

**36^{èmes} ASSISES NATIONALES
DES SAGES-FEMMES
19^{ème} SESSION EUROPÉENNE**



MARSEILLE 21, 22, 23 mai 2008

**COMPTE-RENDU
SCIENTIFIQUE**

**JOURNÉES D'ÉTUDES ET
D E F O R M A T I O N
36^{èmes} ASSISES NATIONALES
DES SAGES-FEMMES
19^{ème} SESSION EUROPÉENNE**

*Sous le haut patronage du
Ministre de la Santé et des Solidarités*

COMPTE-RENDU SCIENTIFIQUE

MARSEILLE

21 • 22 • 23

MAI 2008

JOURNÉES D'ÉTUDES ET DE FORMATION

36^{èmes} Assises Nationales des Sages-femmes

19^{ème} Session Européenne

Fondatrice : Denise TEYSSANDIER †, Sage-Femme

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE
DES SAGES-FEMMES
DES FACULTÉS
DE MÉDECINE DE PARIS

Présidente : N. BERLO-DUPONT

ASSOCIATION DES SAGES-FEMMES
ENSEIGNANTES
FRANÇAISES

Présidente : F. NGUYEN



COMITÉ D'HONNEUR

Madame Françoise ESCARRAS-GAUNET

Adjointe au Maire
Responsable de la santé,
l'hygiène et la prévention des risques sanitaires chez l'adolescent

Monsieur le Professeur Yvon BERLAND

Président de l'Université de la Méditerranée

Monsieur le Professeur Jean-François PELISSIER

Doyen de la Faculté de Médecine de Marseille

Madame Marie-Josée KELLER

Présidente du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

Monsieur le Professeur Henri RUF

Ex Directeur Technique de l'Ecole de Sages-Femmes

Madame Annie-Claire COTTU

Ex Directeur de l'Ecole de Sages-Femmes

COMITÉ D'ORGANISATION

Organisation scientifique

Association Professionnelle
des Sages-Femmes
des Facultés de Médecine
de Paris

Madame N. BERLO-DUPONT
Présidente

Madame C. HENRY
Madame E. MEUNIER

Association des Sages-Femmes
Enseignantes Françaises

Madame F. NGUYEN (Poissy)
Présidente

Madame C. LALLEMENT (Metz)
Madame A. SARRAZIN (Nantes)

Madame A. DEMEESTER (Marseille)
Madame M. GUTH (Nice)

*Avec la participation des équipes pédagogiques des Ecoles de
Sages-Femmes de Marseille et Nice.*

Secrétariat

Arnaud DESHONS
C.E.R.C.
7, rue du Capitaine Dreyfus
95130 FRANCONVILLE
Tél. 01 34 15 56 75
Télécopie 01 34 13 59 76
a.deshons@wanadoo.fr
www.cerc-congres.com



ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE PARIS

Présidente Madame N. BERLO-DUPONT

Vice Présidente Madame E. MEUNIER

Secrétaire générale Madame C. BROCHET

Vice-Secrétaire générale Madame F. MARATREY

Trésorière Madame C. HENRY

ASSOCIATION DES SAGES-FEMMES ENSEIGNANTES FRANÇAISES

Présidente	Madame F. NGUYEN (Poissy)
Secrétaire générale	Madame E. SIMON (Brest)
Trésorière générale	Madame A. SARRAZIN (Nantes)
Secrétaire adjointe	Madame M. LAVAUD (Toulouse)
Trésorière adjointe	Madame C. LALLEMENT (Metz)
Chargée de communication	Madame C. MORIN (Bordeaux)

SOMMAIRE

LE PROJET DE NAISSANCE

- La Place de l'entretien précoce dans le projet de naissance 1
Martine ROESCH, Nathalie FARLAY-AUBLANC
- Cadre juridique du projet de naissance 5
Stéphanie FALZONE-SOLER
- Nos maternités peuvent-elles s'adapter pour répondre au projet de naissance ? 11
Israël NISAND, Danièle MIRISKY

GROSSESSES MULTIPLES

- Réductions embryonnaires et interruptions sélectives de grossesses 17
Véronique MIRLESSE
- Les jumeaux en unité de néonatalogie 19
Christian DAGEVILLE
- La perte d'un jumeau 23
Marie-José SOUBIEUX

MATERNITE ET PROBLEMES DE SOCIETE

- Refus de soin : aspects éthiques 33
Pierre LE COZ
- Laïcité à l'hôpital : droits et devoirs de chacun 35
Blandine CHELINI-PONT
- Incivilités et violences à la maternité 47
Nathalie TORDJEMAN
- Précarité et maternité 49
Nicole SIMON-LAFAYE
- Mutilations génitales féminines 63
Sandy GRIMA
- Que savoir sur les mutilations sexuelles féminines ? 79
Henri-Jean PHILIPPE

PRESENTATION DES MEMOIRES LAUREATS DU GRAND PRIX EVIAN DES ECOLES DE SAGES-FEMMES

- L'allaitement maternel protège-t-il du surpoids et
de l'obésité dans la petite enfance ? 87
Catherine PONTHER
- Comparaison du toucher vaginal et de l'échographie du col
dans la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré imminent 95
Sarah BENICHO

PATHOLOGIES SPECIFIQUES DU BASSIN MEDITERRANEEN : PRISE EN CHARGE OBSTETRICALE ET PEDIATRIQUE

- Thalassémie, drépanocytose
 - Prise en charge obstétricale 103
Nadia BERKANE
 - Prise en charge des enfants atteints de maladies de l'hémoglobine 105
Mariane de MONTALEMBERT
- Rickettsioses : fièvre Q et grossesse 107
Xavier CARCOPINO
- Mucoviscidose :
 - Aspects génétiques 115
Perrine MALZAC
 - Prise en charge diététique d'enfants atteints de mucoviscidose 117
Gersende GROSS

DEMARCHE QUALITE

- L'évaluation des pratiques un moyen de primer la qualité 121
Jean-Michel CHABOT
- Impact de l'évaluation des pratiques professionnelles
 - Le partogramme 131
Antoine LAFOUGE
 - Hémorragie du post partum :
L'expérience concrète d'un audit interne 139
Brigitte CASTÉРАН
 - Césarienne en urgence bilan de la mise en place des codes couleurs
au sein d'un service (2000-2007) 143
René-Charles RUDIGOZ
- Démarche de qualité dans une école de sage-femme 151
Evelyne MOTHÉ

ACTUALITES

- Valeur diagnostique et pronostique du rythme cardiaque fœtal à l'admission 165
Georges BOOG
- Prise en charge de la douleur du Nouveau-Né en salle de naissance
et dans les premiers jours de vie 171
Michèle LECLAIRE
- Actualité sur la toxoplasmose au cours de la grossesse 175
Jacky NIZARD
- Une nouvelle structure pour les études de sages-femmes :
l'Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée 179
Anne DEMEESTER

MERCREDI 21 MAI 2008 - MATIN

LE PROJET DE NAISSANCE



LA PLACE DE L'ENTRETIEN PRECOCE DANS LE PROJET DE NAISSANCE

*Martine ROESCH, Nathalie FARLAY-AUBLANC
Strasbourg*

Qui sommes nous, D'où venons nous ?

- › Maternité de niveau I, en voie de labellisation « hôpital ami des bébés ».
- › 1300 naissances.
- › Deux sages-femmes de garde jour et nuit.
- › Salles de naissances récentes.
- › Salle physiologique.
- › Deux baignoires.
- › Suspensions et ballons dans chaque salle.
- › Multitrack.

