

Avril-Mai-Juin
Juillet-Août-Septembre
Octobre-Novembre-Décembre
2006
N° 22-23-24



Le lien entre
les professionnels
de la périnatalité
N°ISSN 1634 - 3506

La lettre des Actualités Périnatales du Languedoc-Roussillon

Rédacteur en Chef

Pr J.C. Picaud
Pédiatrie II Hôpital Arnaud de Villeneuve
371, Av. du Doyen Giraud 34 295 Montpellier Cdx 5
Tel.: 04 67 33 66 06

Coordination

Directeur de la rédaction et de la publication
Catherine Cecchi – Kinésithérapeute - Cadre supérieur de Santé
Hôpital Arnaud de Villeneuve GEN Languedoc-Roussillon
371, Av. du Doyen Giraud 34 295 Montpellier Cdx 5
Tel.: 04 67 33 81 46, Fax : 04 67 33 58 27
e-mail : c-cecchi@chu-montpellier.fr

Comité éditorial

P. Culianez, pédiatre, M. Dedieu, cadre puéricultrice, I. Giraud, médecin urgentiste, M. Grémy MIRS DRASS, D. Héve, médecin DIM, M. Hoffet, gynécologue-obstétricien, J.B. Mariette, pédiatre, G. Masson, gynécologue-obstétricien, N. Meier, pédiatre CAMPS, M.C. Passouant URCAM, J. Rambaud, médecin-URML.

EDITORIAL

Dans la région Languedoc-Roussillon, nous ne disposons que de peu de données statistiques récentes relatives à la Périnatalité. Un tableau de bord régional de la grande prématurité a été mis en place depuis 2002 par les pédiatres des trois centres de niveau III. Il permet à chacun de mieux connaître le pronostic néonatal immédiat des enfants d'âge gestationnel inférieur à 33 SA pris en charge en Languedoc-Roussillon. Il a permis de mettre en évidence une amélioration nette des résultats depuis l'époque où a été réalisée l'enquête EPIPAGE (1997). Confirmant ces données, qui ne concernent que 1,5% des naissances, les **chiffres nationaux** montrent que le grand dynamisme des professionnels de la périnatalité porte ses fruits. C'est particulièrement important à l'heure où les bénéficiaires de l'organisation en réseau demandent encore à être démontrés aux autorités de tutelle.

Les indicateurs de mortalité en Languedoc-Roussillon (données 2004) sont maintenant inférieurs à la moyenne nationale. Ainsi, pour la mortalité périnatale, la région Languedoc-Roussillon est passée de la 17^{ème} à la 3^{ème} place en 10 ans. Cette évolution est consécutive au travail des professionnels en réseau, qui permet d'offrir aux mères et aux enfants une prise en charge adaptée à leur niveau de risque. Bien que la structure associative du réseau n'ait été mise en place et financée que depuis 2005, les professionnels de santé avaient déjà commencé travaillé en réseau depuis 2002. L'amélioration des pratiques professionnelles (reposant une haute technicité et une bonne coordination des soins) a eu un impact sur la mortalité périnatale, notamment chez les enfants les plus fragiles.

Cependant, la plupart (80%) des naissances interviennent après **une grossesse et un accouchement normaux**.

Il est maintenant temps d'agir pour que la grossesse et l'accouchement physiologiques soient mieux pris en charge, c'est à dire dé-médicalisée. Cette indispensable réduction de la médicalisation ne peut pas s'improviser.

Elle repose sur une parfaite connaissance de la physiologie et des possibles pathologies, afin de dépister toutes les situations à risque de complications.

Elle nécessite de connaître les avantages et inconvénients de certaines techniques de soins, telles que **l'analgésie péridurale**, qui est devenue incontournable à la demande des patientes. Contrairement aux situations pathologiques ou la standardisation de la prise en charge est souvent synonyme de sécurité, la prise en charge des situations physiologiques ne doit pas reposer sur des attitudes standardisées.

L'adoption de telles attitudes par les professionnels de santé est souvent expliquée par le manque de disponibilité mais reflète en fait un défaut de prise en compte du **contexte socio-économique, culturel et psychologique** particulier de chaque femme et de sa famille. Il est pourtant impératif de tenir compte du contexte culturel et de la situation socio-familiale pour soutenir la mise en place de la relation mère-enfant, élément déterminant dans la prévention des troubles de l'attachement. Le dépistage et la prise en charge des **troubles de l'attachement** débutent en effet très précocement. La mise en place du soutien aux familles repose sur la qualité du fonctionnement du réseau périnatal (consultation du 4^{ème} mois, soutien en cas de pathologie maternelle ou fœtale, soutien de l'allaitement maternel et de la relation mère-enfant à la naissance dès les premières heures de vie), et du réseau de suivi des enfants vulnérables (dépistage précoce des troubles de l'attachement et de toute autre pathologie du développement). Ces éléments doivent être parfaitement connus des professionnels de la périnatalité car ils peuvent avoir un effet significatif sur la qualité de la prise en charge des mères et des enfants.

Évolution des indicateurs de mortalité périnatale une évolution encourageante qui se confirme !

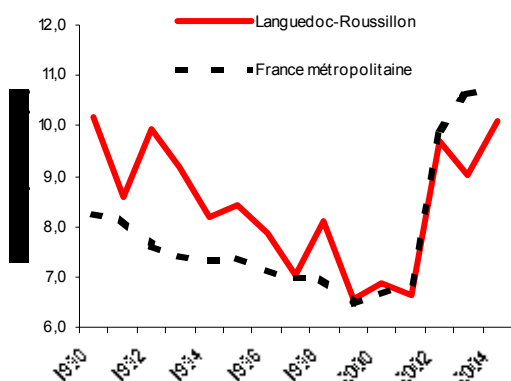
Dr Bernard Ledésert, Directeur Observatoire Régional de la Santé du Languedoc-Roussillon

Les dernières données d'Etat civil permettant de calculer les indicateurs de mortalité périnatale viennent d'être rendues disponibles par l'Insee. Elles portent sur l'année 2004 (figure).

En préalable, il faut souligner que des changements de modalités d'enregistrement des mort-nés sont intervenus en 2002 : auparavant, l'Etat civil prenait en compte les mort-nés à partir de 28 semaines d'aménorrhée ; depuis 2002, ils sont pris en compte à partir de 22 semaines d'aménorrhée ou d'un poids de 500 grammes. Ceci s'est traduit par une brusque hausse artificielle du taux de mortalité périnatale : il a été multiplié par un facteur 1,5.

Les données 2004 confirment l'amélioration de la situation dans la région Languedoc-Roussillon. Comme le montre le graphique, pour la quatrième année consécutive, les chiffres relevés dans notre région sont inférieurs à la moyenne nationale. Ainsi, la mortalité périnatale¹ en 2004 est de 10,1 décès pour 1 000 naissances en Languedoc-Roussillon pour un taux de 10,8 pour 1 000 en France métropolitaine (tableau 1).

