

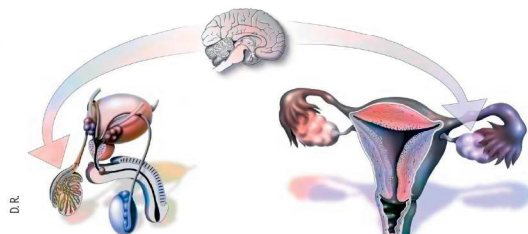


## THEMA ENDOCRINOLOGIE

### Pilosité pubienne précoce : quels diagnostics évoquer ?

A. CARTAULT, C. GARCZYNSKI,  
T. EDOUARD

Service pédiatrie, endocrinologie,  
génétique et gynécologie médicale,  
Pôle enfants, hôpital des enfants, Toulouse



L'apparition précoce d'une pilosité pubienne peut constituer un motif d'inquiétude parentale. Elle est le plus souvent liée à un processus de maturation surrénalienne précoce non pathologique. Il est toutefois indispensable d'éliminer une pathologie surrénalienne ou gonadique nécessitant une prise en charge spécifique. Lire page 3

## MÉDECINE DE L'ADOLESCENCE

### Adolescence et maladie chronique : transition des soins, transition de vie Comment accompagner les adolescents au moment de la transition pédiatrie/services d'adultes ?

H. MELLERIO\*, \*\*, \*\*\*, P. JACQUIN\*, \*\*\*,

\*Plateforme de transition AD'venir, Service de médecine d'adolescent, hôpital Robert Debré, (AP-HP), Paris

\*\*EVEVE UMR1123, Université Paris Diderot, Inserm, CIC-EC, CIC 1426, Paris

\*\*\*GRSMA, Groupe de Recherche en Santé et Médecine de l'Adolescent, Paris

En France, 15 % des enfants et adolescents sont porteurs de maladie chronique (MC) et 4 % de celles-ci sont considérées comme des « affection de longue durée » (ALD) selon l'Assurance maladie. En constante augmentation, ce chiffre traduit la diminution de la mortalité pédiatrique des enfants atteints de maladies sévères, atteignant dorénavant l'âge adulte (mucoviscidose, cancers, etc.), mais aussi l'incidence croissante des maladies liées au mode de vie comme l'obésité. Vers l'âge de 18 ans, ces jeunes vont quitter la pédiatrie pour les services pour adultes (SA). Ce passage imposé dans le parcours de soins expose au risque de rupture du suivi médical, associé à un surrisque de complications aiguës et chroniques, voire de mortalité. Ces ruptures peuvent concerner jusqu'à un tiers des jeunes.

Lire page 9

## ÉGALEMENT AU SOMMAIRE

### ÉDITORIAL

Benjamin AZÉMAR



2

### THEMA ENDOCRINOLOGIE

Organes génitaux atypiques : ce que le pédiatre doit savoir

Claire BOUVATTIER

6

### Cas clinique

Une diarrhée peut en cacher une autre

Benjamin AZÉMAR

8

### CONGRÈS

La périnatalité dans la pluridisciplinarité

Caroline GUIGNOT



10

### GÉNÉTIQUE

Médecine génomique en oncologie pédiatrique

De la recherche de prédispositions héréditaires au traitement personnalisé des cancers, quels défis à relever en pratique clinique ?

Sophie JULIA, Emmanuel RIAL-SEBBAG, Sandrine de MONTGOLFIER

16

### CONGRÈS

Les points forts du CFA 2022

Guy DUTAU

21

### L'ŒIL DU MÉDECIN D'ADOLESCENTS

Ayoub, 14 ans, présente une fatigue générale et une perte de poids

Ai Tien NGUYEN, Maurine JOURET, Véronique HENTGEN, Camille GUILBAUD, Renaud de TOURNEMIRE

24

### EN DIRECT DES STAFFS

Trouble héréditaire de la conduction cardiaque

Sonia SALMI-BELMIHOUB, Philippe CHEVALIER



25

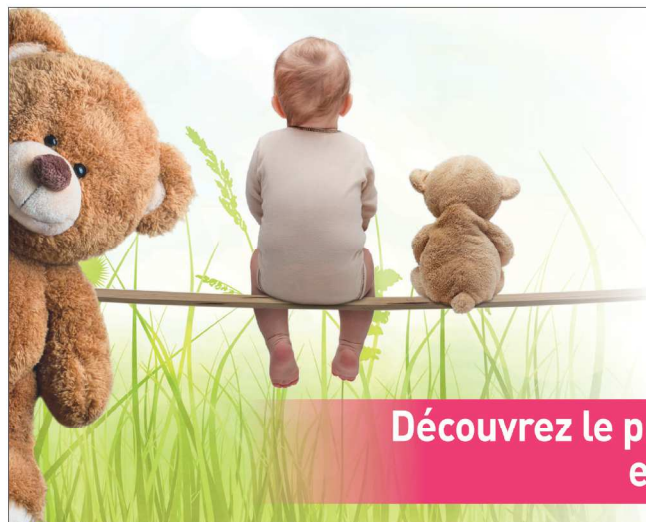
### ORL

Prévention de l'asthme chez l'enfant : les leviers d'actions

Denise CARO

26

Retrouvez le programme **AXIS TV** page 4



## 27<sup>es</sup> RENCONTRES DE PÉDIATRIE PRATIQUE

Retrouvez les Rencontres de Pédiatrie Pratique les  
**20 & 21 janvier 2023**  
en présentiel au Palais des Congrès de Paris

