

INSTINCT MATERNEL : RÉALITÉ ET CONTROVERSES

PAR INGRID BAYOT,
SAGE-FEMME, DU LACTATION HUMAINE ET ALLAITEMENT,
FORMATRICE EN PÉRINATALITÉ*

RÉSUMÉ

« Instinct maternel » : des mots encensés ou interdits, des mots qui font réagir, qui suscitent la controverse, le rejet, ou encore qui confortent, qui rassurent... Que signifie ce mot « instinct » ? Comment, au cours des derniers siècles, le concept « d'instinct maternel » a-t-il été forgé, puis instrumentalisé ? Pour créer quelles attentes normées, pour exercer quel pouvoir sur les femmes ? Pourquoi est-il nécessaire de renoncer à utiliser cette expression piégée ?

D'autre part, qu'est-ce qui, au cours de l'évolution des espèces, fut mis en place pour assurer la survie, la vie et le développement du bébé le plus vulnérable et le plus immature de toutes les espèces mammifères ? Et quelles sont les conditions gagnantes pour que ces protections s'expriment au mieux, que ce soit de la part de l'individu-femme qui devient mère, ou au niveau de ses proches ou encore, de sa communauté qui accueille et soutient ?

UN MOT, UNE EXPRESSION...

Le mot « instinct » est associé à la spontanéité, le « naturel », le non-appris – *faire d'instinct* ; associé au pulsionnel, au non réfléchi aussi : *instinct de fuite, de survie*.

Le dictionnaire Larousse (<http://www.larousse.fr/>) le définit ainsi :

- Ensemble des comportements animaux ou humains, caractéristiques d'une espèce, transmis par voie génétique et qui s'exprime en l'absence d'apprentissage.
- Impulsion innée, automatique et invariable qui régit le comportement de tous les individus d'une même espèce.
- (Fig.) Avoir un don, une disposition naturelle, une aptitude à sentir ou à faire quelque chose.

On y retrouve les notions de naturel, de non-apprentissage. S'y ajoute la notion de *généralisation* des comportements observables.

L'observation oppose donc un démenti flagrant au concept d'instinct maternel. Nous pourrions clore le débat ici et affirmer avec certaines féministes ou psychologues ou philosophes : l'élan vers l'enfant, c'est *quand je veux, si je veux*.

C'est *l'amour en plus* [Badinter 1980], en plus et à côté de la biologie, de cette corporéité féminine qui ne nous a pas apporté grand-chose, semble-t-il, si ce n'est des malédictions, des faiblesses constitutionnelles, une cervelle de moineau, le tout assaisonné de la prescription d'être séduisantes, de rester en seconde zone et de procréer [Groult 1975].

UNE NOTION INSTRUMENTALISÉE

De fait, dans les discours officiels émanant des autorités religieuses, politiques, philosophiques ou médicales, la notion d'instinct maternel a été utilisée et idéalisée pour définir une femme « normale », entendez : munie d'une irrépressible envie d'avoir des enfants, d'une capacité innée à s'en occuper, de préférence avec dévouement. Toute personne ne rentrant pas dans ce cadre était suspecte [Cholet 2018].

Il est logique que les féministes aient condamné l'expression et réfuté sa réalité, à grand renfort de démonstration de négligences ou d'abandons d'enfants [Badinter 1980]. Au point que dans certaines mouvances féministes, toute évocation du potentiel d'adaptation comportementale favorisé par l'imprégnation hormonale, toute allusion aux compétences du corps féminin à enfanter et allaiter... devinrent irrecevables, voire obscènes : un retour en arrière, un *naturalisme douteux* [Badinter 2010].

UNE NOTION PORTEUSE D'ILLUSIONS

D'autre part, l'expression laisse supposer un savoir-faire maternel inné, crée des attentes normées et entretient la croyance que les compétences maternelles émergent immédiatement à la naissance. Ces attentes sont intériorisées par certaines femmes et tout écart peut générer culpabilité, détresse, sentiment d'incompétence. Rien de bien utile pour rencontrer son bébé à son rythme.

Qu'elle rappelle l'enfermement des femmes dans la maternité ou qu'elle entretienne des illusions et les déceptions qui en découlent, l'expression « instinct maternel » est désormais bannie de notre vocabulaire ainsi que de notre vision de la maternité.

JETER LE BÉBÉ AVEC L'EAU DU BAIN ?

Et pourtant... N'a-t-on pas jeté un peu vite le bébé avec l'eau très trouble de son bain ? Serions-nous les seuls êtres vivants à reproduction sexuée à n'avoir aucun ancrage biologique aux comportements maternels ou parentaux ? Et s'ils existent, serions-nous les seuls chez qui ils n'auraient

* www.ingridbayot.com

plus aucune influence ? Ou si peu qu'elle en serait insignifiante au regard des modulations d'origines culturelles ou psychologiques ? Creusons un peu.

L'INSTINCT ET LES CONDITIONS DE SES MANIFESTATIONS

Chez les mammifères, la reproduction représente plusieurs défis. La formation et la croissance d'un fœtus intra-utérin exigent beaucoup d'adaptations et d'énergie de la part de l'organisme hôte. Après la naissance, le petit reste proche de sa mère, nourri à la mamelle. Dans les espèces sociales, le groupe est plus ou moins impliqué pour la protection et l'apport de nourriture [Blaffer-Rdhy 2002]. Chez les primates, il y a un ou deux petits par portée ; leur stratégie de reproduction¹ comprend donc une forte implication maternelle.

Il est *relativement* simple de parler d'instinct maternel chez les mammifères : les hormones, les phéromones impliquées dans les séquences de comportements sont identifiées ; les comportements maternels sont *en général* systématiques, faute de quoi, la génération suivante est menacée, et à terme, l'espèce.

Lorsque les comportements maternels sont suffisamment bons pour assurer la génération suivante, les individus qui restent en vie et se reproduisent, réactivent cet *ensemble structuré de comportements ou de règles*, qui fait dès lors partie de leurs programmations génétiques.

Plus une espèce est évoluée, plus les gestes maternels sont élaborés, diversifiés et ajustés au petit qui grandit. Dans les espèces sociales à maternage complexe, il semble nécessaire que les jeunes femelles voient des plus âgées prendre soin d'un petit, le toucher, l'installer contre elle et le laisser téter. Il existerait donc une forme de transmission « culturelle » des gestes de maternage, une modélisation passive, par imprégnation et observation [Blaffer-Rdhy 2002].

Lorsque le milieu est favorable, lorsque la femelle est en bonne santé et qu'elle a été elle-même suffisamment maternée (empreintes) et modélisée, l'expression des programmations génétiques est optimale, en phase avec les besoins du petit : proximité, léchage, nourrissage et portage pour les espèces portées.

Les modulateurs des manifestations maternelles sont à la fois :

- **externes** : environnement matériel (sécurité, accès à la nourriture), conditions météorologiques, présence ou non de prédateurs, assistance du groupe périphérique ;
- **et internes** : empreintes et modélisation, état de santé, déroulement de l'accouchement.

La sélection naturelle agit sur tous les acteurs de la perpétuation d'une espèce : le mâle, la femelle et les petits. Par exemple, dans les espèces portées comme les primates, les petits ont de meilleures chances de survivre s'ils expriment bruyamment leur détresse lorsqu'ils ne sentent plus la

présence de l'adulte. Alors que dans les espèces nidifiées, bien à l'abri des prédateurs en hauteur ou dans les terriers, les petits ont tout intérêt à ne pas se faire remarquer en l'absence de leur mère.

