



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes

CONTRIBUTION DES 1000 JOURS

Décembre 2019

Depuis les travaux du Dr. Barker dans les années 90, l'hypothèse d'une **origine développementale de la santé et des maladies** (« DOHaD») est étayée par un corpus toujours plus important de publications scientifiques. Dans le même sens, l'Organisation Mondiale de la Santé et l'UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance) alertent le Monde sur **l'importance particulière des 1000 premiers jours de la vie d'un être humain**. Ce laps de temps, qui s'étend du début de la gestation aux deux premières années de vie extra-utérine, est une période de vulnérabilité où les organes, et en particulier le cerveau, se développent rapidement. C'est également une période cruciale d'adaptabilité et de réactivité au monde : une mauvaise nutrition, l'absence de stimulation et de protection, un environnement inadéquat chez le jeune enfant ont des effets néfastes pouvant avoir des répercussions tout au long de sa vie sur sa santé comme sur son avenir socio-économique.

Les études de mesures sur le sang au cordon, le liquide amniotique ou le méconium suggèrent que le fœtus est exposé précocement à de multiples substances chimiques. D'autres études, conduites autour des hypothèses DOHaD, observent que l'exposition à certains agents chimiques, au stress ou à de mauvaises habitudes de vie pourrait favoriser l'apparition de maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète, ou encore certains troubles immunitaire à l'âge adulte (Irwin et al. 2007). Il y a un lien évident entre les facteurs environnementaux, les conditions de vie socio-économiques, et les relations psycho-affectives sur notre santé future.

Devant ce constat, le CNSF ne peut que s'engager à promouvoir, accompagner et soutenir les mesures et les interventions centrées sur une vision globale de la santé, incluant les déterminants de santé et en faveur de la salutogénèse.

Durant sa grossesse, une femme enceinte aura, en moyenne, 18 contacts avec les professionnels de santé. Ce sont les sages-femmes, expertes de la grossesse physiologique, qui seront les principales interlocutrices des couples et qui auront accès à la fois à la mère, à l'enfant, et à l'environnement dans lequel ce dernier grandira.

||| Objectif : 1000 jours

La cellule parentale est la première source d'affection, de contacts sociaux et d'apprentissage d'un bébé. Ce dernier, et par extension l'enfant, ne peut être appréhendé en l'excluant du contexte dans lequel il vit et des « éducateurs de première ligne » qui l'entourent, qui sont garants de toutes les décisions qui le concerne ainsi que de l'environnement dans lequel il se développe.

Les « **éducateurs de première ligne** », ces adultes en position parentale¹ (APP), sont incontestablement les acteurs clés dans la mise en place des conditions optimales définies par l'OMS pour préserver la santé d'un enfant. Que ce soit par les fonctions qu'ils occupent et les soins qu'ils leur apportent, par la continuité de leur présence, ou encore par la relation affective qu'ils entretiennent avec leurs enfants, les APP prennent légitimement les décisions qui leur semblent les plus opportunes pour leur foyer.

C'est pourquoi les sages-femmes se sont toujours engagées auprès des familles : d'une part en les accompagnant sur le plan médical, mais aussi, en les soutenant dans leurs projets, leurs choix et leurs actions parentales c'est-à-dire dans leur développement du pouvoir d'agir (*empowerment*) en faveur de leur santé et celle de leurs enfants.

¹ Nous parlerons ici d'adultes en position parentale et non de parents. Ce dernier terme est réducteur car ils écartent certaines organisation familiales : les familles d'accueil, les beaux-parents, les parents non reconnus juridiquement comme c'est encore le cas dans les couples homosexuels ...

||| Sages-femmes, une profession au coeur des familles

Dotées d'un **pouvoir de diagnostic et d'un droit de prescription**, les sages-femmes forment une **profession médicale à compétences définies**. Ainsi, le champ d'intervention des sages-femmes auprès des femmes et des nouveau-nés en bonne santé est établi par le code de la santé publique.

La sage-femme **assure la surveillance et le suivi médical de la grossesse** et propose des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Elle assure, en toute autonomie, **la surveillance du travail et de l'accouchement**.