Figure : Évolution de la mortalité périnatale en Languedoc-Roussillon (1990-2004)



Source : Insee, État-civil – Traitement : ORS-LR

La mortinatalité (qui concerne les seuls mort-nés) est elle aussi inférieure à la moyenne nationale comme en 2002, 2003 et 2004. La mortalité néonatale précoce (qui concerne les 6 premiers jours de vie) est elle aussi inférieure à la moyenne nationale comme observé depuis 200.

Pour l'ensemble de la mortalité néonatale (28 premiers jours de vie), les chiffres observés dans la région sont identiques aux chiffres nationaux. Par contre, la mortalité infantile (1^{ère} année de vie) redevient supérieure à la moyenne nationale, comme en 2000.

¹ Le taux de mortalité périnatale correspond au nombre de mort-nés et d'enfants décédant au cours des 6 premiers jours rapporté au nombre total de naissances (mort-nés + naissances vivantes).

Tableau 1 : Principaux indicateurs de mortalité foeto-infantile en Languedoc-Roussillon (2004)

	Languedoc-Roussillon	France métropolitaine
Mortinatalité	8,4	9,0
Mortalité néonatale précoce	1,7	1,8
Mortalité néonatale	2,5	2,5
Mortalité périnatale	10,1	10,8
Mortalité infantile	4,0	3,8

Source : Insee, État-civil Traitement : ORS-LR

Il est possible d'étudier l'évolution de la situation en Languedoc-Roussillon par rapport aux 21 autres régions de métropole (tableau 2). Les indicateurs sont alors calculés sur une moyenne triennale. On observe que la région était parmi les dernières de métropole en termes de mortalité périnatale et de mortinatalité au début des années 90. Un tournant est observé depuis 2001, la région se plaçant alors dans la première moitié des régions françaises pour la mortinatalité et au 3^{ème} rang pour la mortalité périnatale. Pour la mortalité néonatale, la situation était à peine plus favorable au début des années 90 : 17^{ème} sur 22. Sur la dernière période étudiée, 2002-2004, le Languedoc-Roussillon se place en deuxième position.

Tableau 2 : Mortalité Périnatale en Languedoc-Roussillon parmi les 22 régions de France métropolitaine (1992 - 2004)

Année	1992-1994	1993-1995	1994-1996	1995-1997	1996-1998	1997-1999
Mortalité périnatale	21	19	18	18	16	18
Mortinatalité	22	21	20	21	20	20
Mortalité néonatale	17	11	18	19	18	16

Année	1998-2000	1999-2001	2000-2002	2001-2003	2002-2004
Mortalité périnatale	18	16	15	8	3
Mortinatalité	19	15	16	10	9
Mortalité néonatale	16	17	13	2	2

Source : Insee, État-civil – Traitement : ORS-LR

L'évolution favorable de ces indicateurs, observée depuis le début des années 2000 montrent que les efforts faits par l'ensemble des professionnels dans la région dans le domaine de la périnatalité s'accompagnent de résultats encourageants. Alors qu'au début des années 90, les mauvais chiffres de mortalité périnatale observés dans la région Languedoc-Roussillon correspondaient à près de 50 mort-nés ou décès néonataux précoces de plus que la moyenne nationale, aujourd'hui, c'est une vingtaine de décès de moins qui sont relevés dans la région par rapport à la moyenne nationale. Ceci incite à poursuivre les efforts pour les inscrire dans la durée.

Les questions qu'il faut se poser dans le cas d'un accouchement qui s'annonce physiologique ?

Dr Nadia Rachedi, Gynécologue-Obstétricienne, Adjointe à la Direction Protection Maternelle Infantile et de la Santé du Conseil général de l'Hérault

Il est classique de considérer que 80% des accouchements sont «normaux», c'est-à-dire, pouvant se dérouler spontanément jusqu'à la naissance sans intervention médicale. Ce chiffre majoritaire est bien la preuve que la nature fait bien les «choses» et qu'elle n'attend pas de solutions médicalisées pour assurer la reproduction de l'espèce humaine.

Ce constat n'exclut pourtant pas une surveillance médicale de la grossesse et de l'accouchement puisque 20 % des accouchements restants sont donc, estimés comme à risque. **Par conséquent, il est important que l'équipe médicale soit en situation de pouvoir dépister avant l'accouchement les complications prévisibles, et pendant celui-ci les complications imprévisibles.**

Ainsi, le bénéfice d'un encadrement technique est de permettre l'amélioration de la morbidité et de la mortalité materno-fœtales, éternel enjeu de santé publique en matière de périnatalité.

Qu'est-ce qu'un accouchement normal ?

Pour l'équipe obstétricale, c'est essentiellement savoir ne pas dépasser le moment où une situation facilement contrôlable se transforme en situation dangereuse ou encore difficilement récupérable.

Autrement dit, pour l'accouchement normal, laisser faire la nature est une nécessité. Néanmoins, rien ne doit s'opposer au recours à une assistance médicalisée à condition que celle-ci demeure le plus possible dans le domaine physiologique.

Quelles sont les conditions requises pour un accouchement normal ?

Il faut que l'accouchement soit possible, c'est-à-dire que soit réuni au moment où le travail commence, un certain nombre de conditions indispensables et qui doivent être évaluées grâce à une interrogation incessante.

Pour réaliser cette appréciation, des questions incontournables concernent à la fois :

En somme, pour pouvoir porter un jugement sur l'accouchement, les professionnels de la naissance doivent se donner les moyens de connaître et de contrôler tous les critères capables d'estimer le parcours fœtal pour sortir de l'utérus maternel et ce, grâce à une remise en questions permanente.

Le pronostic maternel

- ◆ *Les antécédents personnels (médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux) de la parturiente, permettent-ils d'envisager une bonne tolérance maternelle et offrent-ils des conditions obstétricales propices à un déroulement normal des différentes étapes du travail ?*
- ◆ *L'organisme maternel, s'adapte-t-il correctement à l'épreuve du travail ?*

Le pronostic fœtal

- ◆ *Le fœtus, a-t-il les capacités de supporter toutes les phases de l'accouchement ?*
- ◆ *Le retentissement du travail sur le fœtus, est-il acceptable ?*
- ◆ *Sa présentation, est-elle favorable à sa progression dans la filière génito-pelvienne*
- ◆ *Son estimation pondérale, est-elle compatible avec une issue par voie basse ?*

Le pronostic obstétrical

- ◆ *L'accommodation fœto-pelvienne, est-elle satisfaisante pour projeter la naissance d'un enfant bien portant ?*
- ◆ *Les renseignements sur les annexes (placenta, cordon ombilical, liquide amniotique), traduisent-ils une suite physiologique ?*
- ◆ *Les contractions utérines, contribuent-elles d'une part, à effacer et à dilater le col de l'utérus et d'autre part, à autoriser la progression du mobile fœtal à travers le petit bassin maternel ?*
- ◆ *Les différents temps de l'accouchement (engagement, descente et rotation, dégagement et expulsion, délivrance), s'effectuent-ils sans difficulté ou encore dans des délais raisonnables ?*

Interaction entre l'analgésie péridurale et l'accouchement le point en 2006

Dr Estelle Morau Service DAR D - CHU A de Villeneuve - Montpellier

La « péridurale obstétricale » a montré ses bénéfices en terme de confort maternel et de sécurité anesthésique (évitant le recours à une anesthésie en urgence).