La qualité du maternage initial des petits conditionne en partie leurs comportements ultérieurs dans leurs relations avec leurs congénères du même âge, et plus tard, avec leurs partenaires sexuels et leurs propres petits.

L'INSTINCT : PUISSANT MAIS PRÉCAIRE

Les manifestations de l'instinct sont néanmoins précaires, « fragilisables ».

Dans un laboratoire, des mères souris ont été chroniquement stressées, et leur maternage était pauvre ; les filles de ces mères stressées ont présenté elles aussi un maternage appauvri [Bergman 2014, 2017].

Dans les premiers zoos, on put observer les effets perturbants de l'enfermement, de l'absence de modélisation des femelles capturées très jeunes, ou encore des interventions humaines inappropriées. Des nouvelles mères ne savaient que faire de leur petit et quelques décès furent déplorés.

Les éleveurs savent bien qu'il ne faut pas toucher un petit après la mise bas. Les schèmes de comportements maternels sont facilement bouleversés par toute intrusion, toute séparation. Des brebis dont l'agneau avait été précocement manipulé par l'humain ont refusé de se laisser approcher et téter par leur petit.

Au zoo, pas plus qu'à la ferme, les vétérinaires n'ont remis en question l'existence d'un instinct maternel. Ils se sont seulement demandé comment ne pas lui nuire et ont compris qu'il valait mieux ne pas déranger la séquence contractions-accouchement-proximité-léchage-tétée-délivrance.

LES HUMAINS : PRIMATES DEBOUT, SOCIAUX, LANGAGIERS ET HYPER-CORTICALISÉS

Et chez les humains ? Notre cerveau associatif et social nous permet de telles créations techniques et culturelles, que la sélection naturelle n'agit plus de la même manière. Néanmoins, pour réfléchir à notre physiologie, il est nécessaire de prendre un recul suffisant car nos grands conditionnements furent mis en place au cours de l'évolution, c'est-à-dire au cours de plusieurs millions d'années. Notre espèce s'enracine dans l'évolution des primates ; les pré-humains remontent à 7 millions d'années (*Toumai*) ; les premières espèces *Homo* (*Habilis*) à 2,8 millions d'années. Les Sapiens sont apparus il y a 300 000 ans. Comment les bébés sapiens, si vulnérables, survivaient-ils ?

Les recherches sur nos lointains ancêtres et l'observation des peuples qui vivent d'une manière proche des cueilleurs chasseurs nomades, concordent pour penser que le maternage proximal et l'allaitement ont longtemps formé un tout indissociable [Liedloff 2006, Levesque 2008, Blaffer-Rdhy 2002, 2016]. Cette « post-gestation » première assurait aux bébés humains :

- **leur survie** : ne pas mourir ;
- **leur vie** : se sentir en sécurité et assurer les fonctions de base ;
- **et leur développement** : déployer tout leur potentiel de compétences et de talents.

1. « Une stratégie de reproduction, est un ensemble structuré de comportements ou de règles qui s'applique aux événements reproductifs, le but étant de maximiser la capacité d'adaptation d'un individu ou d'une espèce. Elle porte notamment sur le choix du partenaire sexuel, les stratégies et systèmes d'accouplement, le type de fécondation et d'investissement parental. » [https://fr.wikipedia.org/wiki/Strat%C3%A9gie_de_reproduction]

Dans la nature, la vraie, on ne peut vivre qu'en groupe, ce qui requiert des habiletés sociales avérées. Et pour faire face à un milieu instable et dangereux, il faut des capacités d'observation aiguës et de décisions rapides : fuite, attaque ou soumission ? Ou regroupement et coopération ? Il valait mieux disposer d'un cerveau sain et fonctionnel, stimulé et socialisé... et pas trop belliqueux [Patou-Mathis 2015, Ulmi 2015].

Bref, les conditions *sine qua non* de la survie et du développement furent : un lien d'attachement confiant, des expériences d'exploration, des stress positifs et quelques stress tolérables². Si nos bébés démontrent de telles compétences relationnelles [Fiossi Kpadonou et autres 2017, Gauthier et autres 2009, Odent 1990, Sunderland 2007], et si celles-ci sont le fruit des pressions évolutives, c'est bien qu'il y a eu en face d'eux des mères et des adultes attentifs et prévenants [Blaffer-Rdy 2016].

Des millions de mères humaines, pendant des millions d'années, ont offert à leurs nouveau-nés, via le maternage et l'allaitement, les premiers maillons d'une chaîne d'interactions avec leur environnement.

GRATIFICATIONS ET FACILITATEURS DE COMPORTEMENT

Comme toutes les fonctions liées à la perpétuation et la reproduction de l'espèce, la sélection naturelle « s'est arrangée » pour que les comportements favorables soient dotés d'un solide système de gratifications.

Lors des relations sexuelles, l'ocytocine déclenche les ondes du plaisir et les contractions rythmées, involontaires de l'orgasme ; les endorphines complètent la béatitude. Les proximités et les tétées libèrent les mêmes hormones, agissent également sur les zones cérébrales de la récompense et l'on devient pareillement « accro » l'un à l'autre ; s'ensuit une sorte de dépendance douce, avec hyper-réceptivité aux signaux sensoriels émis par le corps de l'autre : odeurs, voix, texture de peau, mouvements.

En effet, à chaque tétée, l'ocytocine fait s'éjecter le lait. Contempler, toucher ou bercer son bébé libère aussi l'ocytocine et augmente ses taux circulants, y compris chez le parent qui n'allait pas. Il existe de nombreux récepteurs à l'ocytocine dans le cerveau limbique et le néocortex. Cette hormone facilite les comportements maternels qui procurent au tout petit confort, chaleur, nourriture et protection [Odent 2001, Moberg 2006, Martin-Du Pan 2012]. L'ocytocine joue aussi un rôle dans la détection de l'expression du visage et des signaux sociaux.

La prolactine augmente à chaque tétée : elle monte dès les premières minutes et elle est au plus haut 40 minutes après le début de la tétée ; elle revient à son taux de base environ trois heures plus tard, sauf si une autre tétée a relancé sa sécrétion [Beaudry et autres 2006]. Elle facilite

les comportements protecteurs et favorise un sommeil plus récupérateur [Blyton et autres 2002].

La fin de la tétée est marquée, chez la mère comme chez le bébé, par un bien-être et un assoupissement, médié chez la mère par les endorphines, opioïdes sécrétés par le cerveau, et chez le bébé, entre autres, par les caséo-morphines produites par la digestion des caséines du lait maternel [Beaudry et autres 2006].

Bref, ça a fonctionné ! Et sans trop d'écart par rapport aux programmations sélectionnées, car dans le monde prénéolithique, il n'y a pas de compromis : l'insuffisance de soin, de proximité, d'attention, de nourriture, de stimulation, de support ou d'apprentissages... se paie cash. Des contraintes et des satisfactions aussi fortes, sur une si longue durée, ont façonné notre biologie et notre physiologie, jusqu'à l'anatomie de nos cerveaux, remarquablement doués pour la créativité et la sociabilité [Guedenev 2010].