La sage-femme dispense les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement. Elle pratique la **rééducation périnéo-sphinctérienne** liée à l'accouchement.

Au-delà de la période traditionnelle de la grossesse, la sage-femme accompagne également les femmes tout au long de leur vie en assurant leur **suivi gynécologique de prévention** et en **prescrivant leur contraception**.

La sage-femme **pratique les actes d'échographie gynécologique et obstétricale de dépistage, ou focalisés**.

Elle **réalise les interruptions volontaires de grossesse** par voie médicamenteuse dans les conditions définies par la loi.

Elle **prescrit et pratique les vaccinations** auprès de la femme et du nouveau-né dans les conditions définies par décret mais également auprès de toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale ou qui assurent la garde de l'enfant.

Les sages-femmes assurent un rôle important dans **la prévention contre les addictions** et notamment en matière de tabacologie. Elles sont habilités à prendre en charge les femmes ou leur entourage (consultation, prescription).

Conformément à l'article L.4151-1 du code de la santé publique, les sages-femmes sont **autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation** réalisées avec ou sans tiers donneur ainsi qu'aux activités de dons de gamètes et d'accueil d'embryon.

Spécialiste de la physiologie, la sage-femme oriente ses patientes à un médecin lorsqu'elle décèle une pathologie. Elle peut pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couche pathologiques.

Dans l'exercice de l'ensemble de son activité professionnelle, la sage-femme, tient un rôle primordial de proximité dans la prévention et l'information auprès des familles, ce que la profession avait souligné lors de la parution du plan prévention santé du gouvernement.

||| Notre stratégie : promouvoir la salutogénèse selon l'approche écologie définie par la promotion de la santé

La **salutogénèse** désigne une approche se concentrant sur les facteurs favorisant la bonne santé et le bien-être physique, mental et social. Le modèle écologique, défini quant à lui par la promotion de la santé, représente un cadre de recherche et d'actions qui va au-delà des interventions menées sur les capacités individuelles pour investir celles qui agissent sur les déterminants de santé.

Les déterminants de la santé sont des facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de la santé des individus et des populations. Le **CNSF encourage les mesures de sensibilisation** qui prennent en compte l'ensemble des déterminants de la santé potentiellement modifiables.

D'une part, **les interventions qui agissent sur les choix des individus** tels que les comportements en matière de santé et les modes de vie ;

D'autre part **les actions politiques qui les accompagnent** tels que les conditions de travail, l'accès à des services sanitaires appropriés et les environnements physiques.

Le CNSF met en avant **trois grands axes prioritaires** portés par la profession de sage-femme à savoir :

- **la promotion et le soutien de l'allaitement** maternel et a fortiori d'une alimentation saine et équilibrée ;
- **la lutte contre les sources de pollution et d'exposition des familles ;**
- et enfin **la protection des liens.**

1. ALLAITEMENT MATERNEL ET ALIMENTATION

L'allaitement maternel satisfait à lui seul les besoins du nourrisson pendant les 6 premiers mois de la vie, et a des effets bénéfiques à court et long terme sur la santé de l'enfant et de sa mère. Il est associé à une diminution du risque d'asthme et d'eczéma pendant les deux-trois premières années de la vie chez les enfants à risque d'allergie, ainsi qu'à une diminution du risque d'obésité et de surpoids, de diabète de type 1 et 2, de maladies coeliaques, de maladies inflammatoires du tube digestif, et de mort inattendue du nourrisson. Promouvoir l'allaitement maternel est l'un des objectifs du Programme Nutrition Santé et c'est aussi un enjeu de santé publique. Pour autant, la pratique de l'allaitement maternel et sa durée sont, en France, parmi les plus faibles d'Europe. Selon le Rapport 2017 de la DRESS, le taux d'initiation en maternité en France en 2013 est de 66% et la durée médiane de l'ordre de 3 semaines et demi pour l'allaitement exclusif ou prédominant. Il est donc prioritaire de définir des propositions claires en faveur de la promotion et de l'accompagnement à l'allaitement maternel.