Elle a beaucoup évolué, passant de l'anesthésie péridurale utilisant des anesthésiques locaux à concentration élevée, à l'analgésie péridurale utilisant des anesthésiques locaux dilués en association à des adjuvants comme les morphiniques permettant ainsi de conserver motricité et proprioception. L'altération de la motricité et de la proprioception étant impliquée dans la genèse de dystocie au moment de l'accouchement (1).

L'anesthésie péridurale a fait l'objet de nombreuses études qui se sont intéressées à son retentissement sur la physiologie du travail. Ces études souvent rétrospectives, ont analysé l'impact direct de l'anesthésie péridurale sur le taux de césarienne, la durée des deux premières phases du travail, le taux d'extraction instrumentale ou l'adaptation à la vie extra-utérine (score d'Apgar).

Les conclusions sont discordantes et discutables, l'anesthésie péridurale n'étant qu'un élément de la prise en charge du travail. D'autres paramètres influent sur le déroulement du travail comme la prise en charge active du travail (rupture artificielle de la poche des eaux, soutien des contractions par ocytociques), développée par les obstétriciens ces vingt dernières années et compensant une éventuelle diminution de la cinétique des contractions liée à l'analgésie péridurale.

Récemment une méta-analyse sélectionnant les études scientifiques méthodologiquement recevables (études prospectives, randomisées avec critères de dystocie clairement définis), réalisée par une équipe conjointe d'anesthésistes et de obstétriciens, a fait le point sur l'impact réel de l'analgésie péridurale sur le travail obstétrical, ainsi que sur le devenir de la mère et de l'enfant (2).

Lorsque l'on compare le devenir des patientes analgésiées par voie péridurale aux patientes analgésiées par voie systémique (morphiniques par voie intraveineuse), il n'apparaît pas de différence en terme :

- de taux de césarienne.
- de taux d'extraction instrumentale pour dystocie (le taux global d'extraction instrumentale étant supérieur chez les patientes bénéficiant d'une analgésie péridurale).
- d'allongement de la durée de la première phase du travail mais une utilisation plus fréquente des ocytociques.
- de nausées, de séquelles comme les lombalgies chroniques, les incontinences ou les problèmes d'allaitement (à court terme)
- d'incidence sur l'état de l'enfant à la naissance.

En revanche, on note :

- un allongement de la durée de la 2^{ème} phase du travail (en moyenne de 15 minutes).

- une plus grande fréquence d'hypotension, d'hyperthermie **lorsqu'une analgésie péridurale est en place.**

Au regard des bénéfices qu'elle procure, l'analgésie péridurale correctement conduite, n'entraînerait donc qu'une augmentation modeste de la deuxième phase du travail. Cette augmentation pourrait expliquer le plus grand nombre d'extractions instrumentales non justifiées par une dystocie, mais par une "impatience" de l'équipe obstétricale.

La prise en charge obstétricale est toujours en évolution. Comme il y a eu une prise en charge active de la première phase du travail, il convient d'adapter la prise en charge de la seconde phase du travail à ces données. La tendance actuelle est d'autoriser une deuxième phase de travail plus longue que la règle établie "des 2 heures" pour favoriser la descente du mobile fœtal (3). Il est également d'actualité d'optimiser cette descente grâce à des postures maternelles pendant le travail. Ces postures sont réalisables sous analgésie péridurale sans que les positions variées ne compromettent la bonne extension et la qualité de l'analgésie (4).

Les bonnes pratiques anesthésiques pour limiter le retentissement de l'analgésie péridurale sur le travail obstétrical sont :

- l'utilisation d'anesthésiques locaux à faible concentration: **Dilution de 0.1mg/ml à 0.125mg/ml pour la ropivacaïne et la bupivacaïne de 0.06 mg/ml à 0.125 mg/ml pour la levobupivacaïne.**
- l'utilisation d'adjuvants aux anesthésiques locaux : **morphinique liposoluble (sufentanyl 0.25 à 0.5 µg/ml)**
- l'évaluation et ajustements réguliers des concentrations à chaque patiente.

Les bonnes pratiques obstétricales pour limiter le retentissement de l'analgésie péridurale sur le travail obstétrical sont :

- Suivi actif du travail (**rupture artificielle des membranes, ocytociques si nécessaire**)
- Prolongation autorisée de la deuxième phase du travail.
- Utilisation des postures **favorisant la progression du mobile fœtal.**

En somme, les progrès de la « péridurale obstétricale » permettent aujourd'hui un déroulement satisfaisant de l'accouchement. Néanmoins, l'allongement de la deuxième phase qui conduit à une augmentation des extractions instrumentales, mérite une réflexion de la part des professionnels.

Références

- 1- Abrahams M, Higgins P, Whyte P, Breen P, Muttu S, Gardiner J. Intact proprioception and control of labour pain during epidural analgesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 1999; 43: 46-50.
- 2-Leighton B.L., Halpern S.H. The effect of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: S69-77
- 3-Menez-orieux C., Linet T., Philippe H.J., Boog G. Delayed versus immediate pushing in the second stage of labor for nulliparous parturients with epidural analgesia: a meta-analysis of randomized trials. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005; 34: 440-447
- 4-Ducloy-bouthors A.S., De Gasquet B., Davette M., Cuisse M. Maternal postures and epidural analgesia during labour. *Ann Fr Anesth Reanim* 2006 (25); 605-60

L'expulsion fœtale "revisitée": Quand débiter les efforts expulsifs ?

Dr Mélanie Cohen, gynécologue - obstétricien - CHU Montpellier,

Pr Pierre Boulot, Service de Gynécologie-Obstétrique C et de Médecine Materno-fœtale -
CHU Montpellier

La démedicalisation raisonnée de la prise en charge de l'accouchement normal est un objectif partagé par un nombre croissant de sages-femmes et d'obstétriciens. Beaucoup de maternités publiques et privées souhaitent ou ont déjà mis en place au sein de leurs structures une "maison de naissance" au sens où l'entend le Plan Périnatalité 2005-2007.

Dans cette optique, la prise en charge de la phase expulsive peut faire l'objet de conceptions différentes de celles usuellement admises quant au moment optimal des efforts expulsifs et de la durée de ces derniers allant dans le sens d'un respect plus important de la descente spontanée du mobile fœtal. Il en est espéré une diminution des extractions fœtales et un plus grand confort maternel.

