

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.