A la clinique Adassa, qui, quand, combien d'entretiens ?

- › Depuis 2005.
- › Environ 600 / an pour 1300 naissances.
- › Effectués par les sages-femmes (en dehors de leurs gardes).
- › Recrutement facile (inscriptions précoces, secrétaires formées, Obstétriciens collaborent).
- › Pièce agréable.

Notre expérience

- › Le plus précocement possible.
- › Déroulement en trois phases.
- › Entretien dans une ambiance privilégiée et intime.
- › Évocation de la préparation à l'accouchement.
- › Visite de nos locaux.
- › Permettra la première évocation du terme: *projet de naissance*

L'entretien proprement dit

- Réalisé selon les recommandations de l'H.A.S:
- › Identifier les besoins d'information. Présenter, préparer et planifier la préparation à la naissance et à la parentalité.
 - › Apprécier la santé globale de la femme enceinte et faire le point sur le suivi médical et le projet de naissance.
 - › Repérer les situations de vulnérabilité. Orienter si nécessaire vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement et transmettre les infos aux professionnels concernés.

La préparation à la naissance (1)

- › Proposée par une partie des sages-femmes de l'équipe.
- › Différentes orientations:
 - Classique.
 - Relaxation.
 - Sophrologie.
 - Yoga.
 - Hypnose.
 - Chant prénatal.

La préparation à la naissance (2)

- › Patiente contactée par la sage-femme qui la prendra en charge pour quatre séances.
- › Autres séances proposées:
 - Allaitement maternel
 - Massage bébé
 - Portage
 - Puériculture
 - Séance destinée aux papas
 - La place de l'aîné
 - Info diététicienne

La visite des locaux

- › Différentes orientations des salles de naissance (salle nature, baignoire).
- › Permet d'évoquer les possibilités offertes, les postures, etc.
- › Permet de leur faire comprendre qu'elles auront la possibilité d'être actrice de leur accouchement.
- › Rassure le couple qui s'approprie déjà un peu les locaux qui accueilleront la naissance de leur enfant.

Le projet de naissance

- › Première évocation lors de l'entretien précoce.
- › Fil conducteur de toutes les séances de préparation à la naissance.
- › Écrit et présenté par la patiente, idéalement au 9^{ème} mois.
- › Discuté avec le gynécologue-obstétricien.
- › Idéalement validé et signé par la sage-femme cadre ainsi que le directeur médical.
- › Rappeler qu'il n'est pas obligatoire, il peut être tout simplement verbalisé le jour de l'accouchement lors du premier contact sage-femme/patient.

Que retrouve-t-on dans les projets ? Quelles sont les demandes ?

- › Beaucoup d'items assez simples reviennent souvent:
 - Présence du compagnon ou d'une autre personne
 - Pas de séparation maman/bébé/papa
 - Peau à peau immédiat et prolongé
 - Tétée précoce
 - Section du cordon tardive par le père
 - Intimité, musique, éclairage doux
 - Mobilité, boisson, péridurale possible.
 - Limiter les gestes intrusifs chez l'enfant et ne faire que ce qui est accepté par les parents.
 - Pas d'expression abdominale.
 - Pas d'épisiotomie.
 - Éviter, si possible, les extractions instrumentales.

Quelle évolution en quelques années ?

- › Pratiquement plus de demandes incongrues: chambre seule avec vue sur la mer!
- › Les parents ont une connaissance fine du déroulement de l'accouchement et donc des attentes accessibles et réalistes.
- › Apparition d'un phénomène de mode: modèle de projet sur internet.

Le projet de naissance : valeur sûre ou effet de mode ? (1)

- › Évite que la naissance soit sage-femme dépendant.
- › Fait et pris en compte dans beaucoup de maternités.
- › Évite les déceptions « d'après coup ».
- › Pas de demandes exceptionnelles.
- › Pas de demandes très « médicales ».
- › Fait des couples nos partenaires de soins.
- › A toujours existé dans la tête des femmes.

Effet de mode ou valeur sûre ? (2)

- › Pour les femmes qui ne « savent » pas, permet de susciter, de faire réfléchir.
- › Permet et suscite une cohérence d'équipe.

En conclusion, l'entretien c'est...

- > Informer.
- > Communiquer.
- > Expliquer.
- > Écouter.
- > Proposer.
- > Discuter.
- > Dépister.

Dans de bonnes conditions...

Pour les couples

- > Intimité.
- > Confidentialité.
- > Respect.

De la part des sages-femmes

- > Empathie.
- > Écoute active.
- > Disponibilité.
- > Savoir être
- > Discrétion....
- > Tout simplement:
être sage-femme!!!

Donc

- > Sans entretien, pas ou peu de projets.
- > Moment privilégié pour les femmes et les sages-femmes.
- > L'entretien est quasi INDISPENSABLE.

CADRE JURIDIQUE DU PROJET DE NAISSANCE

Stéphanie FALZONE-SOLER
Lafare

INTRODUCTION :

Les premiers projets de naissance ou plutôt « plans de naissance » (« birth plan ») sont apparus en Angleterre en 1993¹.

En France, le projet de naissance a fait son apparition en 2000. Un jeune couple qui avait présenté son projet à l'équipe obstétricale, rendu public sur une liste de discussion professionnel (internet), n'avait pas manqué de susciter des réactions très vives révélant, crainte, agressivité, défiance mais également une ignorance manifeste des règles juridiques susceptibles de s'appliquer².

Il faut attendre 2003 pour trouver une première mention du projet de naissance avec le rapport MATTEI recommandant de « *Permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance* ».

Le plan périnatalité 2005-2007 préconisait quant à lui la mise en place d'un entretien « individuel et/ou en couple » afin de « *favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer des liens sécurisants.* »

Les références au projet de naissance se multiplient sans qu'on n'en donne toutefois une définition.

A côté des définitions données par les associations ou certains auteurs³, il faut attendre les recommandations relatives à « *la préparation à la naissance et à la parentalité* » émises par la HAS, lesquelles définissent le projet de naissance comme « *la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et 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 à domicile, le recours en cas de difficultés* »⁴

La loi, pour sa part, ne définit pas le projet de naissance, pas plus qu'elle n'en détermine le régime. Il convient toutefois de tenter de cerner quelle est sa nature juridique, et par suite, l'étendue de son pouvoir contraignant au regard de la relation médecin/patient et son incidence sur la responsabilité des professionnels.

Bien qu'il apparaisse à notre sens très clairement que le projet de naissance n'est pas un contrat (I), il ne saurait pour autant être réduit à un simple récapitulatif des souhaits et attentes de la femme, dénué de tout effet juridique (II).

1 Pour en savoir plus: <http://wiki.naissance.asso.fr/index.php?pagename=BirthPlanUk>

2 <http://users.swing.be/carrefour.naissance/doleances/ProjetDeNais.htm>

3 Sophie GAMELIN-LAVOIS. *Préparer son accouchement : faire un projet de naissance*. Paris : Jouvence, 2006

4 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf Cette définition fut reprise par la nouvelle version du carnet de maternité distribué aux femmes enceintes à cela près que la « *conjonction entre les aspirations de la femme et l'offre de soin locale* » a cédé la place à « *un énoncé des souhaits des parents sur le déroulement de la naissance de leur enfant* »

I. Exclusion de la nature de contrat : l'absence de force obligatoire du projet de naissance

Il convient de noter dans un premier temps que l'ambition même du projet de naissance n'est pas d'avoir valeur d'offre contractuelle. Que ce soit dans l'intention des rédacteurs des différents rapports ou dans celle de la majorité des femmes qui soumet un projet de naissance à l'équipe obstétricale. Le but est avant toute chose de formaliser le dialogue, de permettre l'expression de la volonté de la femme dont le médecin doit avoir connaissance afin de pouvoir faire l'offre de soin la plus appropriée.