ÉCARTS COMPORTEMENTAUX ET SURVIE QUAND MÊME

Il y a quelques milliers d'années — trois à neuf mille ans selon les endroits — c'est donc récent au regard des 300 000 ans des Sapiens, se produisit le passage à la sédentarité et la révolution néolithique [Demoule 2017]. Les maisons, les villages protégés permirent qu'un moindre maternage ne mette plus en cause de manière immédiate la survie des bébés : les déposer ne les exposait plus aux prédateurs ni aux dangers naturels. L'agriculture et l'élevage pouvaient fournir des substituts au lait maternel plus rapidement introduits dans la diète infantile. Ces diversifications précoces induisaient des sevrages rapides et menaçaient la santé des bébés, mais les plus solides survivaient [Knibbielher et Fouquet 1977].

Conditionnés par des millénaires de maternage proximal et de tétées sans restriction, les bébés sapiens, petits d'une espèce portée, ont beaucoup rouspété et pleuré. Leurs manifestations de stress chronique, insupportables pour les adultes, contribuèrent à générer chez ceux-ci le concept de « nature sauvage à dresser » et son corollaire : la répression « éducative » [Maurel 2009, Miller 1984].

Ne plus porter les bébés diminuait le nombre de tétées, ce qui raccourcît la durée des allaitements, qui du coup, n'empêchaient plus l'ovulation. De plus, la culture des céréales ajoutait une proportion plus importante d'hydrates de carbone dans la ration alimentaire ; les femmes devinrent plus « enrobées » et plus rapidement fertiles³. La fécondité féminine augmenta dramatiquement.

Au lieu d'avoir un bébé allaité longtemps et un espacement important (3 à 5 ans) avant le suivant, les femmes sédentaires concurrent des grossesses rapprochées et l'épuisement. En même temps, comme leurs enfants étaient moins allaités et très exposés aux nouvelles bactéries du bétail désormais domestiqué et confiné⁴, la morbi-mortalité infantile explosa.

2. À propos du développement du cerveau, les neurosciences nous apprennent que les stress positifs sont des stress modérés, avec réactions physiologiques de courte durée ; vécus au sein de relations stables et soutenantes, les stress modérés participent au développement. Les stress tolérables sont ceux qui déclenchent des réactions qui pourraient hypothéquer la construction du cerveau, mais qui sont tamponnés par des relations qui facilitent les interactions adaptatives. Les stress toxiques sont des sur-activations violentes et prolongées des systèmes de réponse au stress, en absence de relation protectrice et de support.

3. Les tissus adipeux sécrètent des œstrogènes.

4. La gestion des déchets animaux fut un casse-tête pour les premiers éleveurs non-nomades, et la promiscuité animale, source de nouvelles épidémies. Voir à ce sujet l'article de Jean Zammit, *Les conséquences écologiques de la néolithisation dans l'histoire humaine*. In : Bulletin de la Société préhistorique française, tome 102, n° 2, 2005. pp. 371-379 ; en ligne [https://www.persee.fr/doc/bspf_0249-7638_2005_num_102_2_13114]

MOTIVATION MATERNELLE ?

Le fameux *boom démographique* qui suivit la révolution néolithique eut un prix très lourd pour les femmes et les enfants. Trop nombreux et trop rapprochés, ils généraient l'exaspération et des gestes rageurs qui en découlent. Moins proximaux, moins portés et moins allaités, ils étaient plus facilement sujets aux accidents et aux maladies. Que devint alors la motivation à investir un bébé supplémentaire, quand les deuils étaient trop fréquents ou l'inquiétude trop lourde ? Ou quand les pleurs et autres manifestations du tout-petit étaient jugés négativement par le groupe d'appartenance.

Les restrictions affectives ou les privations imposées aux plus jeunes n'étaient pas la norme pour une espèce aussi sensible et affective. De même, une moindre motivation maternelle, même tempérée, par les personnalités individuelles, n'était pas la norme non plus. Bien des femmes se sont investies *quand même*, tiraillées entre leurs élans de tendresse protectrice et les injonctions « éducatives » de leur communauté. Il faut donc nuancer le tableau en fonction des époques, des contextes politiques, des régions, des familles et des individus [Knibiehler et Fouquet 1977]. Mais globalement, les moindres maternages en contexte sédentaire agricole, permirent la *survie et la reproduction* d'individus n'ayant pas développé leur plein potentiel de compétences sociales.

STRESS MATERNEL ET DOMINATION DES FEMMES

La domination des femmes : vaste sujet ! Les chercheurs ne s'entendent pas sur ses raisons, ni ses débuts. Pour certains [Héritier 1996, Darmangeat 2012] elle est si ancienne qu'elle se confond avec nos origines.

Pourtant, si cette domination était intrinsèque à l'espèce, pourquoi dut-elle s'imposer avec autant de menaces, d'interdits, de lois humaines et « divines », de rituels cruels, de mutilations et autres terreurs organisées ? Et pourquoi, au cours de l'histoire connue, des femmes se sont toujours arrangées pour tirer parti de la moindre faille des systèmes d'oppression ? Et souvent au risque de leur vie !

Laissons ce débat en suspens, car pour l'époque historique, celle qui laissa des traces et des **écrits**, témoins des « **grandes civilisations** » dont nous émanons directement, nous avons une idée claire du statut des femmes : leur corps, leur travail et leurs enfants ne leur appartenaient pas [Darmangeat 2012].

Plus une société est agressive et expansionniste, plus faible est le statut des femmes, plus réduite est leur marge de manœuvre, plus effarantes sont les violences qu'elles subissent [Prescot 1975]. Un individu sous contrôle, menacé et restreint dans son expression, peut-il manifester le meilleur de ses compétences, fussent-elles programmées depuis des millénaires ? Peut-il déployer toutes ses capacités d'empathie, d'attention à l'autre ? Quand la maternité devient une obligation dans un système de contrôle et d'oppressions, la motivation individuelle a quelques raisons de s'émousser...

Les femmes qui, par naissance ou mariage, appartenaient aux classes sociales dominantes, achetaient les services d'une autre de sorte à se dégager de leurs obligations maternelles [Lett et Morel 2006]. Le non-maternage et le non-allaitement devinrent ainsi un signe de prestige et de supériorité.

Dans une espèce aussi sociale que la nôtre, le conformisme de classe et le besoin d'être admiré, ou tout simplement accepté, peut générer des comportements qui outrepassent les conditionnements séculaires de l'espèce, même si cela ne convient pas au bébé. D'autant plus qu'il n'en meurt pas si l'on a les moyens de garder une *nourrice sur lieu*⁵. D'autant plus que la vie individuelle ne vaut pas grand-chose et que la mort d'un enfant reste une fatalité triste, mais courante. D'autant plus que la négligence parentale et l'abandon d'enfants sont tolérés [Lefaucheur 2010].

Quand, au cours des XVIII^e et XIX^e siècles, des politiques ou des médecins réaliseront l'hécatombe infantile, ils auront pour premiers réflexes de s'indigner de la « légèreté des femmes indignes d'être mères », et de proférer des injonctions moralisatrices vers un public déjà saturé de restrictions et d'interdits [Knibiehler 2010].

UNE RESSOURCE NATURELLE SABOTÉE ?