D'autre part, **la qualité et l'équilibre du régime alimentaire sont une condition essentielle à la préservation d'un bon état de santé**. Une alimentation favorable à la santé prend en compte la culture alimentaire, le goût, le plaisir de manger et répond aux principes de mises en œuvres de mesures de prévention notamment lors de la période prénatale. La petite enfance est un des cibles prioritaires du PNNS 2019-2023 car les comportements acquis au plus jeune âge persistent le plus souvent à l'âge adulte. Accompagner l'amélioration des comportements alimentaires est devenu essentiel et la période de la grossesse est un moment propice pour accéder à une « conscientisation ».

2. SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Les sources de pollution ou d'exposition susceptibles de concourir à l'altération de la santé des individus sont multiples.

Elles peuvent être liées à l'activité professionnelle et aux usages domestiques des parents, ainsi qu'au niveau de pollution sur le secteur d'habitation. Le foie de l'enfant est immature jusqu'à plusieurs mois après la naissance, sa capacité de détoxification ou d'élimination est donc limitée.

D'autre part, les organes sont encore immatures, et sont donc beaucoup plus fragiles que chez l'adulte, notamment à des composés de type perturbateurs endocriniens, qui vont être capable d'interagir avec le système endocrinien de l'enfant. Les agents chimiques, biologiques ou physiques peuvent impacter directement le développement du fœtus, ou indirectement en altérant le déroulement de la grossesse (prématurité, pré-éclampsie). L'impact des pollutions chimiques et biologique sur la santé de l'enfant à naître, en particulier en cas d'expositions au

cours de la période in utero est ainsi aujourd'hui largement reconnu par la communauté scientifique.

Le système européen REACH permet d'éliminer progressivement les composés chimiques les plus à risque, mais pas une élimination totale et immédiate. **La prévention primaire passe donc par une substitution ou une élimination des sources par les familles, ce qui implique que ces dernières doivent-être en capacité de les identifier.** D'autre part, un certain nombre de geste simple, comme le fait d'aérer ou d'éliminer les poussières permet de réduire le niveau de contamination d'un habitat.

3. LIENS AFFECTIFS

Selon l'UNICEF, il convient d'entourer les enfants d'un **environnement bienveillant et attentif pour protéger le développement de leur cerveau.**

Les troubles mentaux chez les mères, parmi lesquels **l'anxiété et la dépression** sont les plus fréquentes, sont associés à toute **une gamme d'issues négatives pour l'enfant.**

En France, une à deux mères sur dix présenterait une dépression du post-partum. Ces dépressions et les difficultés d'attachement à leur enfant qui y sont associées ont des conséquences néfastes bien documentées sur le développement de l'enfant. Enfin, des associations ont été observées entre l'expérience de l'accouchement et l'attachement mère-enfant. Il convient donc d'une part, de **prévenir ces situations** en valorisant le soutien des mères lors de leur accouchement et en systématisant le suivi empathique des couples mères-enfants, et d'autre part, de **dépister et d'accompagner les éventuelles difficultés d'attachement mère-enfant** par des professionnels de la périnatalité.

||| De notre stratégie résultent des propositions concrètes.

Pour appuyer **nos trois axes prioritaires** (Allaitement maternel, Santé environnementale et Liens affectifs), nous proposons **trois grands groupes d'actions** qui sont :

- **Identifier des temps** privilégiant le **soutien à la parentalité**, l'information et la prévention ;
- Définir des mesures claires en terme de **promotion et de soutien à l'allaitement** ;
- **Allonger le congé d'accueil** du nourrisson et penser le **congé d'aidant**.

1. IDENTIFIER DES TEMPS PRIVILÉGIANT L'ACCOMPAGNEMENT À LA PARENTALITÉ

En complément des consultations médicales et de la préparation à la naissance, il faut **réinvestir l'entretien prénatal précoce** et **proposer un format « d'entretien post-natal »** à deux temps : le premier précocement entre J8 et J15 suivant la naissance, le second entre le 3e et le 4e mois du post-partum.