Comment pourrait-il y avoir « contrat » en absence de volonté non équivoque de s'engager fermement de part et d'autre ?

Aucun contrat ne se forme entre la femme qui exprime sa vision de son accouchement, qui élabore un projet concernant le déroulement de la naissance de son enfant, et le professionnel qui en prend acte.

Par ailleurs, quand bien même l'un et l'autre souhaiteraient s'engager de la sorte que certains obstacles juridiques nous paraissent s'opposer à la reconnaissance d'un tel contrat. Nous tenterons en effet de démontrer que le projet de naissance ne peut, ni être confondu avec le contrat de soins, ni constituer un contrat distinct.

- Si tant est que l'on maintienne le régime contractuel de la relation médecin/patient et par suite la notion de contrat de soins⁵, le projet de naissance ne peut se confondre avec celui-ci ni même « *permettre de le négocier ou encore de le clarifier* » tel que cela a souvent été avancé⁶.

Le consentement du patient, dans la relation médicale, s'exprime à plusieurs niveaux.

Après une manifestation initiale de volonté donnant naissance, au contrat de soins, la personne doit en effet exprimer son adhésion à la thérapeutique entreprise, ainsi que l'impose expressément les articles 16-3 du Code civil et L. 1111-4 du Code de la santé publique.

Quel est l'objet du consentement de la personne qui conclut un contrat de soins ?

Dans le cadre de ce contrat, l'obligation essentielle ou fondamentale du médecin a été définie par l'arrêt « Mercier » de la Cour de cassation⁷. Selon les attendus de cet arrêt, l'engagement du médecin consiste à donner des soins « *non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises (ou actuelles) de la science* ».

Il s'agit d'une obligation de moyen et non de résultat. L'obligation contractuelle du médecin est en ce sens parfaitement déterminée et ne souffre d'aucune imprécision. Son apparente indétermination résulte de la nature même de celle-ci, à savoir que l'engagement contractuel du médecin ne consiste que dans le fait d'apporter des soins tels que définis dans l'arrêt MERCIER. Même si elle suppose des actes matériels, il s'agit d'une prestation intellectuelle.

Certes, il a parfois été reconnu la possibilité pour le professionnel de s'engager au titre d'une obligation de résultat. Tel est le cas quand il promet à un patient de l'examiner un jour et à une heure déterminé ou lorsqu' un accoucheur s'engage à procéder lui-même à l'accouchement⁸. Mais l'engagement ne peut porter que sur le type générique d'intervention, car les modalités techniques particulières ne peuvent, le plus souvent, être décidées qu'en cours d'intervention.

⁵ Girer, *Contribution à une analyse rénovée de la relation de soins, Essai de remise en cause du contrat médical*, thèse, Lyon, 2005, *Les Etudes hospitalières*, préf. Mémeteau, à paraître ; F. Dreifuss-Netter, *Feu la responsabilité contractuelle du médecin : Resp. civ. et assur.* 2002, chron. 17

⁶ <http://afar.naissance.asso.fr/projet-naissance.htm>

⁷ Cass. civ. 20 mai 1936, D. 1936, p. 88 à 96, concl. Matter

⁸ Pour une espèce où un gynécologue accoucheur n'avait pas respecté son engagement de procéder lui-même à l'accouchement, V. CA Paris, 21 nov. 1986, D. 1987, somm. 421, obs. J. Penneau

Les consentements successifs aux actes de soins sont, de la part du médecin, des actes d'exécution du contrat de soins déjà conclu⁹. Faire de la détermination de ces actes, un critère déterminant de la volonté des parties, et par suite, placer le consentement à ces actes au stade de la formation du contrat, tend à disqualifier le contrat de soins.¹⁰

- Le projet de naissance pourrait-il s'analyser en un contrat distinct du contrat de soins dont l'objet n'est alors plus la simple fourniture de soins consciencieux et conformes aux données acquises de la science mais celle de donner des soins déterminés à l'avance ?

L'objet de ce contrat ne réside plus dans les diligences attentionnées du médecin mais dans la réalisation matérielle d'actes d'exécution pour le compte de la femme.

Outre le fait qu'une telle analyse ne serait souhaitable ni sur le plan éthique ni médical et serait antinomique de la fonction de médecin, plusieurs arguments d'ordre juridique semblent par ailleurs définitivement s'y opposer.

Un premier argument, pour reprendre une terminologie de droit des contrats, résulte de ce que le consentement « ne pourrait tenir lieu de loi à celui qui l'a donné ». La loi elle-même prévoyant que le consentement aux actes (pris au sens large) peut être retiré à tout moment. (L 1111-4 CSP)

Ensuite, en s'engageant à exécuter certains actes déterminés, les « clauses » du projet de naissance seraient de nature à modifier l'étendue des obligations contractuelles du professionnel et par suite l'étendue de sa responsabilité. Or, on sait que toutes clauses visant, même indirectement à limiter cette responsabilité, sont interdites, s'agissant de la réparation du préjudice corporel.

Enfin, et c'est bien là l'opposition qui nous paraît la plus insurmontable, la reconnaissance d'un tel contrat paraît s'opposer tant au principe d'ordre public de la liberté thérapeutique dont jouit le médecin¹¹, qu'à son indépendance professionnelle, laquelle est inaliénable.¹²

Il nous paraît dès lors que la terminologie de contrat, tant parce qu'elle ne correspond pas à l'intention même des acteurs, qu'en raison de l'impossibilité juridique à sa reconnaissance, devrait être abandonnée.

Mais s'il n'est pas un contrat, le projet de naissance lorsqu'il est écrit, n'est pas non plus un simple récapitulatif de souhaits exprimés par les mères/couples, dénué de tout effet juridique. En effet, dans ce cadre, le consentement et parfois même le refus de certains actes est a priori clairement exprimé, de sorte que, si le projet n'est pas respecté par l'équipe, il pourra éventuellement en résulter la responsabilité du/des professionnels.

La volonté exprimée dans le projet de naissance, à défaut de bénéficier de la force obligatoire attachée aux contrats bénéficiera le cas échéant d'un pouvoir contraignant de par l'effet de la loi. Le projet écrit a dès lors force probante quant à cette volonté.

9 C'est la raison pour laquelle, le défaut de consentement éclairé relativement aux actes de soins accomplis en exécution du contrat de soins est sanctionné sur le terrain de la responsabilité contractuelle, au visa de l'article 1147 du code civil et non par la nullité du contrat.

10 On peut par exemple citer le contrat de recherche biomédicale pour lequel le consentement nécessaire à la formation du contrat porte sur l'objectif, la recherche, la méthodologie et les contraintes de celle-ci, étant eux-mêmes l'objet des prestations réciproques des parties. (L 1122-1-1 CSP)

11 Ce principe se trouve affirmé dans de nombreux textes (CSS, art. L. 162-2. – C. déont. méd., art. 8). Certains auteurs estiment que sa valeur « est celle des principes fondamentaux reconnus par les lois de la République, au sens que le Conseil constitutionnel accorde à cette expression » (G. Méméteau, *Traité de droit médical* : éd. Hospitalières 1997, n° 101). Dans un arrêt du 18 février 1998, le Conseil d'État a affirmé que tant le principe de la liberté de choix du médecin par le patient que le principe de la liberté de prescription font partie des principes généraux du droit (CE, 18 févr. 1998 : *Juris-Data* n° 1998-050217 ; *RFD adm.* 1999, p. 47, note M. Joyau. – V. également CE, 14 avr. 1999 : *Dr. soc.* 1999, p. 600, comm. D. Truchet).