Au cours de ces derniers siècles *toutes les conditions* étaient réunies pour que les ancrages biologiques maternels, peaufinés pendant des millions d'années, ne puissent pratiquement plus s'exprimer :

- implicites culturels limitant fortement le développement et l'expression de la personne ;
- moindre sentiment de sa valeur personnelle ;
- glorification de la maternité, mais dévalorisation du maternage et mépris des personnes qui le procurent (esclaves, servante, paysannes) ;
- douleurs de l'accouchement présentées comme une punition divine à l'éventuel plaisir sexuel, et donc comme rituel de soumission à l'ordre établi ;
- non-intégration de la corporéité sexuée féminine rendant l'accouchement très douloureux⁶.

De plus, dans les pratiques culturelles autour de la naissance, et plus tard dans les hôpitaux publics, il n'y avait pas ou peu de contact immédiat avec le nouveau-né à la naissance, donc pas de forte montée d'ocytocine, donc plus de pertes sanguines à la délivrance, donc plus d'épuisement maternel. Et dans les classes aisées (noblesse, bourgeoisie), il n'y eut pas ou peu d'allaitement, donc la prolactine redescend très vite ; et pas d'ocytocine non plus. Les quelques contacts épisodiques par la suite, ne suscitaient pas beaucoup d'ocytocine, ni d'endorphines.

Facile de dire que l'instinct n'existe pas quand toutes les conditions de sa manifestation sont sabordées !

Même chez les primates non-humains, « l'instinct maternel » est facilement fragilisé par les carences affectives, le manque de modélisation, les intrusions, les séparations, les environnements hostiles. Alors, imaginez... chez l'espèce sociale la plus sensible et intelligente, celle qui pense et s'émeut le plus, celle qui a le plus besoin de trouver sens et appartenance dans un groupe familial et sa communauté, celle qui par conséquent souffre le plus des agressions et restrictions affectives...

5. Pour se placer dans une famille, la nourrice devait abandonner son bébé à l'Assistance Publique où les taux de mortalité avoisinaient les 90 % avant un an.

6. En l'absence d'analgésie efficace, l'expérience pouvait générer des traumatismes graves et de la dissociation.

LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ EN PÉRINATALITÉ

Ils sont des acteurs importants de l'entourage péri-familial, car ils interviennent à des moments clefs de la constitution des nouvelles familles. Beaucoup d'initiatives, de programmes et de recommandations existent déjà en France. Citons par exemple, les recommandations de l'HAS autour de la préparation à la naissance et la parentalité⁷, les propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement⁸, l'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé⁹, ou encore les recommandations de l'HAS en lien avec la sortie de maternité¹⁰.

Bien sûr, il vaut mieux ne plus utiliser l'expression « instinct maternel », trop lourde de destins obligatoires, trop chargée d'attentes. Mais les ancrages biologiques de la fonction maternelle n'en existent pas moins. Les incitateurs d'élans protecteurs et les gratifications subséquentes sont de formidables facilitateurs de comportements. Les futures et nouvelles mères peuvent y prendre appui pour contribuer à leur bien-être. Ce n'est pas le seul appui, évidemment, et chacune le négociera à sa façon. Il ne s'agit pas d'imposer à nouveau un modèle unique ou un idéal béat ! D'autant que l'impulsion est parfois si forte qu'elle peut déstabiliser toute la construction psychique sous-jacente¹¹.

Comment soutenir la parentalité et favoriser l'expression optimale de ses ancrages biologiques en ayant à l'esprit ce passé complexe ? Quatre intentions peuvent enrichir et colorer la mise en pratique des programmes existants : communication, modélisation, expression, inclusion.

COMMUNICATION

Chaque personne qui se présente à nous dans le contexte professionnel de la périnatalité arrive avec sa propre histoire, ses forces et ses vulnérabilités. Nous ne savons pas comment cette future mère/ce futur père a été materné.e/paterné.e, éduqué.e, soutenu.e dans son développement ; ni comment elle/il a déjà plus ou moins fait le tri dans ses héritages. Ces empreintes profondes seront convoquées avec la naissance de leur enfant et coloreront l'expérience de l'intimité attentive, des proximités, des portages et des tétées. Pour certaines, ce n'est pas simple. Intellectuellement attirées par ces pratiques « récentes », elles donnent, elles veulent donner, ce qu'elles ont parfois insuffisamment reçu. Cela peut générer des tensions internes ou des affrontements dans le couple.

D'où l'importance d'être attentif à chaque personne, de rester vigilant devant les signaux de mal-être – *non, ce n'est pas toujours « juste un baby blues »*, et de travailler en équipe multiprofessionnelle [Guéritault 2008].

7. Voir [https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/Preparation-Naissance-Parentalite-Nov-2005.pdf].

8. Voir TURCK, D. 2010. « Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel », en ligne [http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000420.pdf].

9. Voir le site de l'IHAB France – Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé, et le superbe travail de réflexion autour des pratiques et de la communication, réalisé par cette équipe. [https://amis-des-bebes.fr].

10. Voir la fiche de synthèse « Sortie de maternité après accouchement », en ligne [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche_de_synthese_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf].

11. Voir à ce sujet le site de l'Association Maman Blues [http://www.maman-blues.fr/].

Il importe de faire la différence entre les objectifs de santé publique – par exemple, augmenter le taux d'allaitement, et l'objectif d'une rencontre individuelle – par exemple, aborder l'accueil du nouveau-né et le mode de nutrition. La philosophie des *soins centrés sur le patient et sa famille* propose une approche très pertinente en périnatalité [Phillips 2013]. Les professionnelles de la santé rencontrent une vaste diversité de comportements, de représentations, de statuts sociaux. Comment dès lors, *faire alliance* [Molenat 2012], approcher, entourer et accompagner une future ou nouvelle famille, tout lui laissant faire son *propre chemin*, avec son bébé, son/sa conjoint.e, son contexte, ses forces et ses vulnérabilités.

Il existe plusieurs outils de communication qui améliorent la relation au patient. Parmi celles-ci, la démarche de soins en six axes de l'INPES¹² me semble particulièrement efficace car elle commence par l'écoute, n'amène l'information que dans un 3^e temps, après l'évaluation de la situation en posant des questions aux personnes concernées et soutient les décisions qui font sens pour elles.

MODÉLISATION

La vie en tribu, ou tout au moins en communauté intergénérationnelle, permettait la modélisation passive : les fillettes, les jeunes femmes, côtoyaient des mères et les voyaient porter, allaiter, prendre soin, avec les coutumes et manières de sa culture. Actuellement, bon nombre de primipares – et de *primipères*, ont pour la première fois un nouveau-né dans les bras... à la naissance du leur. Comment, dès lors, créer de la modélisation ? Il y a :

- les rencontres prénatales quand les futurs parents ont l'occasion de rencontrer des nouveaux parents ;
- les rencontres de personne à personne, et chaque pays crée différents cadres et possibles ;
- les films et les images, si du moins ils supportent une communication interpersonnelle confiante et personnalisée.

L'attitude des personnels soignants avec les bébés a beaucoup d'impact sur les nouveaux parents. Des gestes doux, calmes, un regard qui croise celui du bébé, des paroles qui s'adressent à lui... transmettent bien mieux que n'importe quel discours. Chaque soin, chaque geste que nous faisons est capté par les parents.

EXPRESSION

Comment favoriser l'expression des compétences maternelles et parentales ? Beaucoup de recherches ont insisté sur l'importance de maintenir le contact entre la mère et son bébé après la naissance afin de soutenir tous les mécanismes co-adaptatifs [Girard 2011, Dageville et autres. 2011, Bergman 2014, 2017].

