne et kinésithérapeute
- Maintien d'une activité sportive adaptée (renforcement musculaire dos, ceinture scapulo humérale, périnée)
- Sensibiliser les femmes sur les conséquences d'une prise de poids excessive (csq à long terme pour elles et à court terme pour l'enfant à naître) ou insuffisante (mêmes csq), surveillance de la fonction respiratoire, cardio vasculaire rapprochée (prévenir ou accompagner la survenue d'un diabète gestationnel, d'une pathologie hypertensive gravidique révélant un terrain propice à ces pathologies dans la vie future de la femme, limiter l'apparition des troubles musculosquelettiques)

Après la grossesse

Objectifs : reprise opérationnelle en sécurité, maintien de l'allaitement le plus longtemps possible (recommandations de l'OMS), bien-être social,

Actions à mener

- s'assurer du bon retour à l'état hors grossesse : Bilan complet (cardio vasculaire, respiratoire, glucidique, tonus musculaire)
- accompagnement à la reprise de l'activité sportive avec encouragement aux séances de rééducation.
- renforcement musculaire ciblé
- aide à l'organisation à domicile : aide à domicile à encourager en cas de naissances multiples, assistante sociale si nécessaire, horaires ajustables pour les séances d'habituations à la crèche ou assistante maternelle.
- vaccination coqueluche, entérovirus, grippe à conseiller
- accompagnement ou vigilance quant à l'état émotionnel avec soutien psychologique proposé
- évoquer le mode de contraception et le suivi adoptés (prévention troubles cardio-vasculaires hormono-dépendant) pour donner les informations nécessaires

Bibliographie et Webgraphie

- ➔ **Arrêté du 6 mai 2000**, fixant les conditions d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires et les conditions d'exercice de la médecine professionnelle et préventive au sein des services départementaux d'incendie et de secours, article 7.
- ➔ **Code du travail**, Textes relatifs à la protection sociale des femmes enceintes ou allaitant, Articles L1225-1 et suivants, Articles L4152-1 et suivants, Articles R4411-69 et suivants.
- ➔ **Règlement européen CLP (2008)** : Articles R46 et suivants.
- ➔ **Directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989** concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail (89/391/CEE).
- ➔ **Directive 92/85/CEE du Conseil, du 19 octobre 1992**, concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitant au travail
- ➔ **Recommandations de la société française de médecine du travail** (novembre 2004).
- ➔ **ANACT** (Association Nationale pour l'amélioration des Conditions de Travail)
- ➔ **HAS** (Haute autorité de santé) Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mai 2007
- ➔ **INRS** (Institut National de Recherche et de Sécurité) (novembre 2008)
- ➔ **Revue Travail et sécurité** n°662 page 42 et 43 (2006) Salariées enceintes exposées à des substances toxiques pour le développement foetal. Surveillance médicale.
- ➔ **Lansac J, obstétrique pour le praticien**. Elsevier Masson, 2007.
- ➔ **Lansac J, Gynécologie pour le praticien**. Elsevier Masson, 2008
- ➔ **Francoval C**. Pédiatrie en maternité. Lavoisier. 2008
- ➔ **Cabrol D, Goffinet F, Protocoles cliniques en obstétrique**. Abrégés Masson 2009

ANNEXE

DEFINITIONS ET RAPPELS DE PHYSIOLOGIE

1. Généralités

Les modifications physiologiques de la grossesse permettent :

- le développement et la croissance du fœtus,
- l'adaptation de la mère à l'état gravidique,
- la préparation de la mère à l'accouchement et au post-partum

Les pathologies maternelles préexistantes peuvent augmenter les modifications physiologiques qui peuvent alors avoir des conséquences importantes.

La connaissance des modifications physiologiques est donc un pré requis afin:

- D'identifier les signes sympathiques de la grossesse (le normal) et ceux relevant d'une pathologie,
- D'évaluer les répercussions potentielles de la grossesse sur la mère et le fœtus en cas de pathologie préexistante,
- D'assurer un accompagnement pertinent et pouvoir donner des conseils adaptés

Une grossesse dure 41 SA (semaines d'aménorrhée) soit 9 mois.

Le premier trimestre, de 0 à 3 mois correspond à l'embryogenèse et à l'implantation de la grossesse.