12 Selon l'article 5 du Code de déontologie, le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Ce principe a reçu une consécration législative, l'article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale disposant « dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins et assuré ».

II. La formalisation d'une relation: la force probante du projet de naissance

Insistant sur l'idée qu'il doit y avoir une véritable collaboration entre médecin et patient, la loi no 2002-303 du 4 mars 2002 précise que « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* » (C. santé publ., art. L. 1111-4, al. 1).

Par ailleurs, le Code de la santé publique prévoit que le médecin doit respecter la volonté de la personne et doit au préalable « l'avoir informé des conséquences de ses choix ». Surtout, « si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables » (C. santé publ., art. L. 1111-4, al. 2).

Le projet de naissance s'inscrit dans le cadre de la relation professionnel/patient dont le régime a été précisé par la loi KOUCHNER.

Il est ainsi possible d'identifier trois catégories distinctes en fonction des effets juridiques susceptibles d'être produits.

1. Il est d'abord une première catégorie qui comprend l'ensemble des demandes thérapeutiques formulées par la femme.

Cette demande thérapeutique s'impose-t-elle au professionnel ?

Rappelons que la liberté de prescription du médecin est un principe essentiel applicable à la médecine libérale comme à la médecine hospitalière.

Le médecin peut donc proposer les actes de diagnostic, de prévention et de traitement qui lui semblent les plus appropriés tant qu'ils sont conformes aux données acquises de la science.

Si le médecin ne peut passer outre la volonté du patient en lui imposant un acte médical, le patient ne peut à son tour lui imposer un choix thérapeutique qu'il estime injustifié. Conformément à l'article L1111-4 du CSP, toute personne prend avec le professionnel de santé les décisions concernant sa santé mais compte tenu des informations et des **préconisations** que ce dernier lui fournit.

La jurisprudence¹³ a régulièrement l'occasion de réaffirmer le principe de la liberté thérapeutique du professionnel qui trouve d'autant plus matière à s'appliquer dans le cadre de la naissance qui reste un acte non médical. A titre d'exemple, on ne saurait reconnaître à la femme la possibilité d'imposer au professionnel le choix d'une césarienne¹⁴ ou d'un déclenchement.

Conservant l'entière liberté du choix thérapeutique, le professionnel en conserve également l'entière responsabilité. Dès lors, un acte constitutif d'une faute médicale, quand bien même aurait-il été demandé par la femme, engagerait la responsabilité du professionnel tant sur le plan pénal que civil.

13 Trib. gr. inst. Paris (ch. des réf.), 29 novembre 2005, Bull. inf. Cass., 15 février 2006, no 333 ; CA Lyon, Chambre 6, 15 Mai 2007 – N° 04LY00116, 05LY01022 au terme de laquelle « L'obligation qui s'impose à titre général pour le médecin de respecter la volonté du malade l'empêche, sauf exception, de soumettre ce dernier à un traitement ou des examens contre sa volonté exprimée librement. Toutefois, il n'appartient qu'au médecin lui-même de déterminer les mesures qu'appelle l'état d'un malade, sans qu'en aucune façon il ne puisse accepter de se voir imposer la mise en œuvre d'une thérapeutique par la personne malade, quelle que soit la qualité de celle-ci. Par suite, la responsabilité du service hospitalier ne saurait être atténuée au motif qu'un acte médical dommageable a été sollicité par le malade lui-même ayant la qualité de chirurgien vasculaire ».

14 Cass. Civ 31 mai 2007, 03-19365, M. et Mme J. contre M. H ; la décision suivant l'avis de l'avocat général Jean Dominique Sarcelet selon lequel « Le respect de l'être humain doit conduire à admettre que l'accouchement est d'abord un acte naturel que seules les nécessités résultant d'un diagnostic éclairé peuvent conduire à muer en acte thérapeutique. »

Toutefois, il pourrait être reconnu qu'en ordonnant un acte, dont les conséquences dommageables sont certaines et connues d'avance, la victime commette une imprudence susceptible de contribuer à la réalisation du dommage, et que cette imprudence soit prise en considération pour diminuer sa créance de réparation, comme tel est le cas pour n'importe quelle autre faute de sa part.

2. Le projet de naissance peut également faire apparaître un refus de principe de médicalisation préventive et afficher une acceptation des risques associés à un acte non médical qu'est la naissance.

La question qui se pose est alors celle de l'éventuelle responsabilité du professionnel qui commettrait une imprudence, une négligence pour avoir respecté le projet de naissance. Pourrait-il en cas de dommage s'exonérer de sa responsabilité en justifiant que le projet révélait l'acceptation des risques par la femme ? Et à l'inverse, engage-t-il sa responsabilité s'il s'en éloigne ?

Une bonne illustration réside dans le souhait fréquemment exprimé dans certains projets de pouvoir avoir une délivrance naturelle.

Or, la jurisprudence refuse généralement que l'acceptation des risques efface par elle-même la faute consistant en un manquement aux devoirs généraux de prudence et de diligence, tels que ceux-ci sont exigibles de la part d'un professionnel de la santé. Lorsque la faute dommageable consiste en une imprudence, une négligence, ou à plus forte raison l'inobservation d'une règle légale ou réglementaire, la confiance exprimée par la victime à l'égard d'un professionnel de santé ne saurait en effet se retourner contre elle pour justifier une exonération partielle de la responsabilité du professionnel, tout au moins lorsque la réalisation du risque était éventuelle, ou que ses effets étaient indéterminés à l'avance.

Pour cette même raison, le professionnel de santé qui ne respecterait pas les attentes de la femme exprimées dans son projet n'engagerait pas sa responsabilité.

3. Le projet peut enfin exprimer le refus de certains actes de prévention, de diagnostic ou de soins.

La loi reconnaît au malade la possibilité absolue de refus de soin, le Code de déontologie d'une part enjoignant le médecin de respecter la volonté du malade, la loi no 2002-303 du 4 mars 2002 d'autre part faisant du malade lui-même le titulaire d'un droit au refus de soin, encore renforcé par les dispositions récentes de la loi sur le « Droit des malades et la fin de vie » (L. no 2005-370, 22 avr. 2005).¹⁵

La question qui se pose ici n'est donc pas celle de l'obligation du médecin de respecter ce refus mais bien celle de l'efficacité de celui-ci.

L'hypothèse est celle où la femme refuse de manière anticipée certains actes ou traitements, à la suite de quoi un dommage se réalise sans qu'il ait pu être prévu par avance avec certitude. Selon certains, dans ce cas, le refus serait frappé d'inefficacité faute pour la femme de pouvoir « *mesurer en temps voulu* » les enjeux de son refus.

¹⁵ On sait qu'aujourd'hui la question du refus de soins fait l'objet de dispositions plus précises et que l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, modifié en avril 2005, autorise les patients à refuser non plus « un traitement » mais « tout traitement ». Le passage du un au tout semble justifier l'abstention de gestes, même vitaux, s'ils sont refusés par le patient. Le texte, dans sa rédaction actuelle, prévoit le recours à un autre membre du corps médical, mais reste muet sur le recours au procureur de la République ; il ajoute, en outre, qu'« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

Toutefois il convient de nuancer cette position dans la mesure où, à notre sens, l'élément déterminant de l'efficacité du refus demeure l'information dispensée par le professionnel conduisant à une décision éclairée. Peu importe alors que le risque n'ait pu être prévu avec certitude (il l'est d'ailleurs rarement), il suffit qu'il l'ait été. Peu importe que le refus soit anticipé, voire de plusieurs semaines.