Même en cas de césarienne ou de prématurité, le contact peau à peau et la proximité avec la mère ou le père apaise, connecte, engage, responsabilise.

Les pratiques hospitalières autour de l'accouchement ont un impact majeur sur les premiers moments et l'initiation de l'allaitement. Le contact ininterrompu mère-bébé, proposé et

12. L'institut National de Prévention en Santé (France) INPES 2010 « Grossesse et accueil de l'enfant » : Comment accompagner le choix des couples autour de la grossesse et favoriser leur accès à la parentalité ? INPES - mai 2010 - http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/outils/grossesse-accueil.asp

expliqué préalablement aux parents et approuvés par eux, favorise l'expression des ancrages biologiques.

Au cours du séjour en maternité, et à l'occasion de toute interaction avec les parents, observer ensemble le bébé, reconnaître ses signaux, valoriser les tâtonnements et les ajustements, soutiennent le processus d'attachement. Il arrive que des mères ne ressentent pas le grand élan amoureux que d'autres décrivent avec enthousiasme. Chacune a son histoire et son cheminement... Et chaque geste, chaque soin, chaque tétée crée du lien et construit la confiance.

INCLUSION

Depuis les années 80 du siècle passé, une effervescence de connaissances à propos du nouveau-né nous a amenés à remettre en question l'image du tube digestif capricieux à dresser au plus vite. Une nouvelle vision du bébé imprègne progressivement les discours collectifs ; les proximités, le portage, l'allaitement font progressivement partie de notre environnement culturel. D'aucuns affirment que c'est la norme biologique de notre espèce. C'est vrai, mais rappelons alors la *norme sociologique* qui a permis l'expression optimale de la biologie : une inclusion communautaire qui assurait à la dyade mère-enfant :

- la protection contre les prédateurs ;
- l'assurance de leur approvisionnement ;
- la transmission des gestes de maternage par modélisation et imitation ;
- une connaissance et une reconnaissance du groupe pour l'implication maternelle ;
- un allègement relatif des tâches d'intendance ;
- un partage des soins de son bébé ;
- une délégation occasionnelle du tout-petit, y compris pour l'allaiter ;
- et à moyen et long terme : du soutien pour l'approvisionnement et les apprentissages aux enfants.

Comment traduire ces différents aspects du soutien parental dans les réalités familiales et sociales du XXI^e siècle ? Nous vivons dans des sociétés beaucoup plus complexes que les tribus du préneolithique où chacun avait sa place et transmettait ce qui fonctionnait depuis des générations. Les structures familiales sont multiformes, changeantes. Certaines apportent beaucoup de support, d'autres, non. Des initiatives locales foisonnent, des groupes de soutien existent et les professionnels gagnent à les connaître. Les sociétés modernes possèdent des institutions qui assument une partie des participations tribales, dont les soins de santé, et les services sociaux.

Mais il faut savoir que, lorsque les programmes concernent surtout les femmes plutôt que les parents – et c'est le cas pour l'allaitement, elles vont générer des résistances et des levées de boucliers, à cause de notre histoire si difficile, à cause de l'exploitation des femmes, à cause des instrumentalisation des élans maternels qui ont pollué notre passé, et que celui-ci a laissé des cicatrices.

Donc : ouverture, écoute et... priorité à la personne humaine que nous rencontrons. Rejoindre... plutôt que convaincre. •

BIBLIOGRAPHIE

1. Badinter, E. 1980. *L'amour en plus, histoire de l'amour maternel du XVII^e au XX^e siècle*, Paris, Flammarion.
2. Badinter, E. 2010. *Le conflit, la femme, la mère*, Paris, Flammarion.
3. Beaudry, M., Chiasson, S., Lauzière, J., 2006. *Biologie de l'allaitement, le sein, le lait, le geste*, Québec, Presse de l'Université du Québec.
4. Bergman, N. 2014. « The neuroscience of birth et the case of zero separation », *Curiaionis* n° 37 (2) p. 1-4
5. Bergman, N. 2017 « Zero separation of newborn and mother; the science behind the concept », diapos de la conférence, disponibles en ligne à [https://www.goldneonatal.com/conference/speakers/keynote-presentation]
6. Blaffer-Hrdy, S. 2002. *Les instincts maternels*, Paris, Payot.
7. Blaffer-Hrdy, S. 2016. *Comment nous sommes devenus humains, les origines de l'empathie*, Brevillet (FR), L'instant Présent.
8. Blyton, D.m., Sullivan, C.e., Edwards, N. 2002. « Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women » *Journal Sleep Res* n° 11 p. 297-303.
9. Cholet, M., Sorcières, la puissance invaincue des femmes, Ed. La Découverte, Paris, 2018.
10. Dageville, C., Casagrande, F., De Smet, S., Boutté, P. 2011, « Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance » *Archives de Pédiatrie*, XXX P. 1-7
11. Darmangeat, C. *Le communisme n'est plus ce qu'il était – Aux origines de l'oppression des femmes*. Toulouse, Ed. Smolny, 2012.
12. Demoule J.P., *Les dix millénaires oubliés qui ont fait l'Histoire, Quand on inventa l'agriculture, les guerres et les chefs*. Fayard, Paris, 2017
13. Fioissi Kpadonou, É., Odjo, A., Djidonou, A., Kpadonou, T.G., 2017. « Sourire intentionnel du bébé et facteurs maternels associés », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 65, Issue 5, p. 281-288
14. Gauthier, T., Fortin, G., Jeliu, G. 2009. *L'attachement, un départ pour la vie*, Montréal, Ed. Ste-Justine.
15. Girard, L. 2011. « De la première rencontre à la première tétée. Observer l'intimité ». Les dossiers de l'Obstétrique n° 409, p 3-9 [en ligne sur le site des Formations Co-Naître® http://www.co-naître.net].
16. Groult, B., *Ainsi soit-elle*, ED Le livre de poche, Paris, 1975
17. Guedenev, N. 2010. *L'attachement, un lien vital*, Bruxelles, Fabert/Yapaka
18. Guéritault, V. 2008. *La fatigue émotionnelle et physique des mères*, Paris, Odile Jacob.
19. Héritier F. *Masculin-Féminin I. La Pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob, 1996 ; rééd. 2002
20. Knibiehler, Y., Fouquet C. 1977. *Histoire des mères, du Moyen-Âge à nos jours*, Paris, Montalba.
21. Knibiehler, Y. 1983. *La femme et les médecins*, Paris, Hachette.
22. Lefaucheur, N. 2010. « L'abandon en Occident » in (collectif) *La naissance, histoire, culture et pratiques d'aujourd'hui*, p. 212-221, Paris, Albin Michel.
23. Lett, D., Morel M.F. 2006. *Une histoire de l'allaitement*, Paris, Éd. de la Martinière.
24. Lévesque, P. 2008. *Allaitement bio... et autres choses importantes*, 43 p. [En ligne]. [www.groupepaman.org/docs/levesque.pdf]
25. Liedloff, J. 2006. *Le concept du continuum, À la recherche du bonheur perdu*, Genève, Éditions Ambre.
26. Martin-Du Pan, R.C. 2012. « Logytocine : hormone de l'amour, de la confiance et du lien conjugal et social », *Revue Médicale suisse*, vol 8, p. 627-630, [en ligne] [https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-333/L-ocytocine-hormone-de-l-amour-de-la-confiance-et-du-lien-conjugal-et-social].
27. Maurel O., *Oui, la nature humaine est bonne ! Comment la violence éducative ordinaire la pervertit depuis des millénaires*. Robert Laffont, Paris 2009.
28. Miller, A. 1984 *C'est pour ton bien – Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*, Paris, Aubier.
29. Moberg, K.U. 2006, *Ocytocine, l'hormone de l'amour*, Gap, Édition Souffle d'or, Collection Champs d'idées.
30. Molenat, F. 2012. *Accompagnement et alliance en cours de grossesse*, Bruxelles, Fabert/Yapaka.
31. Odent, M. 1990. *Votre bébé est le plus beau des mammifères*, Paris, Albin Michel.
32. Odent, M. 2001 *L'amour scientifique*, Saint-Julien en Genevois (CH), Éd. Jouvence.
33. Patou-Mathis, M. 2015. « Déconstruire le mythe d'une préhistoire sauvage et belliqueuse. Non, les hommes n'ont pas toujours fait la guerre » [En ligne]. [http://www.monde-diplomatique.fr/2015/07/PATOU_MATHIS/53204].
34. Phillips, C.R. 2013. *Family-Centered Maternity Care*, Burlington, Jones & Bartlett Publishers.
35. Prescott, J.W. 1975 « Le plaisir du corps et l'origine de la violence », *The bulletin of the atomic scientist*, p.10-20 [en ligne] [http://www.violence.de/prescott/bulletin/article-f.html].
36. Sunderland, M. 2007. *La science au service des parents*, Montréal, Éd. Hurtubise.
37. Ulmi, N. 2015. « La violence n'aurait pas toujours existé » [en ligne] [https://www.letemps.ch/societe/2015/01/23/violence-naurait-toujours-existe].