Découvrez le programme scientifique et inscrivez-vous en ligne sur [www.pediatrie-pratique.com](http://www.pediatrie-pratique.com)

# La périnatalité dans la pluridisciplinarité

Si cela était encore nécessaire, la théorie de l'attachement, le concept des 1 000 jours ou encore le DOHAD (*Developmental origins of health and disease*) ont montré combien la santé de la mère et la santé de l'enfant sont intimement liées, au moins dans les premières années de la vie, mais aussi au-delà. C'est le credo sur lequel s'est toujours appuyée la Société française de médecine périnatale (SFMP) créée en 1970, en associant pédiatres et gynécologues obstétriciens. *Pédiatrie Pratique* a suivi avec intérêt les 52<sup>e</sup> Journées nationales de cette société savante, qui ont eu lieu à Lille du 12 au 14 octobre dernier.

## Enquête nationale périnatale 2021 : un premier suivi à 2 mois riche d'enseignements

• D'après la communication « Enquête Nationale Périnatale (ENP) 2021 : Chiffres clés nationaux & Prise en charge du nouveau-né : Évolution depuis 10 ans »

L'Enquête nationale périnatale (ENP) offre une vision de la santé des femmes prises en charge en maternité et de celle de leur enfant. Pour la première fois, un suivi à 2 mois a également porté un regard sur le retour à domicile et la perception des soins reçus au cours de l'accouchement.

L'ENP est régulièrement conduite en France afin d'aider l'orientation des politiques publiques dédiées. Pendant une semaine, toutes les femmes ayant donné naissance à un enfant de plus de 22 semaines d'aménorrhée (SA) et d'un poids  $\geq 500$  g sont invitées à répondre à un entretien réalisé par une personne référente de la maternité quel que soit le lieu d'accouchement (toutes les maternités et maisons de naissances). L'édition 2021, menée au mois de mars 2021 (au cours d'une vague Covid-19) a bénéficié de la participation de tous les établissements français (sauf 3 maternités) et a permis l'inclusion de plus de 12 000 femmes (96 % de l'effectif total).

Concernant le profil des femmes, plusieurs indicateurs ont évolué favorablement en 2021, avec d'une part un taux de vaccination plus élevé contre la grippe (30,4 % vs 7,4 % en 2016, à rapporter au contexte pandémique), une baisse du nombre de femmes fumeuses au 3<sup>e</sup> trimestre (12,2 % vs 16,3 %), et une augmentation du dépistage de la trisomie 21 et de la préparation à la naissance pour les primipares, qui atteignent respectivement 90,9 % et 80,6 %.

En revanche, plusieurs résultats sont moins favorables : l'âge des femmes à l'accouchement continue d'augmenter (un quart ont plus de 34 ans, le taux de celles de plus de 40 ans s'accroît), et 14,4 % d'entre elles avaient un IMC  $> 30$  kg/m<sup>2</sup> avant la grossesse. Parallèlement, le diabète gestationnel – pris en charge par insuline ou régime adapté – a fortement augmenté et concernait en 2021 4,7 % et 11,4 % des femmes ayant accouché, une tendance dont l'étiologie (augmentation du dépistage ou de la prévalence) reste à analyser. Par ailleurs, malgré les recommandations actuelles, plusieurs éléments de prise en charge sont encore insuffisants, malgré leur progression : accès à l'entretien prénatal précoce (36,5 % vs 28,5 %) supplémenté par acide folique (28,3 % vs 23,2 %), dépistage du diabète (76,1 % vs 73,2 %), nombre d'échographies (la moitié ont eu au moins 6) ou accès aux conseils concernant la réduction du risque d'exposition au cytomégalovirus (CMV) (16 %).

Le taux de déclenchement a augmenté de quelques points pour atteindre 25,8 % des accouchements, avec 69,2 % d'entre eux associés à une maturation du col (vs 61,9 % en 2016). Parallèlement, ont été observées une diminution du recours à l'ocytoc

ine (30 % soit 2 fois moins qu'en 2016) et une baisse de la rupture artificielle des membranes (33,2 % des cas). Aucune évolution particulière n'a été observée concernant le taux de césarienne (environ un quart) ou les accouchements instrumentaux (12,4 %). Le recours aux épisiotomies a largement diminué (8 % vs 20 %), que ce soit chez les primipares ou les multipares et les modalités d'accouchement.

Concernant les nouveau-nés, les taux de prématurité, le score Apgar moyen, le pH au cordon ou le recours au transfert néonatal sont stables, tandis qu'une augmentation du recours à l'insufflation manuelle (Néopuff®) et une baisse des prélèvements bactériologiques à la naissance ont été enregistrés. Le peau-à-peau est réalisé dans 96 % des accouchements par voies basses, et 56 % après césarienne, en intégrant aussi plus souvent le coparent. L'allaitement concerne 74 % des femmes, la mise au sein étant faite dès la salle de naissance dans 69 % des cas, mais seules 56 % des mères le maintiennent à la sortie de la maternité.