« *Mesurer en temps voulu* » ne peut signifier qu'« en ayant connaissance de tous les éléments ». Ainsi une modification de la situation conduisant elle-même à une modification du risque priverait d'efficacité le refus antérieurement exprimé.

Dans le cas contraire, le refus régulièrement exprimé¹⁶ exonère le médecin de toute responsabilité civile et pénale¹⁷ en ce qui concerne les dommages qui en résultent. Le non respect de ce refus par le professionnel est quant à lui constitutif d'une faute de nature à engager sa responsabilité civile et pénale. L'exemple le plus répandu est celui d'un refus d'épisiotomie pratiquée en vue de préserver le périnée. Si la femme exprime de manière claire dans son projet qu'elle a connaissance des éventuelles conséquences de ce refus, le professionnel ne saurait passer outre.

En conclusion, le projet de naissance peut produire des effets différents en fonction de ce qui y est exprimé et ne saurait, en soit, exonérer le praticien de toute responsabilité ou l'aggraver. Loin d'apparaître comme un moyen d'aménager ou de déroger aux règles légales régissant la relation femme/médecin, il en est une très bonne illustration. Il se veut une juste formalisation de cette relation au terme de laquelle, le professionnel reste quoi qu'il arrive le seul titulaire de l'offre de soins et la femme, seule titulaire du pouvoir décisionnaire. Information, loyauté voire tentative de conviction devant présider la rencontre des deux volontés.

¹⁶ Le contenu même du projet doit obéir à des règles précises, « permettant au juge d'acquiescer la certitude que la femme a réellement été informée, le médecin commettrait une faute en acceptant trop facilement le refus du malade, par exemple en omettant d'informer suffisamment son patient sur les risques graves que lui faisait courir son opposition à l'intervention envisagée » (Cass. 1^{ère} civ., 15 nov. 2005, no 04-18.180 ; BICC no 634, 15 févr. 2006) ; « Le médecin doit veiller à ce que le refus de soins du patient soit éclairé en cas d'opposition au traitement préconisé » - Commentaire par Patrick Mistretta JCP G 2006, II, 10045

¹⁷ Prolongeant par son caractère absolu l'exigence du consentement, le droit au refus ne saurait être transgressé et exonère le praticien des incriminations pénales : relaxe du chef d'homicide involontaire et d'omission de porter secours. (Cass.crim, 3 janv.1973, n° 71-91.820, D. 1973 jur., p. 220, note Levasseur G et n° 73-93.381, JCP éd G 1975, II, n°8038, note Mourgeon)

NOS MATERNITÉS PEUVENT-ELLES S'ADAPTER POUR RÉPONDRE AU PROJET DE NAISSANCE ?

*Israël NISAND
Danièle MIRISKY*

L'accouchement, moment naturel de la vie d'une femme, est communément étiqueté comme un heureux événement. Or les professionnels de l'obstétrique savent bien que des complications graves peuvent survenir et qu'elles seront d'autant plus mal acceptées qu'elles sont devenues exceptionnelles.

La parade médicale a été d'entourer la parturiente d'un luxe de précautions (dont certaines sont légitimes) qui se sont ajoutées les unes aux autres au fil du temps. Et ce mille-feuille sécuritaire est devenu un standard qui s'appelle « Bonnes Pratiques ». On n'y touche plus, sauf pour y ajouter une nouvelle couche, un nouveau masque.

Dans ce mouvement de protection des patientes et des médecins, les femmes ont été dépossédées progressivement de leur accouchement. Comment ne pas s'incliner devant les contraintes de la sécurité ? Les sages-femmes puis les médecins se sont approprié la naissance. Une autre voix se fait entendre aujourd'hui, avec un peu de retard sur d'autres pays où les maisons de naissance ont constitué la réponse des femmes au pouvoir médical absolu.

Au devoir des médecins succède désormais le droit des patients qui exigent une obligation de résultat en matière de sécurité mais aussi une information la plus précise possible. Or la naissance ne peut pas se décider ou se refuser comme un acte chirurgical, et l'information ne peut donc pas être aussi exhaustive.

Redonner la maîtrise de l'accouchement aux femmes sans pour autant perdre en sécurité devrait être l'objectif des professionnels de la naissance. Fixer les modalités de ce projet ensemble oblige médecins et sages-femmes à informer. Et oblige les femmes à opter, c'est-à-dire à montrer que l'information a été reçue puisqu'elles se sont prononcées sur les actes souhaités et sur ceux qu'elles préfèrent éviter. Ceci permet de maintenir l'intégralité des mesures de sécurité (dont beaucoup resteront à l'abri des regards), tout en rendant aux femmes qui le désirent la maîtrise de leur accouchement.

Une bonne stratégie consiste à s'approprier les éléments d'autonomie de la parturiente en les proposant au travers d'un projet médical commun pour y déroger si nécessaire. Ce document s'appelle « le projet de naissance ». L'ensemble des actes qui jalonnent un accouchement normal est alors examiné avec la sage-femme. Chaque fois qu'une option de faire différemment existe, elle est soumise au choix documenté du couple.

Ce travail, effectué par les sages-femmes, tient compte de l'évolution de la loi « Droits des patients » de 2002 et en décline les conséquences dans le domaine obstétrical. Il est tout simplement indispensable. Il n'engage pas les médecins et les sages-femmes à être des prestataires de service, puisqu'une demande prohibitive peut être refusée au nom de l'autonomie du corps médical qui conditionne celle des patientes.

1 CHU de Strasbourg

2 Cadre de l'Espace de la naissance à la Maternité de Haute-pierre

Chaque maternité devrait offrir aux femmes qui ont une grossesse normale, sans facteur de risque particulier, la possibilité d'un accouchement démedicalisé. Cette option est grandement facilitée par la rédaction en commun d'un projet de naissance qui n'engage personne mais éclaire chacun, juste avant ... l'heureux événement.

Les femmes qui prennent la parole sur l'accouchement³ demandent à ne pas être séparées de leur enfant après la naissance. Les soins aux nouveau-nés peuvent être différés le plus souvent, et quand ils ont lieu, se dérouler sous les yeux des parents. Le peau-à-peau immédiat et prolongé permet au couple et à l'enfant de faire connaissance dans l'intimité. C'est le temps de la première rencontre, des mots d'accueil et des bercements. Le temps aussi de la première tétée pour les femmes qui souhaitent allaiter.

Les soins à la mère dans cette période capitale de rencontre doivent se faire sur la « pointe des pieds » pour ne pas déranger ce moment unique dans la vie de la famille, où s'instaurent les premiers liens et probablement les plus importants. Il faut donc s'efforcer de les sauvegarder même en cas de pathologie ou de césarienne.

Repenser la naissance, c'est envisager le suivi de grossesse, l'accouchement, les suites de couches et le retour à domicile différemment sans y perdre en santé et en sécurité. C'est aussi s'inspirer des nouvelles analyses en matière de sociologie⁴ de la naissance qui pourraient insuffler une réelle humanisation dans nos pratiques⁵.