LE SUIVI DE GROSSESSE

PAR BENOÎT LE GOEDEC, SAGE-FEMME

INTRODUCTION

Le suivi de grossesse fait l'objet de recommandations de la Haute Autorité de Santé. Le contenu des consultations y est rappelé et est adapté au niveau de dépistage et de risque de la grossesse en cours.

Les praticiens pouvant suivre la grossesse sont aussi définis et doivent faire l'objet en ce qui concerne les médecins d'une formation adaptée :

« Les médecins généralistes et les gynécologues médicaux ou les sages-femmes (acteurs de soins de santé primaires) ont la responsabilité d'évaluer le niveau de risque des femmes et d'en référer, en cas de présence ou d'apparition de facteurs de risque, auprès des gynécologues-obstétriciens (acteurs de soins de santé secondaires). »

La femme est libre du choix du professionnel de santé qui la suit. Elle doit être informée des différentes modalités de suivi, notamment du champ de compétence de chacun des professionnels impliqués.

La multiplicité des acteurs n'est pas recommandée et l'orientation souhaitée et que la grossesse soit suivie par un praticien.

« Il est recommandé que le suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne. Il est nécessaire de souligner l'importance de la coordination et de la collaboration entre les professionnels afin de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens. »

L'échange des informations est un point essentiel de la qualité de ce suivi quand les différentes étapes de la grossesse segmentent le parcours des femmes.

« Afin d'améliorer la centralisation des informations relatives au suivi de la grossesse dans un dossier médical personnel ou un carnet de suivi unique et partagé, les propositions suivantes sont formulées :

- *détention du dossier médical par les femmes elles-mêmes (en leur expliquant son importance afin qu'elles le présentent elles-mêmes aux professionnels) ;*
- *informatisation du dossier médical ».*

Le suivi de la grossesse n'inclue pas que le suivi technique médical et il est important d'établir une relation de confiance et d'entendre le projet des couples.

« Un projet de naissance est l'énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant. Il inclut l'organisation des soins, le suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce au domicile et les recours en cas de difficultés. Il peut être formalisé par un document écrit rédigé par les parents³. Le projet de naissance nécessite un bon échange d'informations et s'élabore dans le dialogue avec la sage-femme ou le médecin qui suit régulièrement la femme enceinte. Il vise une meilleure compréhension et une satisfaction partagée entre soignants et parents. Les destinataires sont essentiellement les sages-femmes et les médecins du lieu d'accouchement choisi ».

SUIVI ET ORIENTATION DES FEMMES ENCEINTES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES DE LA HAS - MAI 2016

OBJECTIF : aider au suivi de la grossesse normale et améliorer l'identification des situations à risque de complications maternelles, obstétricales et fœtales (hors accouchement) pouvant potentiellement compliquer la grossesse afin d'en adapter si besoin le suivi.

QUEL SUIVI POUR QUELLE GROSSESSE ?

Différents suivis et demandes d'avis possibles pour les grossesses en fonction des situations à risque identifiées (accord professionnel)

SUIVI A ➤ Lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

AVIS A1 ➤ L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.

AVIS A2 ➤ L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

SUIVI B ➤ Lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Conditions nécessaires

- Formation théorique et pratique adaptées au suivi des grossesses ;
- Exercice dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locales.

QUAND APPRÉCIER LE NIVEAU DE RISQUE ?

- **Idéalement avant la grossesse,** dans le cadre du suivi gynécologique

de la femme quand elle exprime son désir de grossesse (principe d'une consultation préconceptionnelle);

- **Avant 10 semaines d'aménorrhée (SA)**, lors de la première consultation du suivi de grossesse;
- **Tout au long de la grossesse**, jusqu'à la consultation du 9^e mois ou l'accouchement.

QUELLES SONT LES SITUATIONS À RISQUE?

Rechercher:

- Des facteurs de risque généraux (notamment des facteurs individuels

et sociaux; un risque professionnel; des antécédents familiaux);

- Des antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non (notamment des antécédents chirurgicaux; des pathologies utéro-vaginales);
- Des antécédents personnels liés à une grossesse précédente (notamment des antécédents obstétricaux ou liés à l'enfant à la naissance);
- Une exposition à des toxiques (notamment à l'alcool, au tabac, aux drogues, à des médicaments potentiellement tératogènes);
- Des facteurs de risque médicaux

(notamment diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, troubles de la coagulation)

- Des maladies infectieuses (notamment toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis);
- Des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux (notamment cancer du sein, hématome rétroplacentaire, incompatibilité foeto-maternelle).

Pour chacune des situations à risque identifiées au cours de la grossesse, un type de suivi ou une demande d'avis a été recommandé (cf. *tableau 1 des recommandations*).

CONTENU DU SUIVI	CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE	1 ^{re} CONSULTATION AVANT 10 SA	2 ^e CONSULTATION AVANT 15 SA
Examens cliniques et biologiques	-	Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse	Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement
	Examen gynécologique frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique général et gynécologique PA; taille; poids; examen des seins; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique PA; poids; hauteur utérine à partir du 4 ^e mois; si possible bruits du cœur fœtal
	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole recherche d'agglutinines irrégulières 	Sérologies prescrites obligatoirement ⁽¹⁾ <ul style="list-style-type: none"> groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole syphilis glycosurie et protéinurie recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B recherche de l'antigène HBs 	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) glycosurie et protéinurie
	Sérologie proposée VIH (population à risque)	Examens proposés systématiquement ⁽²⁾ <ul style="list-style-type: none"> sérologie VIH 1 et 2; information sur les risques de contamination materno-foetale par le VIH dépistage combiné du 1^{er} trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1^{re} échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre) 	Examens proposés systématiquement <ul style="list-style-type: none"> dépistage des anomalies chromosomiques fœtales: marqueurs du 2^e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1^{er} trimestre
		Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> examen cytot bactériologique des urines (ECBU) dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque 	
Information et prévention	Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète). Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes. Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 µg/jour. Informeur sur le suivi de la grossesse.		Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille)
	-	Débuter l'élaboration d'un projet de naissance	Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité

PA: pression artérielle; Ac: anticorps; Ag: antigène; SA: semaines d'aménorrhée; ECBU: examen cytot bactériologique des urines.