L'objectif de cette mise au point est de reconsidérer certains paramètres de la deuxième partie du travail (une fois la dilatation complète obtenue), au vu des travaux récents publiés avec l'espoir de réduire certaines extractions instrumentales sans augmenter la morbi/mortalité périnatale et la morbidité maternelle.

Quand débiter les efforts expulsifs ?

La durée idéale des efforts expulsifs reste à définir depuis plus d'un siècle ¹.

En 1894, Landis établit la règle des 2 heures ². Celle-ci, encore largement usuelle en France, serait la limite de temps à partir de laquelle le pronostic fœtal s'aggraverait avec nécessité d'un accouchement immédiat ¹.

En 1980, Studd suggérait que prolonger cette phase favoriserait une descente du mobile fœtal et augmenterait ainsi le taux d'accouchements spontanés ³. En effet, la limite des 2 heures, basée sur un critère historique et arbitraire, place parfois la sage-femme et l'obstétricien devant des manœuvres délicates au détroit moyen non dépourvues de risques ^{4, 5, 6}. Dans l'hypothèse qu'accorder un délai supplémentaire apporterait un bénéfice, cette attente permettrait d'éviter un certain nombre de césariennes et d'extractions dangereuses lors de forceps ^{4, 7}. Mais cette prolongation de la seconde phase n'est acceptable que si elle

ne retentit ni sur la morbidité maternelle (déchirures périnéales, fièvres, hémorragies de la délivrance), ni sur l'état néonatal ¹.

Ménez-Orieux et al. ¹ ont récemment publié une méta analyse étudiant l'état néonatal et maternel en fonction de la durée de la seconde phase du travail ("second stage of labor": phase qui va de la dilatation complète à l'expulsion fœtale). Les auteurs ont retenu 8 études randomisées comparant les effets de la poussée retardée à la poussée immédiate dès la dilatation complète.

Les critères d'inclusion dans la méta-analyse étaient des patientes nullipares sous anesthésie péridurale avec un travail spontané ou induit sur une grossesse unique à terme (entre 37 et 42 SA) avec un mobile fœtal en présentation céphalique (variété du sommet). 3148 patientes ont été retenues dans le groupe avec poussée immédiate dès la dilatation complète et 1584 dans le groupe avec poussée retardée. La poussée retardée désigne la poussée lorsque la tête était à la vulve ou lorsque la femme ne pouvait s'empêcher de pousser, après 1 à 3 heures à dilatation complète.

Dans le groupe à poussée immédiate, il y a significativement moins de voies basses spontanées, davantage de césariennes et d'extractions instrumentales ($p=0,019$) RR: 1,092 (IC 95% : 1,015 à 1,175). Dans le groupe avec poussée retardée, la durée de la seconde phase est certes plus longue (153,7 mn versus 91,8 mn, $p < 0,001$), mais avec un net raccourcissement de la durée des efforts expulsifs (57,2mn versus 76,3 mn, $p < 0,001$) et surtout plus d'accouchements sans manœuvres ($p= 0.019$). Il n'y a pas de différences sur les déchirures périnéales ($p=0.64$)

Fraser ⁸ compare dans une étude multicentrique randomisée deux groupes de parturientes toutes primipares sous analgésie péridurale, d'au moins 37 SA, avec grossesse unique et présentation du sommet: 936 débutant les efforts expulsifs lorsque la présentation était visible à la vulve ou lorsque le besoin de pousser était irrésistible, 926 poussant dès la dilatation complète.

Il est retrouvé dans le groupe à poussée retardée un taux plus élevé d'accouchement sans manœuvres, une diminution du taux d'extractions difficiles lorsque le fœtus est en variété du sommet postérieure ou transverse pendant le travail (RR= 0,69, IC 95% 0,54 à 0,90) et une nette diminution du taux de forceps au détroit moyen (RR= 0,72, IC 95% 0,55 à 0,93).

Ceci est confirmé par la méta-analyse de Nicodem⁹ qui retrouve une diminution du taux de forceps difficiles au détroit moyen lorsque la poussée est retardée⁹.

Hansen¹⁰ compare le devenir périnatal de deux groupes randomisés de patientes toutes sous analgésie péridurale : celles poussant dès la dilatation complète et celles ne poussant que lorsque la présentation était visible à la vulve ou après 120min après dilatation complète chez les primipares et 60min chez les multipares. Dans le groupe à poussée retardée, la deuxième phase du travail était plus longue (171min vs 75mn, $p < 0.0001$), mais les efforts expulsifs plus courts (58min vs 75min, $p = 0.021$), efforts jugés par les patientes moins fatiguant surtout chez les primipares ($p = 0.017$) en comparaison des efforts dès la dilatation complète. Il y avait aussi moins d'anomalies du rythme cardiaque foetal dans le groupe poussée retardée.

En ce qui concerne les complications maternelles

Ménez-Orieux et al.¹ ne retrouvent pas de différence significative entre les 2 groupes pour le taux de déchirures périnéales (12,4 versus 11,7%). Fraser et al.⁸ retrouvent davantage de fièvre maternelle pendant le travail dans le groupe à poussée retardée (RR 1,88) mais pas de différence concernant la fièvre du post-partum ou le taux d'endométrites.

Quant aux hémorragies de la délivrance, Ménez-Orieux et al.¹ ne retrouvent pas non plus de différence significative entre les 2 groupes (15,6% versus 15,8%, $p = 0,67$), données confirmées par les études de Hansen¹⁰ et de Fraser⁸

En ce qui concerne le devenir néonatal

Ménez-Orieux et al.¹ ne mettent pas en évidence de différence significative pour le score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes ($p = 0,29$), ainsi que pour le taux de transfert en unité de néonatalogie ($p = 0,1$) mais aucune conclusion définitive ne peut être donnée du fait d'une grande disparité dans les critères néonataux de morbidité néonatale choisie par les auteurs des articles analysés.

Pour Fraser et al.⁸, il y a davantage de nouveau-nés avec un pH artériel inférieur à 7,10 lors des efforts de poussée retardés (RR=2,45, IC 95% 1,34 à 4,43), mais les autres

indices d'asphyxie intrapartum (taux de ventilation au masque, scores d'Apgar anormaux à 1 et 5 minutes, irritabilité et convulsions) sont similaires entre les 2 groupes. Hansen¹⁰ ne retrouve pas de différence statistiquement significative en terme de pH artériel ou d'Apgar dans son essai randomisé.

Au vu des travaux, la prolongation de la seconde phase du travail avant le début des efforts expulsifs permet l'augmentation du taux d'accouchements spontanés sans conséquences délétères fœtales ni maternelles sous couvert d'une bonne surveillance du rythme cardio-foetal, chez des patientes essentiellement primipares et bénéficiant d'une anesthésie péridurale. L'effet bénéfique de la poussée retardée est plus important dans les variétés postérieures ou transverses chez la primipare. Cette attitude réduit de façon significative la réalisation d'extractions difficiles sur des variétés postérieures et évite une plus grande fatigue maternelle.