Aujourd'hui plus qu'hier, les couples souhaitent être associés au déroulement de la naissance. Repenser l'événement impose aux professionnels de la naissance de revoir leur copie alors qu'ils n'en voient pas toujours la nécessité. La dérive technicienne ne se justifie plus quand les moyens techniques sont maîtrisés, quand seuls un minimum de risques est envisageable et quand la proximité des lieux de soins permet à tout moment de modifier l'intervention.

Après une période où la sécurité de la mère et de l'enfant a dicté les règles qui ont structuré les salles de naissance telles que nous les connaissons, une nouvelle ère débute où les préoccupations communes s'orientent sur l'autonomie des parents. « Mothering the mother », disent les Anglais pour évoquer ce travail magique des sages-femmes qui font accéder la fille au statut de mère. Le vrai passage d'ailleurs, le plus difficile aussi, n'est pas la naissance proprement dite, mais le fait de devenir parents et là, tout est beaucoup plus compliqué.

Mais chacun le sait.

3 *Violence envers les femmes et pratiques obstétricales*. Octobre 2003. <http://www.institutdesmamans.com>

4 *Béatrice Jacques. Sociologie de l'accouchement*, PUF (Paris), *Partage du Savoir*, ISBN 978 2 13 055832 1, Janvier 2007

5 *Yvonne Knibiehler. Accoucher, Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*. Mai 2007. Editions ENSP

MERCREDI 21 MAI 2008 - APRÈS-MIDI

GROSSESSES MULTIPLES



RÉDUCTIONS EMBRYONNAIRES INTERRUPTIONS SÉLECTIVES DE GROSSESSES

Dr. Véronique MIRLESSE
Maternité- Hôpital BICHAT

Réductions embryonnaires et Interruptions sélectives de grossesse sont deux facettes fort différentes de techniques similaires aboutissant à la naissance d'un nombre de fœtus moindre que le nombre initial, soit par réduction, spontanée ou volontaire, précoce d'une grossesse multiple, soit du fait d'une pathologie fœtale amenant à une interruption sélective.

Le contexte et le mode décisionnel de ces deux types de geste sont très différents :

Les réductions embryonnaires (RE)

Le recours fréquent à la PMA (environ 5% des grossesses dont 50% de stimulations de l'ovulation, et le reste de FIV ou inséminations) accroît le nombre de grossesses multiples (les grossesses gémellaires sont de l'ordre de 1 % lors des conceptions naturelles, 20 % lors des FIV, 3,5 % dans la population générale).

L'enquête périnatale 2003 confirme les données générales de la littérature : les grossesses multiples sont des grossesses à haut risque. Les risques de prématurité (multiplié par 5 avant 32 SA), de retard de croissance (X 9 pour les poids de naissance inférieur à 2500g), de malformations fœtales sont accrus. Les morts nés sont 7 fois plus fréquents. La morbidité maternelle aussi est augmentée (risque de césarienne, transfert en réanimation ...).

La réduction embryonnaire est pensée comme un moyen de limiter les risques des grossesses multiples lorsque la surveillance de la stimulation de l'ovulation ou la limitation du nombre d'embryons réimplantés n'a su l'éviter.

Pour un couple en attente d'enfant, elle est malgré tout souvent vécue comme un déchirement, « le sacrifice des uns pour le bénéfice du ou des autres ». Dans le meilleur des cas, la question aura été abordée avant la PMA pour permettre aux couples informés des divers aspects techniques de mûrir leur décision.

La réduction embryonnaire est le plus souvent pratiquée sur les grossesses de rang 3 ou plus, pour les réduire à des grossesses gémellaires voire singletones. Certaines études, en effet, concluent que le risque final de prématurité est fonction du nombre d'embryon(s) restant(s). Par ailleurs certaines femmes porteuses de pathologie utérine (exposition au DES) présentent des facteurs de risque accru de prématurité.

Il existe une technique de réduction précoce par aspiration embryonnaire par voie endovaginale ou cervicale. Néanmoins, il est actuellement plus commun d'attendre le terme de 11-12 SA pour permettre aux réductions spontanées d'avoir lieu. Le geste est alors réalisé par voie abdominale sous contrôle échographique et après vérification de l'aspect morphologique embryonnaire et notamment la mesure de la clarté nucale. Il est, dans la littérature, grevé d'un risque d'environ 9 % de pertes fœtales en fonction du terme, du rang de départ et d'arrivée et des auteurs. Le(s) embryon(s) interrompu(s) sont préférentiellement en position fundique pour limiter le risque d'infection ascendante. Les embryons interrompus modifient peu l'évolution des embryons actifs. A terme, on retrouve parfois sur le placenta normal une petite trace de l'œuf interrompu.

Les interruptions sélectives de grossesses (ISG)

L'incidence des malformations est plus élevée en cas de grossesse multiple. Pour les grossesses dizygotes, ce risque est double de celui encouru pour une grossesse unique. Les ISG concernent alors le plus souvent les grossesses gemellaires dizygotes lors d'une pathologie fœtale malformative majeure sur l'un des deux jumeaux. Après un bilan usuel diagnostique puis pronostic, la décision d'interruption est prise selon les modalités usuelles dans un centre pluridisciplinaire agréé de diagnostic prénatal.

Il est impératif avant tout geste d'être certain de la chorionicité. En effet, l'ISG se fait par injection intra-cardiaque fœtale d'un sédatif associé ou précédant une injection de KCl ou de Xylocaine. L'étude internationale de Marc Evans recense 400 dossiers d'ISG. Le taux de pertes fœtales avant 24 SA est de 7,5%. Un consensus amène en France à ne pas réaliser d'ISG après 20-22 SA avec l'idée que la persistance in utero d'un fœtus arrêté pourrait compromettre l'évolution du co-fœtus (risque de rupture des membranes, infection ovulaire ou mise en travail spontanée). Ainsi, après 22 SA, la pratique la plus usuelle consiste à attendre à fin du troisième trimestre. Certaines équipes réalisent alors le geste foeticide en prépartum immédiat, d'autres en perpartum. Pour les grossesses monozygote, le risque de malformation est celui d'une grossesse unique et l'éventualité d'un recours à une interruption sélective est plus rare pour motif malformatif mais peut se discuter dans un contexte de STT. Les aspects techniques sont alors fort différents. Les circulations fœtales étant potentiellement en contact, aucun produit ne peut être injecté en intravasculaire fœtal. Plusieurs techniques sont proposées allant de la coagulation au laser, à l'utilisation de la pince bipolaire.

Dans un contexte d'interruption tardive de grossesse, l'interruption peut avoir lieu tout près, voire pendant l'accouchement. L'accueil simultané d'un enfant vivant et d'un enfant sans vie n'est jamais simple et doit être anticipé et discuté avec les couples. La simultanéité du deuil et de la joie est difficile à porter et reste longtemps comme un poids dans la famille. Une question commune aux deux procédures est de penser au discours donné aux enfants nés de ce type de grossesse...

Quelques références bibliographiques :

- Evans MI, Goldberg JD et al. *Selective termination for structural chromosomal and mendelian anomalies: international experience.* Am J Obstet Gynecol, 1999; 181(4):893-7.

- Eddleman KA, Stone JL et al. *Selective termination of anomalous fetuses in multifetal pregnancies: two hundred cases at a single center,* Am J Obstet Gynecol, 2002; 187 (5): 1168-72

- Yaron, Bryant-Greenwood et al. *Multifetal pregnancy reductions of triplets to twins.* Am J Obstet Gynecol, 1999; 180(5):1268-71.

LES JUMEUX EN UNITÉ DE NÉONATOLOGIE

Christian DAGEVILLE

Réanimation néonatale CHU NICE

Réseau Sécurité Naissance PACA EST – HAUTE CORSE - MONACO

I - Beaucoup de jumeaux en néonatalogie !