La mise en place du dépistage auditif a été intégré au programme national de dépistage en 2014 et a été implémenté à échelle variable sans lien avec l'accessibilité aux soins selon les régions, mais aujourd'hui le dépistage est proposé par toutes les structures, avec un taux de refus très faible (1 %). En conséquence 1,4 % d'enfants sont suspectés d'avoir un déficit auditif, et 1 pour 1 000 à une surdité bilatérale confirmée.

### Un taux préoccupant de dépression postpartum

L'enquête 2021 a pour la première fois instauré un suivi à 2 mois des femmes qui l'acceptaient (soit 7 399 d'entre elles). Elles ont répondu à l'autoquestionnaire EPDS (*Edinburgh Postpartum Depression Scale*) permettant de dépister le risque de dépression du *postpartum* pour un score  $> 12$  : ainsi, 16,7 % des femmes ayant participé étaient susceptibles d'être touchées, sachant que 12,6 % d'entre elles avaient un score limite (10-12). Interrogées sur leur vécu de l'accouchement, 96 % des mères se disaient satisfaites ou très satisfaites du suivi de la grossesse et de leur prise en charge en salle de travail. Cependant, 11,7 % d'entre elles conservaient un mauvais ou un très mauvais souvenir de leur accouchement, et 7 à 12 % rapportaient avoir été l'objet parfois ou souvent de paroles ou

de gestes inappropriés de la part des soignants au cours de leur parcours. Enfin, si 56,3 % des enfants étaient allaités à la maternité, 34,4 % le restaient à 2 mois, la majeure partie des femmes ayant arrêté précocement (dans les 15 premiers jours suivant la naissance). La moitié des femmes soulignaient que le maintien de l'allaitement est compliqué. La mise en place d'un soutien pour celles qui souhaiteraient le poursuivre pourrait aider à réduire le taux d'arrêt.



Des analyses complémentaires sont désormais planifiées sur certains aspects des résultats (douleurs, suivi à 2 mois) avec un recours au Système national des données de santé (SNDS), afin de mieux connaître la prise en charge médicale des femmes au cours de la période périnatale. Des données spécifiques aux départements et

régions des Outre-mer seront prochainement rapportées. Enfin, la prochaine édition du suivi à 2 mois permettra aussi de déterminer l'impact de l'allongement du congé paternité à 1 mois sur différents paramètres (allaitement, santé mentale, etc.).

C. G.

## Incitation financière au suivi de la grossesse : controversée mais efficace

• D'après la communication « Impact d'un soutien financier conditionnel sur l'issue de la grossesse chez les femmes enceintes à faibles revenus : L'essai randomisé en grappes NAITRE »

Derrière l'étude NAITRE lancée avec difficulté en 2016, une hypothèse : si les femmes enceintes les plus précaires renoncent plus que les autres aux soins, une aide financière pourrait-elle améliorer le suivi et le pronostic de la grossesse ? Les données préliminaires de ce travail sont encourageantes.

Les données disponibles sur le sujet montrent que les femmes qui renoncent aux soins durant la grossesse ont de manière significative plus fréquemment des revenus bas et n'ont pas d'AMC (Assurance maladie complémentaire), sans lien avec l'accessibilité de l'offre de soins (distance de la première maternité). Par ailleurs, plus l'index de déprivation est élevé, moins le suivi de la grossesse est conforme aux recommandations, le risque de complications périnatales étant accru. Ainsi, le taux de naissances compliquées (accouchement avant 37 SA ou petit poids de naissance) était, selon l'ENP au moment du lancement de l'étude NAITRE (*preNatal care in deprived environment*), de 18 % parmi les femmes socioéconomiquement défavorisées contre 12 % dans le reste de la population. Sur la base de résultats expérimentaux encourageants décrivant l'efficacité des incitations financières pour favoriser le sevrage tabagique au cours de la grossesse, Marc Badou et son équipe du CHU de Dijon ont souhaité évaluer si des incitations économiques, conditionnées à l'adhésion au suivi prénatal programmé, pouvaient modifier le pronostic de la grossesse chez des femmes précaires (Couverture médicale universelle [CMU] ou Aide médicale d'État [AME]). L'objectif affiché de l'étude était d'abaisser le taux de grossesses compliquées parmi ces femmes à 14 %.



Les femmes devaient être incluses avant la 26<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée par 32 centres participants. Elles recevaient une carte Mastercard créditée de 30 euros à chaque visite planifiée et honorée, ou étaient allouées au bras contrôle de l'étude. Au total, 3 777 femmes ont été incluses, assorties toutefois aussi d'un taux significatif de perdus de vue. Les femmes ont pu être incluses en moyenne à 14 semaines, soit une période précoce favorable à la qualité du suivi. À l'issue de l'étude, le taux de complications était de 16,8 % dans le groupe des femmes ayant bénéficié de l'incitation financière, contre 20,9 % dans le groupe contrôle, soit une diminution significative de 27 % du risque relatif de taux de naissances compliquées. Plus précisément, le bénéfice a été particulièrement observé sur le risque de naissance avant 32SA qui concernait 7,3 % des femmes aidées, contre 10,2 % dans le groupe contrôle, ainsi que sur le risque de petit poids à la naissance qui a diminué de 23 % (4,3 vs 6,8 %).