1. Réinvestir et se former à l'Entretien prénatal précoce (EPP)

L'Entretien prénatal précoce offre aux parents une **écoute attentive** de leurs attentes et questions et recueille précocement certains facteurs de stress (vulnérabilité, vécus traumatiques, précarité, difficultés relationnelles). Il aide à la **réintégration de la dimension affective** dans le processus humaine de la naissance et donne du sens à une **démarche attentive de prévention**.

Mené par un professionnel de la grossesse (sage-femme ou médecin), l'EPP est une occasion d'ouvrir le dialogue avec les parents à propos du suivi médical de la grossesse et de l'accueil de l'enfant. Il est l'occasion d'une information mutuelle et le starter d'un partenariat personnalisé. Il est conçu pour aider les professionnels de la périnatalité à s'ajuster aux besoins spécifiques des couples, loin de toute stigmatisation.

Et pourtant selon l'enquête périnatale 2016 :

- 78% des primipares ont suivi les séances de préparation à la naissance et à la parentalité
- 28% des femmes ont bénéficié d'un entretien prénatal précoce
- 3,7% des femmes ont rédigé leur projet de naissance

Nous devons donc agir, pour développer cet entretien spécifique visant à améliorer la santé des femmes, des couples et des nouveaux nés et pour former les professionnels de santé à cet outil de prévention.

Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : HAS nov 2005
L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE : DES MOTS SUR DES MAUX Aurélie Bazin et al. ERES | Spirale
2013/2 - N° 66 pages 163 à 175 ISSN 1278-4699

2. Proposer systématiquement deux entretiens postnataux

Dans un contexte de diminution de durée moyenne de séjour, d'une externalisation du suivi vers la médecine de ville et d'un isolement sociétal des familles, **l'entretien postnatal précoce (EPNP)** a émergé peu à peu devant la nécessité d'un accompagnement individualisé et de proximité du nouveau-né et de ses jeunes parents.

L'EPNP a pour objectif d'**améliorer leur bien-être global en ajustant le suivi des familles à leur singularité**. Réalisé préférentiellement entre J8 et J15 suivant l'accouchement par une sage-femme ou un médecin formés à l'exercice, il a pour objectif de renforcer ce besoin d'accompagnement pour leur permettre d'exprimer leur vécu, leurs besoins, voire leurs difficultés et ainsi mettre en place, des aides spécifiques si besoin (soutien à la parentalité, soutien à l'allaitement, etc..). Basé sur l'écoute, le soutien et l'empathie, il peut permettre de **repérer les signes éventuels de vulnérabilité**, tout en s'appuyant sur les ressources du réseau de santé.

Outil de prévention primaire, l'EPNP s'inscrit dans le parcours de santé postnatal, dans la continuité de l'entretien prénatal précoce.

Certains réseaux de périnatalité l'avaient déjà mis en place dès 2010, comme le réseau de Thann ou la Fédération Bourguignonne des réseaux périnatals de proximité. Depuis mars 2014, il est défini et recommandé par la Haute Autorité de Santé mais reste encore très minoritairement dispensé, faute de valorisation dans la nomenclature générale des actes professionnels.

D'autre part, il nous semble important de proposer aux familles un second entretien postnatal aux alentours du 3e ou 4e mois du post-partum.

Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Recommandations de bonnes pratiques, mars 2014, 36 p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
Ministère de la santé et des sports. Direction Générale de la Santé. Évaluation du plan périnatalité 2005 – 2007. Mai 2010, 140 p. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf%3e
D.CAPGRAS-BABERON, A.LEFEVRE-PENEL. L'entretien postnatal précoce, un dispositif émergeant. Vocation Sage-femme, Volume 13, n° 109, p. 15-16 (juillet 2014. Doi : 10.1016/j.vsf.2014.05.008

2. DES MESURES FORTES EN FAVEUR DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

La France dispose de bonnes recommandations écrites en faveur de l'allaitement maternel comme par exemple le rapport du Pr Turck « Plan d'action : Allaitement maternel » de 2010 ou le nouveau PNNS 2019-2023. Malheureusement, la mise en œuvre des préconisations, la promotion et la protection de l'allaitement maternel ne sont pas à la hauteur des attentes que ces textes suscitent.