Le deuxième trimestre, 3 à 6 mois est la période de maturation fœtale, avec la placentation, à compter de la 22^e SA, le fœtus peut être considéré comme viable. De 22 SA à 28 SA, si l'enfant naît, il est dit « très grand prématuré », la réanimation est possible mais difficile, l'accouchement ne doit pas avoir lieu à ce moment. La croissance de l'utérus est rapide à cette période. La période de la prématurité s'étend jusqu'à 37 SA.

Le troisième trimestre est la période de croissance fœtale de 29 à 41 SA.

La période périnatale correspond à la période allant de la 28^e SA jusqu'au 7^e jour de vie de l'enfant.

La période des suites de couches s'étend de l'accouchement jusqu'au 42^e jour après celui-ci (le retour de couche étant parfois difficile à identifier suivant la méthode de contraception choisie par la femme à la sortie de la maternité et l'intensité de son allaitement). Cette période est particulièrement à risque puisque l'organisme maternel qui a mis 9 mois à se préparer, à se modifier pour arriver à l'accouchement revient à l'état antérieur en moins de deux mois.

2. Principales modifications physiologiques de l'organisme maternel pendant une grossesse pouvant être en lien avec des risques professionnels

- Immunodépression relative (tolérance de la « greffe » fœtale)
- Endocrines (l'hypophyse passe de 0,4g à 0,8g pendant la grossesse → conséquences sur équilibres thyroïdiens, surrénaliens, ...)
- Métaboliques (métabolisme du glucose : anabolisme maternel avec hyperinsulinisme jusqu'à 22 SA, puis catabolisme maternel avec légère résistance insulinaire, lipides et protéines plasmatiques très augmentés)
- Cardio-vasculaires : vasodilatation, hypervolémie, augmentation du débit cardiaque.
- Hématologiques : augmentation du volume plasmatique en premier puis augmentation de la masse érythrocytaire, hyperleucocytose, diminution légère des plaquettes.
- Hémostase : augmentation taux de fibrinogène et des facteurs VII, VIII, X et VWF,
- Respiratoires : augmentation débit et fréquence respiratoire pour satisfaire les besoins accrus en oxygène.
- Système Rénal et urinaire : augmentation débit plasmatique rénal et filtration glomérulaire, stase vésicale et reflux vésico-urétéraux.
- Gynécologiques : augmentation volume mammaire, assouplissement périnéal

- Impacts sur le système locomoteur : hyperlaxité articulaire, sciatalgie, hyperlordose.
- Impacts Ophtalmologiques : myopie et presbytie transitoires, intolérance aux lentilles de contact.
- Modifications Odontologiques : risque accru de caries et d'érosions dentaires par modifications des équilibres acidobasiques,
- Impacts Psychologiques : processus de maternalité, préoccupation maternelle primaire

Fatigue et Carences

Equilibre
psychologique

1^{er} trimestre

Rayonnements
ionisants, et poisons
environnementaux

Hyperlordose

Fatigue, troubles
nutritionnels

2e trimestre

Maternelles :

L'augmentation massive de la concentration de l'hCG par le corps jaune, reliquat du follicule ovarien, beaucoup moins bien tolérée que celle qui sera produite par le placenta au deuxième trimestre entraîne des vomissements qui peuvent fatiguer et carencer la femme en début de grossesse. Ces vomissements peuvent être accentués par la tension psychologique résultant du processus de maternalité et la pression sociale autour du « devenir mère ». Les conditions d'apparition de la grossesse peuvent également maximiser le phénomène (grossesse prévue ou non, attendue depuis longtemps ou non). Les principaux risques de cette période sont la fausse couche spontanée hémorragique ou la grossesse extra utérine. Les modifications de l'organisme se mettent en place. La grossesse est pelvienne et est protégée par le bassin osseux. Les troubles de la statique peuvent néanmoins apparaître en cas de fragilité pré existante au niveau lombaire et également avec le climat hormonal.

Embryonnaires : l'altération majeure de l'embryon n'est possible que si son environnement est atteint. Dès que l'implantation est faite, les échanges materno-foetaux débutent et les substances auxquelles la mère peut être exposées toucheront également le fœtus. A noter qu'en cas d'altération majeure du matériel embryonnaire, une fausse couche se produit.