Ces données suggèrent une amélioration de l'adéquation des soins prénataux et une réduction significative des taux de grossesses compliquées. Marc Badou a souligné que les femmes participantes ont exprimé le sentiment d'être considérées au cours de cette étude, mais a reconnu que la question de l'acceptabilité sociale reste posée, rappelant que la mise en place de cette étude a été complexe et réfutée à plusieurs reprises, notamment par le CPP. La consolidation des données et l'analyse médico-économique sont désormais attendues. D'ores et déjà, il est possible d'indiquer que l'argent crédité (qui ne pouvait être retiré en liquide ou utilisé pour des achats en ligne) n'a pas été théorisé mais dépensé dans la foulée de la consultation, et a été essentiellement dépensé dans les supermarchés ou pour les transports. Signe que cet argent correspond bien à un besoin.

Caroline GUIGNOT, Lille



## Quotient intellectuel à 5 ans des grands prématurés : l'enjeu des apports protidiques précoces

• D'après la communication « Apports protidiques chez le nouveau-né et neurodéveloppement »

Chez les grands prématurés, la dose optimale de l'apport protidique précoce n'est pas formellement établie, mais les données de l'étude de cohorte nationale EPIPAGE-2 suggèrent un apport en acides aminés > 3,5 g/kg/j à J7.

La croissance au cours des premières semaines de vie a un impact déterminant sur le devenir neurocognitif de l'enfant. La nature des apports nutritionnels influence la qualité du développement. Chez le grand prématuré, le dilemme réside entre le rattrapage de croissance et le neurodéveloppement d'une part, et l'incertitude du devenir cardiometabolique induite par la supplémentation nutritionnelle de type protidique. Si des recommandations ont un temps préconisé d'apporter plus de 3,50 g/kg/j de protéines à la fin de la première semaine après la naissance, une mise en garde a été émise en 2018 sur le bénéfice/risque de cette dose en dehors d'un essai clinique.

EPIPAGE-2 (*Epidemiologic Study on Small-for Gestational-Age Children-Follow-up at Five and a Half Years*) est une étude de cohorte prospective nationale qui est menée en France depuis 2011 et dont l'objectif est de suivre des enfants nés prématurés. Elle présente l'avantage d'observer les pratiques dans les services et unités de soins intensifs néonataux, notamment sur des aspects autour desquels les consensus manquent, et d'en



évaluer la traduction pronostique. Dans cette analyse, les chercheurs ont étudié l'association entre l'apport protidique précoce et le quotient intellectuel (score FSIQ) des enfants à l'âge de 5 ans qui étaient nés prématurés avant 30 SA et avaient été pris en charge dans l'un des centres participants.

L'analyse a été menée à partir des données de 1 789 enfants qui correspondaient aux critères d'inclusion et qui étaient vivants au 7<sup>e</sup> jour (âge gestationnel moyen 27 semaines). Parmi eux, 52 % avaient eu un apport en acides aminés > 3,50 g/kg/j à J7. Il est apparu que ces derniers avaient une probabilité supérieure de survie à 5 ans associée à un score de QI > -1 DS de la population standard du même âge (soit

93 points) : ils étaient en effet de 61,4 % contre 54,4 % parmi ceux qui avaient eu des apports protidiques < 3,5 g/kg/j (OR : 1,33 ; p significatif). Ce chiffre était plus élevé parmi ceux qui étaient les plus prématurés. Parallèlement, il existait une corrélation entre l'importance de cet apport et l'aire de la substance blanche mesurée à l'IRM à l'âge de 5 ans.

Évidemment, le niveau de preuve d'une analyse par score de propension ne peut remplacer celui d'une étude randomisée, mais il n'en reste pas moins qu'à défaut de cette dernière – étant donné la complexité d'un tel protocole – ces données sont encourageantes concernant les aspects neurocognitifs.

C. G.

## Activité non programmée : une réforme à l'arrêt malgré l'urgence

• D'après la communication « Ressources humaines nécessaires (et décalage par rapport aux ressources disponibles) »

La révision des besoins en ressources humaines liés aux activités non programmées en gynécologie-obstétrique qui était en cours entre les représentants professionnels et la DGOS en 2020 a été mis à l'arrêt par la pandémie de Covid-19. Depuis, les besoins sont encore plus criants...