Références

- 1) Ménez-Orieux C, Linet T, Philippe HJ, Boog G. Delayed versus immediate pushing in the second stage of labor for nulliparous parturients with epidural analgesia: a meta-analysis of randomized trials. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2005;34:440-7.
- 2) Landis H. How to use a forceps. E.B. Treat, New York, 1894.
- 3) Studd JW, Crawford JS, Duignan NM, Rowbotham CJ, Hughes AO. The effect of lumbar epidural analgesia on the rate of cervical dilatation and the outcome of labour of spontaneous onset. *Br J Obstet Gynaecol.* 1980;87:1015-21.
- 4) Gerber S, Vial Y, Hohlfeld P. Maternal and neonatal prognosis after a prolonged second stage of labor. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1999;28:145-50.
- 5) Cohen WR. Influence of the duration of second stage labor on perinatal outcome and puerperal morbidity. *Obstet Gynecol.* 1977; 49: 266-9.
- 6) Kilpatrick SJ, Laros RK Jr. Characteristics of normal labor. *Obstet Gynecol.* 1989;74:85-7.
- 7) O'Leary J., *Obstetrical Operations.* In: Aladjam S. *Obstetrical practice.* London; The C.V. Mosby Company, 1980:726-33.
- 8) Fraser WD, Marcoux S, Krauss I, Douglas J, Goulet C, Boulvain M. Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. The PEOPLE (Pushing Early or Pushing Late with Epidural) Study Group. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:1165-72.
- 9) Nicodem VC. Early versus late pushing with epidural anaesthesia in the second stage of labour. In: Eikin MW, Keirse KJ, Renfrew MJ, Neilson JP, editors. *Pregnancy and childbirth module of the cochrane data base of systematic reviews, 1995.* London: BMJ Publishing Group, 1995.
- 10) Hansen SL, Clark SL, Foster JC. Active pushing versus passive fetal descent in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2002; 99:29-34.

Accueillir le bébé en salle de naissance privilégier le lien mère-enfant et l'allaitement

Danièle Bruguières, Consultante en lactation - Montpellier
Pr Jean Charles Picaud, Pédiatrie 2 - CHU A de Villeneuve - Montpellier

Les minutes qui suivent la naissance d'un bébé sont reconnues comme déterminantes dans l'établissement du lien mère-enfant.

Le taux sanguin de catécholamines chez le bébé est vingt fois plus élevé que chez l'adulte au repos. Cette sécrétion très importante contribue à l'adaptation physiologique du nouveau-né, mais elle joue également un rôle dans le lien mère-enfant car le bébé a les pupilles dilatées, ce qui lui donne ce regard profond et mystérieux qui fascine la maman aux premiers échanges visuels [1].

De nombreuses observations de nouveau-nés lors d'une naissance sans complication confirment les capacités remarquables du bébé dans les deux premières heures de vie. Si, avant tout soin, le bébé est séché soigneusement, placé sur le ventre de sa mère et recouvert d'un linge chaud, il a un comportement physiologique qui est maintenant bien connu. Après un temps de repos calme de durée variable, il est capable de mouvements de reptation vers le sein en se guidant grâce à plusieurs repères sensoriels. Un repère visuel : la tache sombre de l'aréole du sein maternel est à une vingtaine de centimètres de son visage, ce qui correspond à son champ visuel du moment. Un repère olfactif : l'odeur du liquide amniotique de son poing, qu'il sent puis porte à sa bouche fréquemment pendant cette phase, lui sert de fil conducteur vers le sein dont les glandes de Montgomery (situées sur l'aréole) secrètent un film gras ayant la même odeur.

Quand il est proche du sein, le bébé lèche son poing, ce qui lui permet d'ouvrir grand la bouche, la langue bien abaissée et de se préparer à prendre le sein de lui-même de façon optimale.

Le bébé est également rassuré par la perception des mouvements du cœur maternel qui assure une continuité auditive avec la vie intra-utérine.

Toute cette période dure en moyenne 45 minutes et, dans la très grande majorité des cas, le bébé va prendre le sein d'une manière très efficace [2].

Le risque de crevasses des seins est très faible. Les quelques gouttes de colostrum que le bébé va recevoir au cours de cette première tétée est riche en protéines, notamment des anticorps, qui contribuent à le protéger des infections. Ce très faible volume de colostrum est adapté à la faible capacité stomacale du nouveau-né (5 à 7 ml). La mère, quant à elle, observe activement le comportement de son bébé. En général, elle commence par le toucher du bout des doigts, elle l'encourage avec des paroles douces, et peu à peu elle va le toucher avec la paume des mains et l'aider dans son chemin vers le sein. Ce contact progressif permet souvent à la mère d'être plus à l'aise pour s'occuper de son bébé au cours des jours qui suivent. La première tétée non douloureuse (ce qui n'exclut pas la surprise de découvrir la succion vigoureuse et une certaine sensibilité des mamelons) renforce également sa confiance en ses capacités à allaiter son enfant et l'aide dans son apprentissage de nouvelle mère. Du point de vue de l'équipe médicale, il y a nécessité d'accompagner ce moment privilégié tout en assurant une sécurité maximale. Les recommandations insistent sur l'importance de la surveillance de la mère et de l'enfant pendant ces deux premières heures et sur l'intérêt qu'il y a à reporter tous les soins de pesée et divers examens. Il est maintenant reconnu que l'allaitement a beaucoup plus de chance de démarrer dans de bonnes conditions quand la première expérience orale de l'enfant est le sein. Ainsi, l'aspiration naso-(ou oro-)pharyngée n'est pas nécessaire chez

un bébé qui va bien par ailleurs [3]. **Les bonnes pratiques médicales** suggèrent d'effectuer un certain nombre de gestes pour dépister une atrésie du choanes, une atrésie de l'œsophage, une imperforation anale ou pour prévenir l'infection oculaire (instillation de collyre antibiotique).

♦ **L'atrésie des choanes** peut être dépistée en recherchant des signes de respiration nasale, évitant ainsi le passage d'une sonde nasale. Si ce test objective l'absence de flux d'air nasal ou si l'enfant montre la moindre difficulté respiratoire, il faudra alors envisager le passage d'une sonde nasopharyngée.

♦ Quant à la recherche d'une **imperforation anale** et la mise en place du **collyre dans les yeux**, ces gestes peuvent attendre la réalisation du premier examen médical.