(1) décret n° 92-143 du 14 février 1992; (2) loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 101/

CONSULTATION (CS)	3 ^e CS	4 ^e CS	5 ^e CS	6 ^e CS	7 ^e CS
MOIS DE GESTATION	4 ^e MOIS	5 ^e MOIS	6 ^e MOIS	7 ^e MOIS	8 ^e MOIS
Examen clinique Poids; PA; hauteur utérine; bruits du cœur et mouvements fœtaux; signes fonctionnels urinaires; contractions utérines	X	X	X	X	X
Évaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	X
Consultation de pré-anesthésie	-	-	-	-	X
Sérologies à prescrire obligatoirement ⁽¹⁾					
• Glycosurie et protéinurie	X	X	X	X	X
• 2 ^e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	X
• RAI, si Rhésus D négatif: à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel	-	-	X	-	X
• Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	X	X	X	X	X
• Hémogramme	-	-	X	-	-
Examens à proposer systématiquement					
• 2 ^e échographie (entre 20 et 25 SA)	X	-	-	-	-
• 3 ^e échographie (entre 30 et 35 SA)	-	-	-	-	-
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	X
• Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X
Examens à proposer éventuellement ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X

CONSULTATION DU 9^e MOIS

Examens cliniques et biologiques	Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)
	Réaliser un examen clinique général et obstétrical Poids; PA; recherche des signes fonctionnels urinaires; hauteur utérine; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux; recherche des contractions utérines; présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute)
	Sérologies prescrites obligatoirement ⁽¹⁾ • Toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente • Glycosurie et protéinurie
	Examens proposés éventuellement • ECBU en cas d'antécédents ou de diabète
Information et prévention	Donner des informations pratiques
	Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant

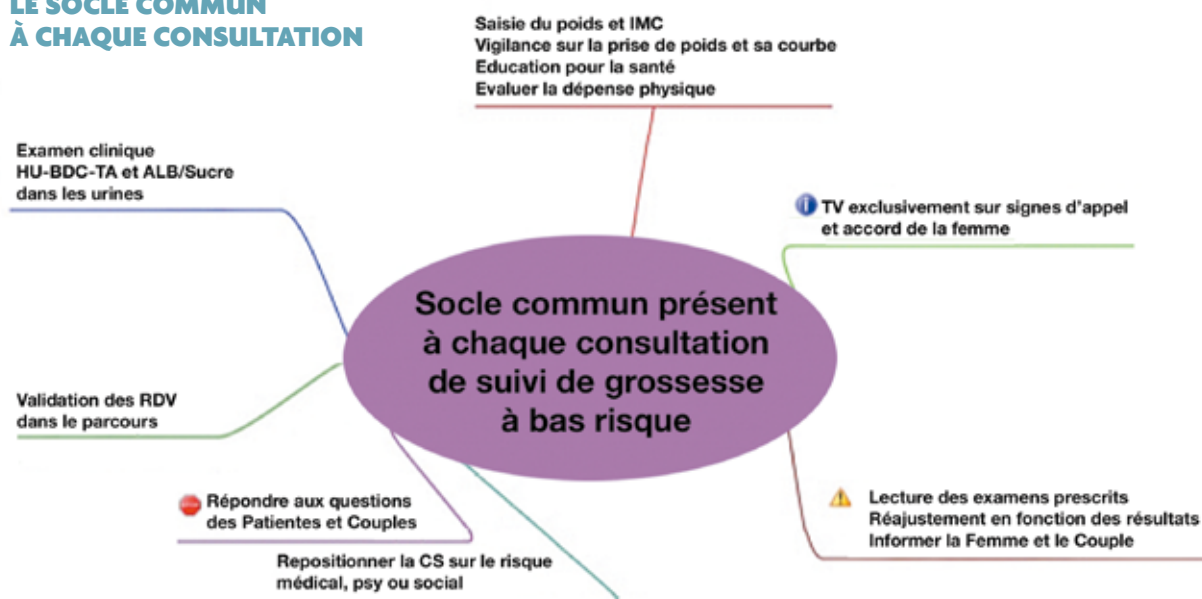
PA: pression artérielle; Ac: anticorps; Ag: antigène; SA: semaines d'aménorrhée; ECBU: examen cytot bactériologique des urines.

(1) décret n° 92-143 du 14 février 1992; (2) loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 101/

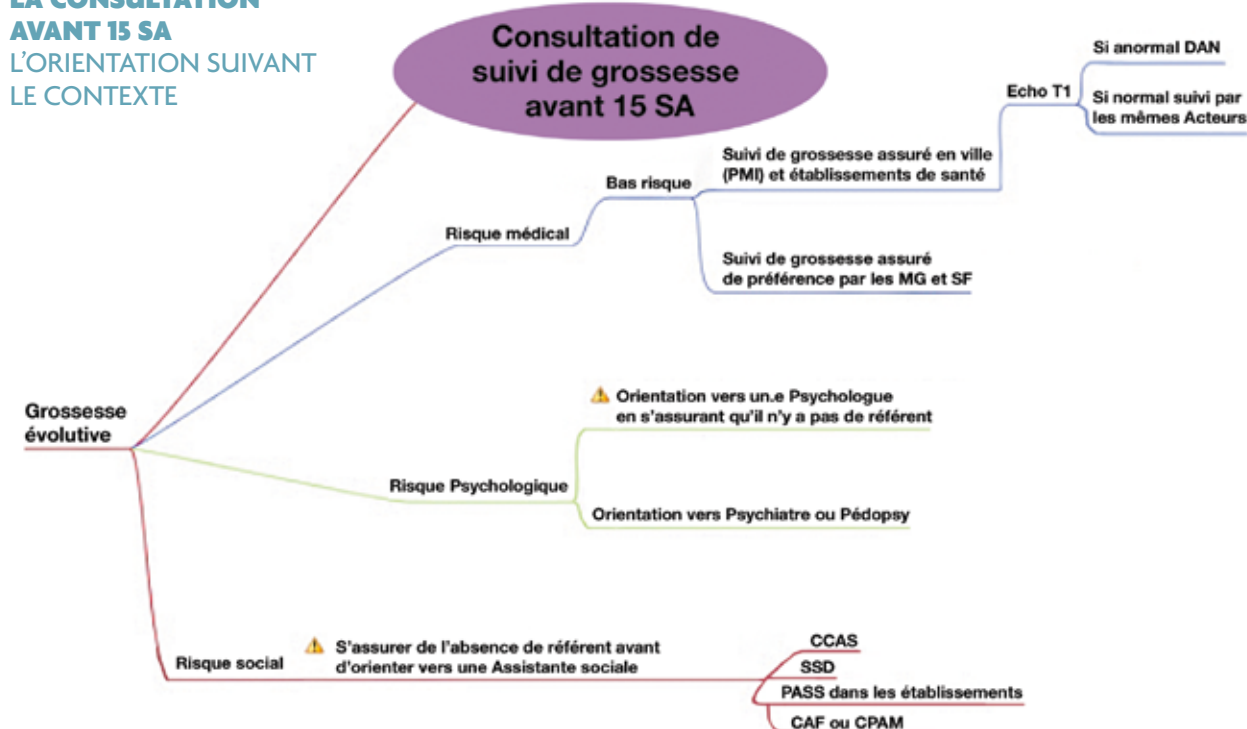
DIAGRAMMES D'UN SUIVI DE GROSSESSE PHYSIOLOGIQUE PAR CONSULTATION DE 10 SA À 37 SA