L'allocation des moyens humains liés aux activités non programmées en gynécologie-obstétrique est défini par un décret de périnatalité de 1998. Or, elle n'a jamais été révisée malgré son imperfection concernant l'absence de prise en compte de certains paramètres – comme le type de maternité, la nature de l'activité (recours ou non) –, et dans un contexte où le nombre de petites maternités a nettement chuté, au profit d'une augmentation du volume d'activité des maternités plus importantes. Cette réorganisation structurelle a imposé une nouvelle organisation des ressources humaines au sein des établissements, mais rien n'a été fait concernant le décret réglementaire, menant les équipes à des difficultés organisationnelles et donc de sécurité et de qualité des soins, et à des difficultés de recrutement de plus en plus criantes.

Aussi, un groupe de travail rassemblant des représentants des différentes sociétés savantes impliquées dans les soins de périnatalité ont émis des préconisations qui pourraient servir de base à l'adaptation des moyens humains aux besoins, et constituerait une base de discussion avec les établissements et les tutelles.



### Une négociation avortée

Ils ont schématiquement suggéré un seuil minimal de deux sage-femmes pour 2 accouchements par 24 heures, ainsi qu'une sage-femme supplémentaire en permanence pour assurer les urgences, la présence d'un gynécologue-obstétricien dédié 24 heures/24 aux activités de soins non programmés, ainsi qu'un praticien supplémentaire pour astreinte dès le seuil des 3 000 naissances par an, la présence d'un anesthésiste-réanimateur dès le seuil des 3 000 naissances/an atteint, assorti d'un anesthésiste-réanimateur supplémentaire disponible pour les impératifs de sécurité et, enfin celle d'un pédiatre entièrement dédié aux activités non programmées et sans autre activité dès 6 500 naissances par an. D'autres référentiels ont été proposés selon le niveau de la maternité, ses spécificités d'acti-

tés et ont envisagé des valeurs supérieures pour les volumes d'activités supérieurs.

Sur la base des différents seuils proposés par le groupe de travail, une maternité sur deux aurait des ressources insuffisantes en sage-femme, 1 sur 3 en gynécologue et 1 sur 4 en pédiatre, selon une enquête menée par ce dernier au décours de ce rapport.

Ce document a été présenté à la DGOS début 2020, qui avait accepté certaines de ces propositions et renégocier d'autres, insuffisantes mais plus satisfaisantes que ceux fixés par l'ancien décret. L'ensemble devait être présenté au ministère de la Santé mais la démarche a été stoppée par la pandémie de Covid-19, sans visibilité sur un nouveau calendrier. L'urgence est aujourd'hui plus criante que jamais.

C. G.

## L'EBM de l'attachement

• D'après la communication « Sécurité physique - sécurité affective : Indissociables ? »

Dans les processus construisant l'attachement mère-enfant, la dimension affective ne peut être dissociée de la dimension physique. Les données de la littérature décrivent parfaitement le rôle de la composante sensorielle dans le neurodéveloppement et la construction du lien.

La théorie de l'attachement, qui a été développée au cours du XX<sup>e</sup> siècle a battu en brèche l'idée admise d'un lien mère-enfant fondé en premier lieu sur le besoin en nourriture du second. Il a été scientifiquement démontré que le besoin de contact physique et de proximité est un besoin primaire au premier temps de la naissance. Selon cette théorie, au comportement de l'enfant, qui est celui d'un individu vulnérable en situation de stress envers un proche, répond celui de la mère et de son *caregiving*, qui fournit le réconfort et la protection nécessaire à assouvir cet appel à l'aide. Ce lien neurobiologique vital existe dans toutes les espèces animales et a notamment été décrit chez le singe dans les années 1950 (expériences de Harlow). Il repose à la fois sur des déterminants affectifs mais aussi sur tous les stimuli sensoriels favorisés par le contact physique et qui ont un rôle neurodéveloppemental essentiel. La rupture de ce lien crée un stress aigu chez l'enfant. Le peau-à-peau à, à l'inverse, été décrit comme réduisant le risque d'hypothermie, d'hypoglycémie et les pleurs chez l'enfant né à terme. Chez le prématuré, ce peau-à-peau participe également à la réduction de la mortalité périnatale, du risque d'infections nosocomiales ; il favorise la stabilité cardio-respiratoire et la prise de poids.

Il existe différentes échelles permettant de mesurer l'attachement de la mère en *post partum* comme le PBQ-25. Les données de la littérature prouvent qu'une indisponibilité psychique de la mère, par exemple secondaire à une dépression, se traduit par des scores plus faibles, avec un risque d'altérer la mise en place des liens d'attachement. À noter que l'enfant n'a pas de préférence pour une figure d'attachement spécifique dans les premiers temps de vie.

### Sensorialité foetale

La synchronie de l'interaction mère-enfant repose sur la variation simultanée des états affectifs et comportementaux. Elle instaure une aptitude mutuelle à agir et réagir aux signaux échangés entre eux. Mais la synchronie existe déjà durant la période foetale. De nombreuses expérimentations ont décrit l'impact d'un stimuli sensoriel endogène ou exogène sur le fœtus au niveau cardiaque ou moteur, ainsi que l'existence d'une réactivité auditive et chimio-sensorielle au cours de la seconde moitié de la grossesse. Parmi eux, la voix maternelle influence, par exemple, le rythme cardiaque du

foetus, de façon spécifique par rapport aux autres sons ou à d'autre voix. Après la naissance, des expériences réalisées à l'aide d'une tétine permettant au nouveau-né de changer le son auquel il est soumis en fonction de son rythme de succion non nutritive montrent que l'enfant reconnaît la différence entre la voix de sa mère et les autres, et adapte son rythme de succion pour l'entendre.