♦ Enfin, concernant **l'atrésie de l'œsophage**, le seul moyen de dépistage est

de passer une sonde naso- (ou oro-) pharyngée jusqu'à l'estomac, permettant d'effectuer un test à la sonde (auscultation du bruit consécutif à l'injection d'une petite quantité d'air dans l'estomac). En théorie, il ne faut pas proposer d'alimentation avant d'avoir vérifié la perméabilité œsophagienne. En pratique, si le suivi échographique anténatal a permis de bien visualiser l'estomac, et considérant que la quantité de lait que l'enfant va prendre au sein lors de la première tétée est extrêmement faible et il peut être proposé de ne pas effectuer les manœuvres de vérification de perméabilité œsophagienne immédiatement après la naissance, sous réserve d'effectuer une surveillance stricte du déroulement de la première tétée. Sinon, la vérification de la perméabilité œsophagienne sera alors effectuée lors de l'examen clinique systématiquement réalisé par la sage-femme ou le pédiatre avant la sortie de la salle de naissance.

Il est à noter que le bain comporte un risque important d'hypothermie et selon les recommandations de l'OMS, il ne devrait être donné qu'au bout de deux ou trois jours de vie. Si les parents souhaitent que le bain soit donné rapidement (pour des motifs culturels par exemple), il est préférable de baigner l'enfant après 4 à 6 heures après la naissance [4]. En somme, l'accueil du bébé et la mise en place de l'allaitement peuvent très bien être effectués dans de bonnes conditions, la plupart des manœuvres dites "systématiques" pouvant être faites avec décalage, après le moment où l'enfant a déjà pris le sein. Cette période des 2 premières heures de vie doit faire l'objet d'une surveillance particulière et il est prudent de ne pas mettre en place ce type de prise en charge sans avoir la capacité, en terme de personnel et d'organisation, de surveiller correctement ces enfants, notamment dans les situations où la mère est très fatiguée ou a reçu des médicaments pouvant altérer son niveau de vigilance ou celui de son enfant.

Ces précautions étant prises, le bébé peut être soigneusement séché dès l'expulsion, coiffé d'un petit bonnet, placé sur l'abdomen de sa mère et recouvert d'un linge chaud. Le bébé est en position ventrale, la tête tournée sur un côté et il faut s'assurer qu'il peut respirer librement.

[1] « Le regard du naissant », Dr Marc Pillot, Cahiers de Maternologie 2005 ; 23-24 : 65-80.[2] « Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant - Recommandations pour la Pratique Clinique » ANAES, mai 2002.[3] « Accueil du nouveau-né en salle de naissance », Dr Gremmo-Feger, Les Dossiers de l'Allaitement 51 : 18-21, 2002.[4] « La protection thermique du nouveau-né : guide pratique », OMS, rapport WHO/RHT/MSM/97.2

Dépistage des troubles de l'attachement

Dr Olivier COLIN Pédopsychiatre - CHU NIMES

Michelle MONTIEL, psychologue - CHU NIMES

La question du dépistage des troubles de l'attachement est à envisager du côté d'une prévention et non d'une prédictivité. De la même façon que prévenir n'est pas prédire, dépister est à entendre dans le sens d'une prévention des conséquences possibles du trouble de l'attachement. Il s'agit de prévenir la mise en place de troubles ultérieurs du développement ou de structuration de la personnalité secondaires aux troubles de l'attachement. Dépister des troubles de l'attachement c'est donc avant tout prévenir et non pas prédire.

Sur le plan sémiologique on retrouve le trouble de l'absence d'attachement sous deux formes chez l'enfant. Premièrement, le trouble de l'attachement avec retrait émotionnel dans lequel l'enfant est en retrait, sans attachement. Deuxièmement, le trouble avec sociabilité indistincte, dans lequel l'enfant recherche le confort et les interactions sociales avec des étrangers, sans la réticence appropriée à l'âge. Dans les deux cas les enfants montrent des difficultés dans l'autorégulation, dans l'autoprotection, dans la capacité à accepter la réassurance, dans l'expression de l'affection, et dans la coopération comme dans l'exploration.

Dans le trouble de la base de sécurité, l'enfant montre un attachement préférentiel à une figure d'attachement, les troubles sont spécifiques à une relation donnée :

- le trouble de l'attachement avec mise en danger
- le trouble de l'attachement avec accrochage et exploration inhibés
- le trouble de l'attachement avec vigilance et compliance excessives
- le trouble de l'attachement avec renversement des rôles
- la rupture du lien d'attachement.

Dans la clinique des troubles de l'attachement, on retrouve aussi fréquemment chez le bébé des signes de souffrance psychique précoces et non spécifiques (troubles précoces de l'alimentation ou du sommeil par exemple).

Il faut savoir distinguer les troubles de l'attachement des troubles envahissants du développement (ou au risque d'évolution vers le trouble envahissant du développement), où ce sont les compétences de communication, de relation, d'interactions sociales qui sont affectées de manière générale.

Afin de dépister en clinique courante un trouble de l'attachement sans avoir recours à des échelles d'évaluation comme la Q-SORT de WATERS et DEAN, on peut organiser une situation de séparation et de retrouvaille en se centrant sur les relations avec la figure d'attachement plus que sur le comportement social général. On peut ainsi observer les marques d'affection, la recherche de réconfort, d'aide de la part de l'adulte, la capacité d'exploration, le comportement de contrôle du parent, la réponse à la séparation et à la réunion.

On peut également observer d'autres signes dans une situation de relation de l'enfant avec sa figure d'attachement primaire afin d'évaluer les aspects relationnels :

- les modes d'échanges corporels entre figure maternante et bébé
- les capacités d'accordage tonique, le plaisir partagé par la mère et le bébé dans les situations de nourrissage (allaitement ou biberon), les échanges de regards.

Il faut prendre en compte la triade père / mère / bébé, avec une place du papa qui permettant à la fois des modalités d'attachement différencié complémentaires de celles de la mère pour le bébé dans le paternage, mais aussi de soutien et de mise en perspective de la relation d'attachement et de maternage mère / bébé par le père.

On pourra également évaluer les capacités d'attachement du côté de la figure maternante dans la mesure où celle-ci est susceptible de rejouer, dans sa relation aux professionnels, des modes d'attachement concernant la relation mère / bébé. Ainsi la capacité de la maman à faire confiance au professionnel, à accepter l'aide, à pouvoir anticiper dans les relations aux professionnels, peut être un bon marqueur des modes d'attachement mère / bébé.

Il convient également d'apprécier les facteurs de risque de troubles de l'attachement, notamment lorsque des facteurs de vulnérabilité sont présents chez la maman. Mère jeune, voire adolescente, difficultés sociales voire grande précarité, isolement parental, difficultés ou violences conjugales, grossesse non désirée ou déni de grossesse, pathologies psychiatriques ou fragilité psychologique personnelle de la maman ou du papa, fragilités spécifiquement liées au bébé comme un handicap ou une grande prématurité.