C'est pourquoi le CNSF s'engage auprès de la commission des 1000 jours pour permettre une mise en application des recommandations. Le CNSF avance les propositions suivantes.

1. *Créer un Comité National de l'Allaitement*

La mise en place d'une coordination nationale de l'allaitement et de l'alimentation de l'enfant permettrait de **proposer des actions**, d'en **assurer le suivi et l'évaluation**. Cette coordination pourrait être intégrée à la Commission de la parentalité qui remplace la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Cette coordination nationale permettrait de superviser la mise en place de référents régionaux au sein des ARS.

2. *Allonger la durée du congé d'accueil du nourrisson et redéfinir la place de l'allaitement dans le monde du travail*

L'Organisation Internationale du Travail (OIT) recommande dans le cadre de l'allaitement maternel l'octroi d'un minimum de 14 semaines de Congé d'Accueil du Nourrisson (proposition développée au chapitre 4.3.1) et le droit à des pauses de lactation payées ou à la réduction des heures de travail quotidiennes sans perte de salaire afin de maintenir l'allaitement, tout en garantissant la protection de l'emploi et en éradiquant toute discrimination des travailleuses allaitantes.

Favoriser l'allaitement maternel constitue un véritable enjeu de santé publique. Selon l'OMS, un enfant devrait être allaité exclusivement dans les 6 premiers mois. Selon l'UNICEF, l'allaitement maternel fait partie des droits des enfants. Permettre des pauses de lactation rémunérées c'est améliorer les conditions de travail des mères allaitantes et les aider à suivre les recommandations en vigueur sur le plan national et international. De nombreuses structures d'accueil se forment pour soutenir l'allaitement maternel, prouvant qu'une conscience citoyenne est en marche. Elle doit être écoutée et valorisée.

3. *Former les professionnels de la santé*

Pour promouvoir et soutenir l'allaitement, il est indispensable et essentiel d'**améliorer la formation initiale et la formation continue** des professionnels de santé.

Cette action est développée dans le Plan Allaitement du Pr Turck mais également dans le PNNS 2019-2023 à savoir « développer la formation professionnelle et le développement professionnel continu sur l'allaitement maternel afin d'homogénéiser les pratiques. »

Références :

DRESS L'état de santé de la population en France Rapport 2017. 436 pages.

OMS Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève. 1981, 24 pages.

OMS Glossaire de la promotion de la santé. Genève. 1999, 36 pages. PNNS 2019-2023

Turck Dominique Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel « Plan d'action : allaitement maternel » Juin 2020, 40 pages.

WBTi Rapport World Breastfeeding Trends Initiative France 2017 139 pages.

3. LE CONGÉ D'ACCUEIL DU NOURRISSON ET LE CONGÉ D'AIDANT

1. Allonger le congé d'accueil du nourrisson

Le congé de maternité, rebaptisé congé d'accueil du nourrisson (CAN), qui impacte la santé des femmes et des enfants, **reflète l'intérêt d'une société quant à l'égalité des hommes et des femmes** et quant à la santé périnatale des femmes, des hommes et des nouveau-nés voir des nourrissons.

De nombreuses études internationales ont prouvé, d'un point de vue de la Santé Publique, l'utilité et **l'importance du congé d'accueil du nourrisson**. En effet, selon la banque mondiale et l'OMS, chaque mois supplémentaire de ce congé permet de faire baisser de 13% la mortalité infantile – Increased Duration of Paid Maternity Leave Lowers Infant Mortality in Low and Middle-Income Countries : A quasi-Experimental Study-29 Mars 2016 – L'auteur principal de cette étude, Arijit Nandi précise qu'un nombre significatif de pays où surviennent la majorité des décès maternels et infantiles offrent moins de 12 semaines de congés payés aux nouvelles-mères.