Plus récemment, des études d'imagerie fonctionnelle conduite chez les femmes au début du troisième trimestre de grossesse ont confirmé que le traitement du son par le fœtus ne se produit pas uniquement au niveau sous-cortical réflexe mais est également traité par le cortex auditif primaire. La reconnaissance de la voix maternelle a lieu entre la 33<sup>e</sup> et la 34<sup>e</sup> semaine de grossesse. L'olfaction joue aussi un rôle déterminant, comme l'a par exemple montré une expérience au cours de laquelle la synchronie a été analysée par imagerie fonctionnelle entre l'enfant et selon les tests, soit la mère soit une autre femme en présence ou non d'un t-shirt imprégné de l'odeur maternelle. Cette expérience a confirmé, d'une part, que le partage du regard et des vocalisations, favorise la synchronisation intercérébrale, et que cette dernière est plus intense lorsque les échanges ont lieu avec lapropre mère qu'avec une femme inconnue, la présence de l'odeur maternelle favorisant les interactions (attention visuelle aux visages, excitation positive, etc.).

### De l'EBM à la pratique

Au vu des données accumulées sur le sujet, l'implication de tous les acteurs de la périnatalité est essentielle pour mettre en place une prise en charge et un suivi permettant d'observer et de repérer des situations de vulnérabilité. Il est nécessaire de repérer des éléments témoignant d'une insécurité au cours du suivi de grossesse, mais aussi de s'assurer des éléments cliniques qui encadrent la mise en place de ces premiers liens au moment de l'accouchement. Toutes les procédures devraient alors favoriser le peau-à-peau, y compris à la suite d'une césarienne (approche développée dans les pays scandinaves et anglosaxons), et intégrer le père (ou la seconde figure d'attachement). Les temps de séparation mère-enfant-père, notamment en néonatalogie, devraient être proscrits autant que possible.

Caroline GUIGNOT, Lille





## Santé mentale maternelle : de la dépression postpartum aux troubles psychiatriques chroniques

• D'après la table-ronde 2 « Santé mentale maternelle, un enjeu pluridisciplinaire »

La santé psychique des mères étant un déterminant pour le devenir des enfants, la mise en place de dispositifs adaptés peut aider à accompagner ces femmes.

La dépression est une complication fréquente du postpartum (prévalence estimée 10 à 20 %) dont l'apparition est souvent insidieuse et les manifestations polymorphes, certaines dépressions prenant plutôt la forme de plaintes somatiques ou de mélancolie. Si elle peut se synchroniser en une symptomatologie résiduelle ou récidiver lors de grossesses ultérieures, elle expose surtout à plus court terme à un risque suicidaire important. Le dépistage de la dépression postpartum devrait donc être systématique. La maternité de l'hôpital Louis Mourier (AP-HP, Colombes) a mis en place cette disposition en mai 2020, en demandant aux sages-femmes de systématiquement proposer le questionnaire EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) aux femmes prises en charge, qui étaient invitées à le remplir : soit 10 questions concernant différents symptômes au cours des 7 jours précédents et un score coté de 0 à 30. La participation était globalement satisfaisante, celles pour qui ce n'était pas le cas ayant principalement oublié ou ayant été dans l'incapacité de le remplir (complications maternelles ou de l'enfant, difficultés liées à la barrière de la langue, femmes déjà suivies en psychiatrie, etc.). Au sein de leur file active, ils ont ainsi identifié 7,5 % de femmes qui avaient un score  $\geq 13$ , suggérant un risque élevé de dépression incitant à consulter un spécialiste pour poser le diagnostic, et 12,6 % de ces mères présentaient un score compris entre 9 et 12, suggérant un risque modéré.

Interrogées sur la démarche, les sages-femmes ont souvent déclaré découvrir l'outil, qui leur apparaissait rapide, utile et facilitant la discussion et la sensibilisation des femmes au risque de dépression postpartum. Cette démarche est utile pour resensibiliser les équipes à la problématique, ces dernières devant être aidées pour savoir comment le présenter, l'utiliser, et connaître la conduite à tenir lorsque le score est anormalement élevé. L'EPDS apparaît donc comme un outil pertinent pour conduire un tel dépistage, la collaboration des professionnels de périnatalité étant nécessaire pour suivre ensuite les femmes les plus vulnérables.

### Accompagner les femmes ayant des troubles psychiatriques chroniques

Une grossesse conduite pour une patiente présentant des troubles psychiatriques chroniques impose des moyens et des ressources supplémentaires afin que leur parcours se déroule en toute sécurité. En effet, les comorbidités psychiatriques s'avèrent fréquents en obstétrique, étant donné la fécondité élevée parmi les femmes atteintes : 50 % des schizophrènes et 63 % de celles qui ont un trouble chronique (dépressif, bipolaire, schizophrénique) seront mères. En postpartum, le risque de rechute de la maladie est augmenté et peut atteindre 66 % des femmes bipolaires et 50 % de celles qui sont schizophrènes.