Par exemple : à Nice (niveau II +III) en 2006 :

- Nous avons comptabilisé 110 Jumeaux parmi les 560 admissions du service de néonatalogie, soit 20% des admis.
- Parmi ceux-ci, 45 jumeaux étaient nés avant 33 SA, soit 25% des 170 nouveau-nés de ce terme admis dans nos unités cette année là.

II - Pourquoi ?

Parce que les nouveau-nés jumeaux sont confrontés à 2 risques importants qui imposent une hospitalisation :

- le risque de la prématurité
- le risque du RCIU

III - Les jumeaux présentent un risque important de naissance prématurée

- 50% des jumeaux naissent avant 37 SA
- 15% des jumeaux naissent avant 33 SA

Si on compare les nouveau-nés jumeaux aux nouveau-nés de la population générale pour ce risque, on constate :

- le risque de naissance avant 37 SA est multiplié par 7 chez les jumeaux ;
- le risque de naissance avant 32 SA est multiplié par 10 chez les jumeaux.

IV - Les jumeaux présentent un risque important de RCIU

50% des jumeaux ont un poids de naissance inférieur au 10° percentile.

Si on compare les nouveau-nés jumeaux aux nouveau-nés de la population générale pour ce risque, on constate :

- le risque de poids de naissance < 10ème percentile est multiplié par 5.

D'autre part, plus le terme de la grossesse augmente, plus le risque de RCIU augmente.

V - Les jumeaux présentent un taux d'hospitalisation élevé

On constate que 40 % des jumeaux sont hospitalisés à la naissance, soit 4 fois plus que les nouveau-nés de la population générale, pour lesquels le risque est proche de 10%.

VI - Les jumeaux présentent un taux de mortalité périnatale élevée

Ce taux, dans la population générale est, en France, voisin de 6 / 1000.

La mortalité périnatale est, en cas de grossesse gémellaire, multipliée par 5.

VII - Les facteurs du pronostic en cas de naissance prématurée

1) Le terme de naissance est le premier facteur du pronostic

Très schématiquement on peut proposer quelques repères :

- Avant 24SA le risque de décès ou de survie avec séquelles lourdes est tellement important qu'une prise en charge intensive relèverait, le plus souvent, de l'obstination déraisonnable.
- A 24SA et 25SA, la décision est particulièrement difficile et les autres facteurs énoncés ci-dessous doivent être pris en compte ; dans ces cas-là le point de vue des parents est primordial.
- A partir de 26SA le pronostic s'améliore avec le terme et les soins intensifs sont légitimes.
- à partir de 33SA, on peut dire, pour simplifier, que les risques associés à la prématurité deviennent très faibles.

2) Mais la cause de la prématurité influe aussi sur le pronostic

La MAP simple présente de ce point de vue le meilleur pronostic, suivie des pathologies vasculaires de la grossesse si le RCIU, fréquent dans cette étiologie, n'est pas trop sévère. La rupture de la poche des eaux est responsable lorsqu'elle se prolonge, même en l'absence d'infection d'un état inflammatoire qui pèse défavorablement sur le pronostic ; la situation la plus sombre est représentée par la chorio-amnionite.

3) La qualité de la préparation à la naissance prématurée est un critère d'autant plus important que le terme est plus précoce

Cette préparation repose sur 2 piliers : la maturation foetale par les corticoïdes et l'organisation d'une naissance en niveau III après transfert materno-foetal en cas de risque de naissance avant 32SA.

4) D'autres facteurs doivent être pris en compte

Lorsque le terme de naissance est extrêmement précoce (24SA et 25SA), la réflexion doit intégrer les autres paramètres que sont :

- le sexe foetal (les filles ont une avance de maturité sur les garçons) ;
- la présence d'un RCIU associé (un poids de naissance inférieur à 600g est de mauvais pronostic) ;
- la vitalité à la naissance : l'état de mort apparente alourdit le pronostic d'une naissance à un terme extrême ;
- enfin les conditions socio-économiques ont aussi une influence sur le pronostic à long terme.

VIII - Quelques considérations relatives à la charge de travail représentée par les jumeaux

Lorsqu'ils sont accueillis dans un "gros" service de néonatalogie, type service de CHU, une paire de jumeaux va occuper 2 postes sur les 30 postes (environ) du service soit 1/15. A l'opposé, dans une petite unité de CHG de 6 postes, l'arrivée de jumeaux occupera d'un coup le 1/3 des postes !

La même considération peut être faite pour le personnel soignant : une paire de jumeaux va mobiliser à leur admission 2 puéricultrices sur les 6 d'une "grosse" équipe, alors qu'une petite équipe ne compte bien souvent qu'une seule puéricultrice par plage horaire.

IX - Quelques considérations subjectives

Dans notre expérience, le décès d'un des jumeaux plonge leur mère dans ce qui nous paraît être de la **confusion** (tout est mélangé, la vie et la mort) et de **solitude** (beaucoup, autour d'elle, ne semble pas comprendre son désarroi).

Dans notre expérience, jamais un jumeau vivant **ne peut consoler** ses parents de la perte de l'autre enfant.

Bibliographie

Unité INSERM 149. Enquête nationale périnatale 2003. <http://www.sante.gouv.fr>

Larroque B et al. Epipage study group. Survival cohort study of very preterm infants: EPIPAGE, a population based. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004; 89(2):F139-F144.

LA PERTE D'UN JUMEAU

Marie-José SOUBIEUX
pédopsychiatre, psychanalyste, IPP-NECKER

La perte d'un jumeau

Avant ma naissance, venait de mourir un frère... Quand je suis né, ils m'ont donné le même nom que lui : Salvador. A cause de cela, j'ai vécu toute mon enfance et toute mon adolescence portant agrippée à mon corps et à mon âme l'image de mon frère mort... A cause de cela, j'étais forcé de commettre constamment des excentricités et des actes truculents d'exhibitionnisme, pour me prouver d'abord à moi-même que je n'étais pas ce frère mort, et, ensuite pour le prouver aux autres. Grâce à ce jeu constant, consistant à tuer par mes excentricités la mémoire de mon frère, j'ai réussi le mythe des Dioscures : Castor et Pollux : un frère mort, l'autre immortel.

Salvador Dali

Introduction

La perte d'un jumeau au cours de la grossesse ou peu de temps après la naissance est devenue une situation de plus en plus fréquente, probablement en lien avec l'augmentation du recours aux techniques de procréation médicale assistée, celle-ci conduisant plus souvent à des grossesses multiples, mais aussi en raison de l'accroissement de l'âge maternel.

C'est une situation particulièrement complexe car à la singularité de la perte périnatale s'associe celle de la gémeauté. L'effraction traumatique que constitue le fait de fabriquer la vie et la mort en même temps, atteint ici les limites de l'extrême, les limites de l'inatteignable. Un enfant vivant, un enfant mort tous deux abrités par le même ventre, la même chair. Une chair mêlée de vie et de mort. Un enfant qui grandit dans cette chair là, un autre qui finit de mourir dans cette même chair. Comment penser son corps ? La mère peut-elle le ressentir comme sien encore ? Ce corps qui l'a trahie, ne va t-elle pas le désinvestir ? Continuer à en prendre soin pour que l'enfant vivant s'y développe requiert des capacités « hors du commun ».

Comment penser à l'enfant vivant sans toujours penser au mort ? Comment penser à l'enfant mort sans oublier le vivant ?