PAR LE GROUPE DE TRAVAIL SUIVI DES GROSSESSES À BAS RISQUE, RPVO VAL D'OISE

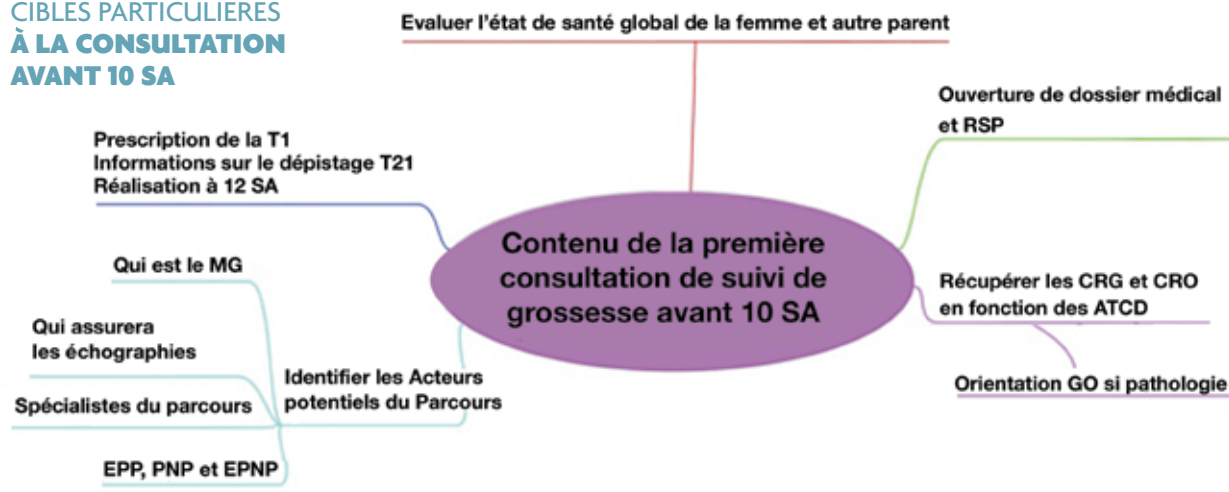
LE SOCLE COMMUN À CHAQUE CONSULTATION



LA CONSULTATION AVANT 15 SA L'ORIENTATION SUIVANT LE CONTEXTE



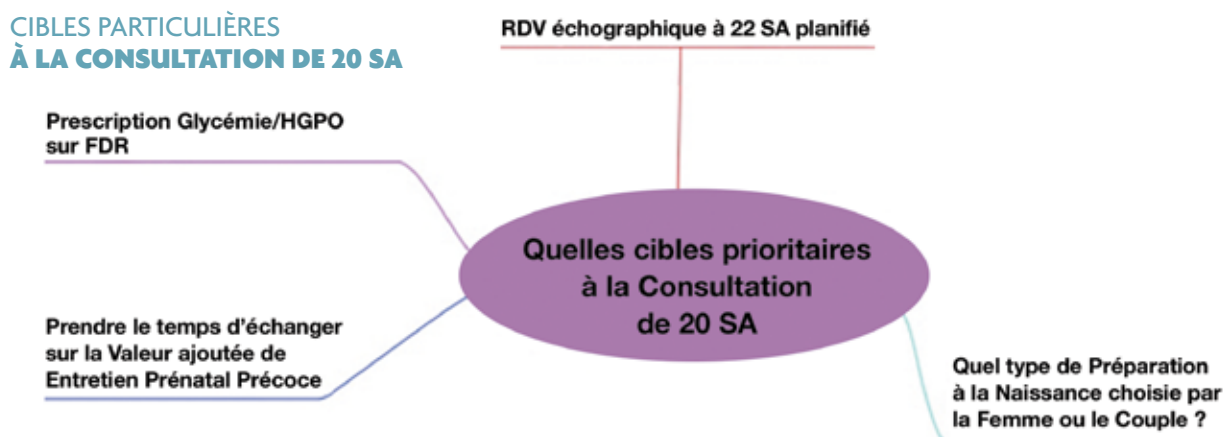
CIBLES PARTICULIÈRES À LA CONSULTATION AVANT 10 SA



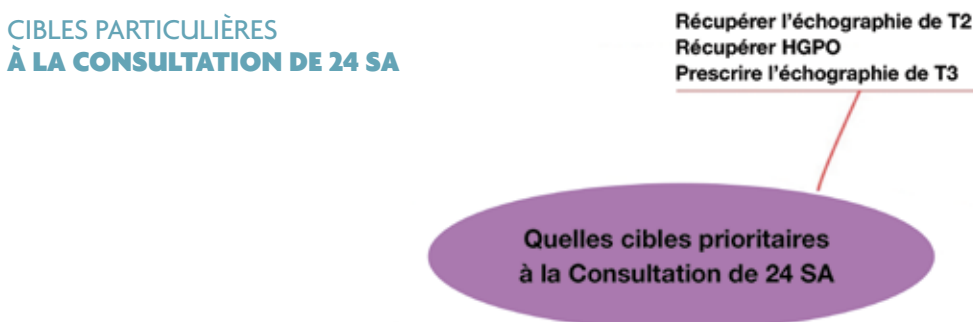
CIBLES PARTICULIÈRES À LA CONSULTATION ENTRE 12 ET 13 SA



CIBLES PARTICULIÈRES À LA CONSULTATION DE 20 SA



CIBLES PARTICULIÈRES À LA CONSULTATION DE 24 SA



CIBLES PARTICULIÈRES À LA CONSULTATION DE 28 SA

Evaluation de l'environnement
W/Fiches de poste de Travail
Si AT cf. Médecin traitant,
cf. Médecine du travail

Parcours :
RDV de l'échographie planifié

Quelles cibles à la
Consultation de 28 SA

Parcours en établissement :
Consultation avec Anesthésiste planifiée

CIBLES PARTICULIÈRES À LA CONSULTATION DE 30 SA

Prescription
Echographie T3

Prescription de l'Ag Hbs

Quelles cibles à la
Consultation de 30 SA

Palpation pour DG présentation fœtale

CIBLES PARTICULIÈRES À LA CONSULTATION DE 33-34 SA

Si Présentation podalique
prévoir VME en l'absence de CI
Alternatives (par exemple Acupuncture)

DG de présentation fœtale

Quelles cibles pour la
Consultation de 33 SA

Lecture de l'échographie T3

Présentation à la Naissance
et à la Parentalité
à débiter ou poursuivre

CIBLES PARTICULIÈRES À LA CONSULTATION DE 36-37 SA

Continuer la Préparation
à la Naissance et à la
Parentalité

Evaluation fœto-pelvienne

Quelles cibles à la
Consultation de 36-37 SA

Prescription du
bilan APD réalisée