Parallèlement les grossesses sont globalement moins encadrées dans cette population (suivi et examens de dépistage moindres, moindre accès à l'EPP ou à la préparation à la naissance). Ces patientes taisent souvent leur affections psychiatriques auprès de la maternité car elles ont peur qu'on leur prenne leur bébé et qu'elles ne veulent pas être stigmatisées. Elles craignent également de faire du mal à leur enfant, elles réduisent souvent leur traitement psychotrope de façon non encadrée.

Du côté des soignants, les psychiatres craignent les effets tératogènes des médicaments et ils connaissent mal les dispositifs existants pour aider ces femmes. Les sages-femmes, elles, connaissent mal les pathologies psychiatriques. S'ajoutent à ces problèmes, le manque de coordination et de ressources qui permettraient de favoriser une meilleure prise en charge. Pour anticiper les grossesses chez ces femmes, mieux les préparer et les informer, la Consultation d'information, de conseils et d'orientation des femmes suivies pour troubles psychiques (CICO) a été créée en 2011 à destination de celles qui sont enceintes, ou qui ont un désir d'enfant. Non sectorisée, elle est ouverte à la

demande des PMI, maternités, médecins généralistes, psychiatres, gynécologues ou sages-femmes de Paris ou de région parisienne. Cette consultation unique menée par deux médecins, un pédopsychiatre et un psychiatre, vise à explorer les ressources de la famille et la connaissance de la maladie, pour mieux accompagner le projet d'enfant et la grossesse. Sont notamment abordées les diverses dimensions liées à l'anticipation de la conception, la stabilité de la maladie, l'efficacité et l'observance du traitement, sa compatibilité avec la grossesse et l'allaitement, ainsi que la disponibilité des proches de la patiente.

Ce dispositif offre des recommandations d'accompagnement et de prise en charge, mais ne permettait pas d'assurer un suivi de leur application. En 2019, l'équipe a créé un parcours complexe coordonné, dans le cadre duquel les femmes sont désormais accompagnées par une infirmière de coordination qui suit la façon dont les recommandations sont perçues et comment elles sont mises en place sur le territoire auquel elles appartiennent. La CICO vise ainsi à créer le lien entre tous les acteurs et favoriser la cohérence du parcours, quelles que soient les structures

impliquées (CMP, maternité, hôpital de jour en psychiatrie, unité kangourou, etc.).

### Face aux situations aiguës compliquées

La période périnatale est une période de vulnérabilité psychique. Un parcours de soins gradué est établi depuis les soins primaires jusqu'à l'hospitalisation pour accompagner les troubles pouvant se manifester au cours de cette période. Dans ce contexte, les équipes psychiatriques périnatales de liaison font notamment le lien entre la situation pré- et la situation post-natale et, dans ce cadre, relèvent l'enjeu parfois complexe d'apporter un avis spécialisé ponctuel pour des questions relevant de la psychiatrie, et se déployant sur un temps long. Parmi les situations difficiles relevées de leur intervention figurent les états d'agitation. Ces situations mettent en difficulté les professionnels qui peuvent à la fois être éfrayés et impuissants, et manquent souvent de formation appropriée. Ces états d'agitation demandent une prise en charge immédiate en raison du risque de complications associées (blessures, fugues, etc.) pour le patient et l'équipe soignante. L'objectif de l'intervention de l'équipe est d'obtenir la collaboration de la patiente *a minima* par une attitude de désescalade combinant respect de son espace personnel, adaptation du langage corporel et verbal, reformulation de la plainte exprimée par la patiente, recontextualisation de la situation, sans fausse promesse, etc.

Si nécessaire, des psychotropes de courte demi-vie (olanzapine, benzodiazépines, etc.) peuvent être utilisés en urgence. La contention ne peut être envisagée que si elle est justifiée, soit après échec des autres prises en charge, s'il existe un risque de fugue ou de blessure, et en association à un traitement. « La contention ne doit pas constituer le traitement, car c'est une situation traumatisante qui peut favoriser un état de stress post-traumatique », a insisté Marie-Laure Sutter-Dallay, Centre hospitalier Charles-Perrens, Bordeaux. Cette contention doit être prescrite par le médecin, être temporaire et conduire à une surveillance visant à documenter et réévaluer sa pertinence.