Par ailleurs, il est établi que « les législations qui sanctionnent un congé maternité rémunéré constituent un instrument capable de réduire la mortalité infantile évitable, même dans des pays où les femmes sont moins susceptibles de travailler dans l'économie formelle. »

D'autre part, Wisconsin et al en 1995, Gierdigen et al en 1995, notent qu'**un congé de maternité court et des allocations faibles engendrent une santé mentale plus mauvaise** 4 mois après l'accouchement et démontrent qu'une reprise du travail peu après la naissance entraîne des problèmes physiques, des infections respiratoires, des douleurs mammaires, des problèmes gynécologiques et surtout du stress ;

Tanaka en 2005, observe que la reprise du travail par la mère dans les six premières semaines de vie du bébé pouvait être associée un dépistage médical et une immunisation insuffisants ;

Lamb en 2004, Berger et al en 2005, Lewis et Campbell en 2007 ainsi qu'O'Brien en 2007 démontrent que **les enfants bénéficiant d'une garde parentale la 1ère année de vie ont de meilleurs résultats sur le plan cognitif, émotionnel et social.**

Une étude australienne de juin 2007, établit que le congé de maternité universel confirme son impact positif sur la santé des femmes et des enfants, lié à une disponibilité d'esprit, une efficience personnelle, un allaitement plus long, un respect de la primo-vaccination et moins de stress.

Il est, par conséquent, possible d'affirmer que **l'allongement du CAN est une mesure sociale indispensable à notre société** que nous ne pouvons plus contester compte-tenu de notre engagement pour les 1000 premiers jours de l'enfant.

Il serait équitable de proposer un CAN universel ainsi qu'une flexibilité de celui-ci en fonction des impératifs professionnels des deux parents. Celle-ci devra s'envisager également pour le congé de paternité, ou congé de partenaire, interchangeable avec le CAN donc, et devant s'étendre de 2 jusqu'à 8 semaines.

2. Penser le congé d'aidant

Pour la mère et au-delà de la période de la grossesse, ce qui est pertinent sur le plan anthropologique est d'entourer les accouchées dans les 40 jours après l'accouchement (Bartoli 2007). Ceci recoupe des réalités médicales (mortalité maternelle considéré jusqu'à 42 jours après l'accouchement) et psychiatriques (risque de dissociation de personnalité dans les 6 semaines suivant l'accouchement environ) et même des préconisations religieuses (bain des relevailles au 40ème jour dans la religion juive). Tout ceci traduit donc une **période de plus grande vulnérabilité des femmes or notre société n'est pas organisée pour cette période du postpartum.**

Compte-tenu de l'impact négatif important de la dissension du lien mère-enfant sur cette période, nous insistons sur cette **période des 40 jours au sein de celle des 1 000 jours** et proposons que le deuxième parent puisse bénéficier d'un congé parental également, dans l'idéal de 6 semaines.

En cas d'isolement marital ou d'impossibilité pour le conjoint, nous trouverions judicieux que d'autres membres de la famille voire de l'entourage de la mère puissent bénéficier d'un congé de type "proche aidant" pour l'accompagner.

Références :

Bartoli, L. (2007). Venir au monde : les rites de l'enfantement sur les cinq continents. Paris, Payot.
Sauvegrain, P., Z. Stewart, C. Gonthier, M. Saurel-Cubizolles, M. Saucedo, C. Deneux-Tharoux and E. Azria (2017). "Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées." Bull Epidemiol Hebd. 19-20: 389-395.

Conclusion

En résumé, la politique du CNSF pour soutenir les 1000 premiers jours de la vie est de **promouvoir la salutogénèse** selon le modèle écologique défini par la promotion de la santé.

Le CNSF priorise trois axes :

- la promotion et le soutien de l'**allaitement maternel**,
- la **lutte contre les sources de pollution et d'exposition** des familles,
- la **protection des liens affectifs et de la santé mentale maternelle**.

Le CNSF soumet trois niveaux d'interventions :

- identifier les **temps d'accompagnement à la parentalité** (EPP et entretiens postnataux),
- proposer des mesures fortes en terme d'allaitement maternel : **création du comité national d'allaitement** et formation des professionnels de santé,
- **allonger le congé d'accueil** du nourrisson.