Enfin, la question de la réalisation pratique de ce dépistage renvoie bien sûr à la question du réseau périnatal. En **anténatal** place très importante des sages-femmes, et des obstétriciens. Ainsi, l'entretien du 4ème mois prévu dans le plan périnatalité doit être un moment important de l'évaluation anténatale des facteurs de risque de troubles de l'attachement. On pourra observer la capacité de la maman à s'adresser à son bébé, à le toucher à travers la paroi abdominale, à répondre aux mouvements du bébé, à les ressentir comme une source de plaisir, à se projeter dans l'accueil du bébé, mais également à rechercher la reconnaissance autour d'elle de cette maternité (famille élargie, papa), à trouver des points d'appui pour soutenir la grossesse et l'arrivée du bébé, à accepter une attention pour son corps, permettent de dépister ces facteurs de risque. En **post-natal** on insistera sur le rôle majeur du suivi effectué par les pédiatres, généralistes ou les médecins de PMI ainsi que la place des structures de socialisation comme les crèches. Il faut prévoir que ces différents intervenants puissent avoir accès à des référents auxquels ils pourront adresser la famille en direct ou s'adresser eux-mêmes, à ces référents en indirect pour avoir des avis ou des soutiens auprès d'équipes spécialisées à la fois dans l'évaluation et dans le soin des troubles de l'attachement : unités petite enfance, services de psychiatrie infanto-juvénile. Ces structures doivent travailler en articulation avec les services sociaux, PMI et CAMSP.

L'objectif est de pouvoir soutenir et infléchir les modalités d'attachement "insécure" en travaillant à la fois au niveau de l'enfant et de ses modes relationnels avec sa famille, mais aussi avec d'autres que les figures d'attachement primaires. Il faut également d'apporter un soutien aux figures d'attachement concernées, y compris à travers la reconstitution d'un réseau centré sur la famille, permettant à ces figures d'attachement d'expérimenter la possibilité d'avoir confiance et de nouer eux-mêmes des liens d'attachement "sécure" avec les professionnels.

Détresse respiratoire du nouveau né à terme

Pr J.C PICAUD, Service Pédiatrie 2 - CHU A de Villeneuve - Montpellier

Pr L STORME, Service Néonatalogie - CHU Jeanne de Flandres -Lille

La détresse respiratoire du nouveau-né est principalement observée chez l'enfant prématuré. Cependant, l'incident de la détresse respiratoire chez le nouveau-né à terme est non négligeable (5 pour 1 000 naissances), ce qui représente un nombre important d'enfants. Or, cette pathologie a des conséquences sur le lien mère-enfant et la mise en place de l'allaitement maternel, même si l'hospitalisation du nouveau-né est brève. Les données récentes de la littérature nous montrent que, même si la définition **théorique** du terme est de 37 SA à 41 SA, la définition **physiologique** du terme est 39 à 41 SA. En effet, c'est à partir de 39 SA que l'incidence des pathologies, notamment la détresse respiratoire, diminue significativement et reste à un niveau très faible.

Avant 39 SA, l'incidence de la détresse respiratoire chez l'enfant né par voie basse passe de 1 pour 1 000 au-delà de 38 SA à 8,5 pour 1 000 à 37 SA. Il est donc absolument indispensable de bien peser les indications qui amènent à programmer une naissance avant 39 SA. C'est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit d'effectuer une césarienne avant travail. Dans ces cas là, l'incidence de la détresse respiratoire est multipliée par 6 (35 pour 1000) par rapport à une naissance par voie basse. Quand l'âge gestationnel de naissance passe de 39 à 38 SA, le risque est multiplié par 2, et par 4 quand il passe de 39 à 37 SA. De plus, le risque d'hypertension artérielle pulmonaire, qui est une pathologie néonatale extrêmement sévère, est alors de 4 pour 1000 (contre 0,8 pour 1000 en cas de naissance par voie basse).

Tenant compte de ces différents éléments, certains auteurs ont proposé d'effectuer une corticothérapie anténatale chez les nouveau-nés bénéficiant d'une extraction programmée avant 39 SA. Toutefois, il n'existe actuellement aucune recommandation sur ce sujet. Tout juste peut-on dire que cette attitude pourrait avoir un intérêt plus spécifique chez les enfants de mère diabétique ou gravement obèse qui naissent souvent avant terme en raison du risque de mort fœtale in utero qui augmente à proximité du terme, et dont la maturité pulmonaire est retardée en raison de l'hyperinsulinisme.

En pratique, la décision de prescription d'une corticothérapie anténatale doit être réservée à des cas très particuliers et décidée dans le cadre d'une collaboration obstétrico-pédiatrique afin d'évaluer tous les risques et les bénéfices relatifs aux modalités et au terme de naissance.

Il est souhaitable de modifier les pratiques en se questionnant chaque fois sur l'indication de césarienne avant 39 SA et non pas en généralisant l'usage de la corticothérapie anténatale pour toute césarienne programmée avant 39 SA. En effet, bien que les effets adverses de la corticothérapie anténatale n'aient été rapportés que chez l'enfant prématuré, il persiste des interrogations sur les conséquences à long terme de la corticothérapie anténatale sur le développement cérébral des enfants.

Seules de réelles modifications de pratiques permettront de réduire le nombre d'enfants à terme hospitalisés en néonatalogie et séparés de leur mère.

Dimension socioculturelle de la naissance

Dr Nadia Rachedi, Gynécologue-Obstétricienne Territoriale,

Adjointe à la Direction PMI et de la Santé du Conseil Général de l'Hérault

La dimension socioculturelle est un élément fondamental à prendre en compte pour aborder les moments autour de la naissance. En effet, toutes les sociétés ont conçu un ensemble de règles, faites de prescription, de tabous, de manière de faire pour réussir l'enfantement. Il est maintenant clairement établi que l'environnement socioculturel a un effet structurant pour la relation mère-enfant. Sans ancrage comme sans affect et sans fantasme, l'appartenance fait défaut et l'interaction se révèle alors inexistante. Exit alors les échanges sensoriels, visuels, acoustiques, corporels, tactiles, kinesthésiques et gestuels qui, au-delà de leur aspect quantitatif, sont essentiels pour premièrement, décoder l'entourage et deuxièmement, ajuster un comportement grâce à un à propos psychique, créateur d'une bonne correspondance.

L'accordage affectif mère-enfant in utero est un partage particulier, constant et irréductible qui :

- ♦ oblige à une adaptation réciproque permanente,
- ♦ exprime une circulation émotionnelle unique,
- ♦ se traduit différemment pour l'un et pour l'autre,
- ♦ structure sûrement l'expression des deux parties.

Indéniablement, les représentations socioculturelles :

- ♦ partent de la place de mère dans sa culture, celle de l'enfant, de sa nature, de ses besoins et leurs expressions dans l'investissement de l'enfant ;
- ♦ dépendent aussi de l'image que la mère a de l'enfant et qu'elle met en acte dans la relation avec lui ;
- ♦ codent la matérialité des relations, les modalités de nourrissage, d'endormissement etc.

Chaque culture manifeste des stimulations sensorielles différenciées qui ont des conséquences sur le développement des enfants, sur leur rapport aux autres et au monde. Les interdépendances mère-enfant se co-construisent donc à l'intérieur d'un système complexe de liens qui intègrent toutes les dimensions de l'humain et du groupe dans ses multiples appartenances.