Les périodes de décompensation psychiatrique constituent une autre complication aiguë dans laquelle les intérêts de la patiente et celle de l'enfant interviennent. Elles peuvent justifier des soins sans consentement, lorsque ces femmes n'ont pas conscience de leurs troubles mentaux ou du besoin impératif de soins. Elle impose une surveillance médicale constante ou régulière. La décision nécessite une décision du représentant de l'État et est prise par le directeur de l'établissement. La loi du 5 juillet 2011 qui s'y rapporte définit comme possible cette alternative pour ceux qui ne constituent pas un trouble grave à l'ordre public mais pour lesquelles des soins immédiats sont rendus nécessaires par l'évidence d'un « péril imminent », sans que des tiers concernés soient présents pour formuler la demande. ■

## ■ Déclenchement en ambulatoire : faut-il changer les pratiques ?

• D'après la communication « Controverse 2 Déclenchement en ambulatoire : faut-il changer nos pratiques dès aujourd'hui ? »

L'Enquête nationale périnatale 2021 a montré que le taux d'accouchements provoqués est désormais de 26 %. Ce chiffre doit-il alerter et inviter à modifier les pratiques, notamment en ambulatoire, ou faut-il plutôt aller dans le sens de cette évolution, favorisant la démedicalisation de l'accouchement demandée par les femmes ? Charles Garabédian (Lille) et François Goffinet (Paris) ont opposé leurs arguments.

L'étude multicentrique ARRIVE, publiée il y a quelques années, a conclu sur le fait que le déclenchement du travail de femmes nullipares à bas risque et dont la grossesse est à terme ne les expose pas à un sur-risque de césarienne ou de morbi-mortalité néonatale. Cependant, les nombreuses limites méthodologiques de ce travail (et notamment le biais de sélection) ont invité à la prudence. Une étude française French-ARRIVE doit prochainement confirmer ou infirmer ces données. Si ses résultats vont dans le même sens, il est probable que le taux de déclenchement aura encore progressé. La question de l'organisation liée à cette évolution devra alors être posée. Quoiqu'il en soit, les données de plusieurs études récentes permettent d'avoir un point de vue rassurant sur les différentes techniques liées au déclenchement.

Concernant le déclenchement mécanique par dilateur cervical osmotique, une étude randomisée suggère que son utilisation en ambulatoire permet de réduire la durée d'hospitalisation et le recours aux analgésiques durant la phase de maturation du col, sans signaux particuliers concernant le pronostic maternel et néonatal<sup>(1)</sup>. Une étude danoise qui a analysé rétrospectivement le pronostic de plus de 900 femmes ayant été déclenchées par misoprostol (dont 71,9 % en ambula-

toire) suggère un taux d'accouchement dans les 24 heures plus élevé et un taux de césarienne plus faible parmi celles dont le travail avait été déclenché en ambulatoire par rapport à celles qui étaient dans l'établissement, sans différence notable sur la gestion de la délivrance. Le caractère monocentrique et rétrospectif de cette étude invite cependant à la prudence<sup>(2)</sup>.

Par ailleurs, deux métaanalyses récentes renseignent sur, d'une part, l'induction de l'accouchement par ballonnet<sup>(3)</sup>, et d'autre part, la seconde par dinoprostone ou ballonnet<sup>(4)</sup>. La première décrit une durée d'hospitalisation et un taux de césarienne plus faible pour celles ayant bénéficié d'un déclenchement en ambulatoire, sans différence sur le pronostic maternel ou néonatal, la seconde aucune augmentation du taux de césarienne ou de risque néonatal, tout en reconnaissant que le niveau de preuve reste faible et ne permet pas de conclure définitivement sur le sujet.

Aussi, pour des femmes à bas risque et correctement sélectionnées, la prise en charge démedicalisée du déclenchement peut être intéressante, et peut favoriser un vécu favorable pour les parturientes. Reste qu'en l'absence de recommandations claires et exhaustives, l'option est envisagée différemment selon les équipes, l'organisation des services et le maillage territorial.



### Des données finalement insuffisantes

Aussi rassurantes soient-elles, ces études restent toutefois peu nombreuses et rassemblent des effectifs faibles ou limités. Face à l'objectif premier d'éviter des conséquences graves pour l'enfant, les équipes affrontent les limites des réalités statistiques : selon leur nature, ces complications concernent entre 1 % et 1 % pour 10 000 enfants, sachant que certaines sont imprévisibles. Aussi, au niveau d'une équipe, de tels événements restent rares et l'incidence d'une modification de pratiques sur ces chiffres difficilement perceptibles pour les praticiens. Par ailleurs, ces études se confrontent à plusieurs limites. Il est, par exemple, difficile de déterminer si l'ambulatoire évite réellement la nécessité d'une césarienne ou si la césarienne est simplement plus souvent envisagée de façon inappropriée à l'hôpital. « On ne césarie pas dans une cuisine »,

ironise François Goffinet. De plus, la population qui bénéficie d'un déclenchement ambulatoire reste très sélectionnée et à bas risque, et les indications médicales au déclenchement sont sans doute différentes en nombre et en nature de celles qui sont réalisées en maternité.

Le changement de pratique autour du déclenchement en ambulatoire implique des considérations liées à la sécurité, l'organisation des soins, et aux souhaits et vécu des femmes. Aussi, cette question est loin d'être tranchée. ■

Caroline GIGNOT, Lille

### Références

1. Saad AF et al. *Obstet Gynecol* 2022 ; 140(4) : 584-90.
2. Helmgig RB et al. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020 ; 99(10) : 1396-402.
3. Pierce-Williams R et al. *Obstet Gynecol* 2022 ; 139(2) : 255-68.
4. McDonagh M et al. *Obstet Gynecol* 2021 ; 137(6) : 1091-101.