Maternelles :

Une des vulnérabilités notables provient de la modification du centre d'inertie avec une hyperlordose. La prise de poids débute généralement au second trimestre avec la phase de croissance utérine la plus importante (1kg/mois, 1cm de hauteur utérine par mois). La capacité respiratoire est impactée par la grossesse (attention aux grossesses gémellaires et grossesse avec hydramnios). Ces différentes adaptations du corps à la grossesse peuvent perturber « certaines habitudes de vie » avec des difficultés à trouver le sommeil. Une position inadaptée pour travailler pouvant fatiguer davantage. Ces troubles peuvent être atténués par une adaptation des milieux de travail, et par un travail de renforcement des muscles staturaux avec l'aide d'un kinésithérapeute avant qu'ils ne se ressentent. L'imprégnation hormonale et les pressions de l'utérus sur les organes abdominaux favorisent les pathologies digestives (occlusions/

3^e trimestre

infections notamment appendicite), urinaires (cystites à la pyélonéphrite) et gynécologiques. Ces pathologies peuvent être ignorées par la femme enceinte qui minimise le symptôme le plus longtemps possible si bien qu'au moment des consultations d'urgences le tableau clinique peut être critique. Le diabète gestationnel, les pathologies hépatiques et la pré-éclampsie peuvent se déclarer.

Fœtales : le fœtus reçoit le sang maternel et est donc confronté à tous les toxiques pouvant passer dans le sang maternel. C'est la période de la « maturation » fœtale, ainsi, tous les facteurs exogènes indésirables peuvent influencer sa maturation (anomalie ou arrêt). Tous les traitements pris par la mère passeront par le fœtus, c'est pourquoi il est difficile de traiter une femme enceinte, sauf si des tests in vivo ont été réalisés pour le traitement prescrit (cf. CRAT). Il est déraisonnable d'exposer une femme enceinte à des agents infectieux ou parasitaires pour lesquels l'on ne dispose que de traitements possiblement tératogènes. Une attention particulière doit être portée sur les vaccins. Une hypertension maternelle peut affecter le débit sanguin utéro-placentaire et impacter le développement foetal

L'accouchement prématuré peut se déclencher (traumatisme abdominal ou tension musculaire entraînant des contractions utérines surtout si anomalie ovulaire, anomalie de la cavité utérine,

Post partum

Equilibre psychologique

Risque thromboembolique

Risque hémorragique et anémique (fonction de l'accouchement)

Fatigue

Carences

Troubles musculo squelettiques

Contamination du lait maternel (→tira lait)

Conséquences socio-économiques

Les risques du 2^{ème} trimestre sont d'autant plus présents que l'on avance dans la grossesse. L'augmentation physiologique du « volume » utérin (hauteur utérine en fin de grossesse = 32cm) et la prise de poids (au moins 1kg par mois) sont les facteurs qui vont le plus impacter les capacités physiques de la femme. Le repos pré natal est de 6semaines minimum (soit à 35SA)

Maternelles : Après l'accouchement la nouvelle maman dispose d'un repos post natal réglementé, celui-ci couvre au moins les 42 jours du post-partum. La visite post natale réalisée avec le professionnel de son choix permet d'évaluer le bon retour à l'état « hors grossesse ». Cette période de bouleversements hormonaux brusques peut entraîner des troubles psychologiques majeurs allant du « baby blues » à des pathologies préoccupantes sur le plan psychiatrique. Le retour à l'état « hors grossesse » nécessite également un travail musculaire important autant au niveau de la cage thoracique (avec la correction des modifications du système respiratoire pendant la grossesse) qu'au niveau lombaire (hyperlordose) et périnéal, sans oublier la réadaptation du système cardiovasculaire.

Risques néonataux : dans le cas d'un allaitement maternel, les substances toxiques avec lesquelles la mère peut être en contact peuvent passer dans le lait et contaminer ensuite le nouveau-né. De même tous les traitements qui pourraient être prescrits en post-partum peuvent passer dans le lait. La pression exercée par les professionnels de santé en matière d'allaitement encourage

certaines femmes à envisager des traitements « favorisant » la montée de lait, ceux-ci peuvent parfois être contraires aux intérêts de l'enfant. L'enfant a également besoin d'échange et d'attachement pour son développement, une attention particulière à la disponibilité d'une femme nouvelle mère, mais isolée, est primordiale.

La naissance d'un enfant a un coût pour la famille qui l'accueille. La famille doit réorganiser son quotidien pour retrouver ou adapter les activités professionnelles. Dans le cas de la naissance de jumeaux, les problématiques sont d'autant plus présentes, de même quand il s'agit d'un enfant handicapé ou prématuré où les soins peuvent être coûteux.