Ainsi, il est aisé de comprendre que pour une mère immigrée, l'éloignement de ses valeurs éducatives génère du doute et des manques potentiellement cruels qu'elle transmet, sans en avoir fait le projet, à sa progéniture. Dans la pratique courante, les professionnels médico-psycho-sociaux peuvent mesurer le poids de cet événement lorsqu'il se réalise dans un contexte bien étranger. En effet, la migration vient entraîner une rupture dans un système d'attachement obscur où la mère se retrouve seule avec son enfant, sans cadre culturel qui la contienne, sans inter-dire et sans le relais de ses co-mères, c'est-à-dire celles qui seraient capables d'être mères avec elle : sa propre mère, sa belle-mère, ses sœurs, ses belles-sœurs, ses tantes, etc. Dès lors, si la grossesse, l'accouchement ou le bébé va mal, la détresse et la confusion sont d'autant plus grandes que ses étayages et ses modèles manquent. Reste alors aux professionnels à rendre explicite cette logique socioculturelle et à bâtir des stratégies universelles et mères d'une nouvelle solidarité sociale autour de la vie.

Précarité culturelle et risque périnatal

Dr Bruno Bachelard, Service de Gynéco-Obstétrique - CH de Perpignan
Président de la Commission Régionale de la Naissance

Dans bien des pays la notion de grossesse et d'accouchement ne rime pas forcément avec joie, bonheur et sécurité. Ce qui motive l'Indienne du Guatemala à marcher en forêt durant plusieurs heures pour voir la matrone traditionnelle n'est pas de pouvoir avoir une photo-échographie de son fœtus à mettre dans l'album, mais plutôt le souci de savoir que ce bébé ne soit pas « *atrevesado* », en présentation transverse synonyme de mort du bébé et souvent de la maman en absence d'orientation vers l'hôpital local. La motivation de la matrone qui se rapproche de nuit, clandestinement derrière la maison des « *french doctors* » au fin fond de l'Afghanistan pour faire accoucher sa parturiente après plusieurs heures d'efforts inefficaces n'est pas due au hasard mais à la sécurité présumée d'une proximité avec des professionnels, au cas ou...

Toutes les sociétés traditionnelles véhiculent des craintes et des superstitions concernant l'enfantement car dans ces cultures "naissance" est bien souvent synonyme de "mort". Cette association devrait être gravée dans notre mémoire à nous aussi puisque le temps ou « Monsieur Untel dont la mère est morte en couche » n'est pas aussi lointain que cela. Mais notre société à tendance à oublier. Le bébé est devenu un produit de consommation courante qui est programmé et devra forcément être le support de tout les fantasmes de ses parents : né à terme après une grossesse idyllique, sans handicap, beau et intelligent. Le message oral traditionnel du risque périnatal s'estompe de plus en plus avec les progrès de la prise en charge périnatale. Le couple à tendance à se déresponsabiliser puisque cette notion de danger n'existe plus et que s'il arrive un accident c'est forcément à cause d'un professionnel qui n'a pas fait son travail. L'assiduité aux consultations de suivi de grossesse s'estompe, on discute les prescriptions ou les propositions d'hospitalisation ainsi que les termes ou les modalités d'accouchement. Le déracinement culturel, peut toucher toute les catégories de la population : l'aculturation n'est pas l'apanage des milieux les plus défavorisés bien qu'étant souvent associé à des situations de grande précarité.

Les conséquences d'un défaut de suivi, ou de comportements à risque, tels que des conduites addictives en cours de grossesse, peuvent se traduire par des catastrophes obstétricales et néonatales. Les adolescentes enceintes sont une population des plus caricaturales en ce qui concerne la "roulette" du risque périnatal : rupture familiale et sociale, grande précarité économique, monoparentalité s'associent pour aboutir à des grossesses cachées ou insuffisamment suivies avec à la clef prématurité, dysmaturité, mort périnatale et pathologie de l'attachement.

La perte du lien culturel familial, souvent dans le cadre d'une exclusion ou d'un rejet, conduit à aggraver le risque périnatal chez la jeune femme d'origine maghrébine ou africaine qui s'est émancipée de sa famille en rejetant tout ce qui peut avoir un lien avec sa culture originelle. La persistance d'un lien culturel, d'une écoute de la tradition orale ancestrale permet à l'inverse de faire le pendant à des situations de grande précarité théoriquement considérées comme étant à risque périnatal.

Professionnels de la naissance, nous sommes tout soumis à une pression parfois lourde que représente le suivi de la grossesse dans la population gitane. Consultations incessantes nuit et jour, dès le premier retard de règle, motivé par la seule inquiétude de la patiente et de sa famille concernant la normalité du déroulement de la grossesse et le bien-être du bébé. La grossesse et l'accouchement font encore peur. Même si elle n'arrive pas à être assidue aux consultations « réglées », la femme gitane ne fume pas, ne bois pas, ne se drogue pas et n'hésite pas à réagir très rapidement s'il lui semble perdre les eaux ou si le bébé ne bouge pas ... même à 14 SA ! On peut râler, on peut pester, mais ce sont bien ces femmes qui ont le comportement le plus adapté, même s'il est parfois excessif !

L'accouchement est un grand moment de tension dans la communauté. Tout le monde est présent, à la porte de la salle d'accouchement, cherchant à glaner ici ou là des informations sur le travail en cours. La tension est souvent majeure, parfois à l'origine de comportements un peu "hystériques" chez les mamans ou les grands-mères. L'accouchement est considéré par la collectivité comme un des moments les plus dangereux de la vie de la femme, alors que ce concept a quasiment disparu dans notre culture où il n'est pas rare que des femmes consultent après 2 à 3 jours de rupture de la poche des eaux. L'enfant une fois né est accueilli par l'ensemble du groupe, fêté à la hauteur de ce qu'il représente : un Roi. Cet enfant n'appartient plus à l'équipe qui a pris en charge la maman. La collectivité gitane s'estime souvent bien plus capable que nous de prendre en charge cet enfant qui sortira souvent à domicile dès le 1^{er} jour de vie sur décharge ou plus simplement par évasion. Cet enfant sera par contre revu en pédiatrie au moindre petit incident.

L'exemple de ce vécu témoigne que précarité n'est pas toujours synonyme de risque périnatal puisque la tradition orale autour de la naissance contrebalance en grande partie les effets néfastes d'une précarité. Un bémol pourrait limiter cette analyse et il concerne le comportement alimentaire de la femme gitane. Régime hyper glucidique, hypercalorique dans une population à haut risque diabétique et absence totale d'allaitement maternel. Ceci pourrait provenir du fait que le concept de prévention d'un « risque futur », tel qu'un diabète, est un concept difficile à assimiler alors que celui de risque de mort maternelle ou périnatal est beaucoup plus immédiat et donc plus parlant.