Deux bébés qui prennent des chemins opposés : le chemin de la vie et le chemin de la mort. Deux destins étroitement mêlés, deux destins éternellement liés.

Rester vivants, continuer à vivre et à penser, s'occuper de l'autre enfant et avoir de nouveaux projets relèvent véritablement de l'exploit pour ces parents.

Comment les équipes peuvent-elles accompagner ces parents et être au plus près d'eux dans ce parcours effroyable ?

Les particularités de la perte périnatale

La perte d'un jumeau pendant la grossesse est une situation où la singularité du deuil périnatal atteint son paroxysme.

Qu'est-ce qui rend le deuil périnatal si particulier ?

Si la mort périnatale désigne habituellement une perte comprise entre la 20^{ème} semaine de gestation et le premier mois de vie, pour moi elle concerne toutes les pertes qui surviennent pendant la grossesse quel qu'en soit le terme : réduction embryonnaire, fausses couche spontanée, IVG, mort in utero ou IMG.

Le chaos dans l'ordre naturel des choses, l'entrée fracassante de la mort au moment même du surgissement de la vie alors que les couples sont dans un devenir parents, les incertitudes et variations concernant le statut de l'objet perdu : un bébé, un fœtus, un monstre, un rien ? C'est bien tout cela qui rend ce deuil si singulier, si difficile voire « infaisable » pour reprendre l'expression de Freud.

Peut-on vraiment parler de deuil au sens habituel du terme lorsqu'il s'agit de la mort d'un fœtus ? De quel deuil s'agit-il lorsque l'enfant est non encore né, qu'il meurt avant ses parents et que l'entourage considère cette mort comme un non-événement¹ ?

Comment, pour les parents, faire le deuil de cet enfant qu'ils n'ont pas connu mais qui portait tous leurs rêves et qui devait assurer leur immortalité en les situant dans la chaîne des générations ?

Il s'agit donc d'un deuil particulier mêlant les registres narcissique et objectal, selon un gradient qui va du narcissisme extrême à l'émergence progressive du fœtus comme objet.

Les parents perdent une partie d'eux mêmes et tout ce qu'ils avaient projeté dans la relation au bébé.

Il va d'abord falloir survivre à l'événement avec ses propres ressources internes et son histoire. Chacun va devoir inventer quelque chose à partir de lui-même pour redonner une forme vivable à la vie.

Les particularités de la grossesse gémellaire

Pour mieux comprendre l'impact de la mort d'un jumeau sur le déroulement de la grossesse, les relations ultérieures mère-bébé et la vie de la famille, il nous semble important de reprendre les particularités de la grossesse gémellaire. J.Wendland a particulièrement bien étudié ces situations et nous reprenons ici un certain nombre de ses observations. Selon elle, c'est une grossesse à haut risque biopsychosocial.

La grossesse est une période bouleversante dans la vie d'une femme, nécessitant d'importants réaménagements psychiques. Lors d'une grossesse gémellaire les changements et adaptations auxquels la femme mais aussi l'homme vont devoir faire face sont encore plus complexes.

Tout d'abord, l'annonce à l'échographie peut engendrer un véritable traumatisme chez les futurs parents. Ils s'apprêtaient à rencontrer leur bébé, ce bébé imaginaire² qui a grandi en eux depuis leur enfance et ils découvrent deux embryons ! Après la stupéfaction, toutes sortes d'émotions et de sentiments surgissent alors : sidération, joie, bonheur, parfois colère, angoisse voire désespoir.

Entre désir et crainte, l'ambivalence vis à vis de la gémellité est une donnée constante. Il y a toujours un choc mêlé à un sentiment d'irréalité. Des peurs archaïques peuvent survenir : « cela me fait bizarre j'ai l'impression d'être dédoublée », « j'ai la sensation que je vais éclater ».

1 Marie-José SOUBIEUX, *Le berceau vide, Deuil périnatal et travail du psychanalyste*, Erès, coll. *La vie de l'enfant*, Toulouse, Janvier 2008

1 Jacqueline Wendland, *Le vécu psychologique de la grossesse gémellaire*, *Enfance et psy*, érès, 2007

2 Soulé M. *L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire* In *La dynamique du nourrisson*, Paris, ESF, 1983

Les grossesses multiples ont toujours fasciné la société quelles que soient les époques :

« D'un point de vue anthropologique, on peut rappeler que face à ces conceptions surnuméraires, les sociétés ont produit des explications opposées : ou bien le signe de reproduction abondante est un symbole de multiplication de force et de vie et les jumeaux sont alors les bienvenus ; ou bien cet excès devient une menace contre la fécondité, une annonce de mort et de stérilité perturbant l'ordre social. La naissance gémellaire inquiète alors parce qu'elle introduit un désordre dans la définition de l'identité de la personne comme dans la chaîne de filiation, avec cette question majeure des positions respectives d'aîné et de cadet » (Catherine Le Grand-Séville).

Aujourd'hui le côté merveilleux semble l'emporter sur le côté maléfique. Porter deux enfants renforce la toute-puissance de la femme devenant mère et son sentiment de plénitude. On parle parfois de « supermaternité ».

Progressivement les femmes se font à l'idée de porter deux enfants mais l'ambivalence peut cependant subsister. Elle pourra nourrir un sentiment de culpabilité si l'un des jumeaux décède. Parfois, le couple a du faire des traitements pendant des années pour avoir des enfants. Cette longue attente sans résultats ne les a pas toujours préparé à devenir parents et ils sont parfois bien démunis même si cette grossesse peut être idéalisée.

Le sentiment d'intégrité fragilisé habituellement par la grossesse unique est exacerbé lors de grossesse gémellaire. La prise de poids, la déformation du corps, les modifications physiologiques, les sensations d'inconfort sont ici majorés et peuvent contribuer à déstabiliser psychiquement la femme et lui faire perdre ses repères identitaires.

Les complications gravidiques sont plus fréquentes : menace d'accouchement prématuré (MAP), diabète gestationnel, toxémie gravidique, retard de croissance intra-utérin (RCIU)...De ce fait ce sont des grossesses plus médicalisées. Les femmes doivent s'arrêter de travailler plus précocement et diminuer très tôt leurs différentes activités. Elles savent bien qu'elles risquent d'accoucher prématurément, ce qui majore leur angoisse et leur sentiment d'une grande responsabilité. La crainte de perdre un enfant ou les deux est toujours présente notamment lorsqu'il y a eu des traitements pour hypofertilité.

Les sensations corporelles sont inquiétantes : « Dès les premières perceptions des mouvements fœtaux, la future mère de jumeaux s'aperçoit qu'elle ne peut pas toujours distinguer les mouvements de chaque enfant. Parfois les fœtus sont ressentis comme un amalgame indistinct, mystérieux et même persécuteur...parfois les femmes sont hantées par le fantasme de l'inceste entre les fœtus jumeaux ou se sentent exclues de la relation intime qu'elle imagine entre eux. » (Jacqueline Wendland).

Certaines femmes cherchent très précocement à distinguer les deux bébés comme pour déjà s'exercer à les reconnaître. Parfois ces différenciations peuvent conduire à de véritables clivages. Ainsi l'un sera le gentil, l'autre le méchant ou bien d'autres couples seront possibles, doux/brutal, gros/petit, ...

Parfois le plus grand est soupçonné de « manger la part » de son frère ou de sa sœur et de chercher à l'écraser. La mère peut projeter son enfant imaginaire sur l'un des bébés. Quel sera alors le vécu maternel si l'un d'eux décède ?

L'accouchement est souvent redouté, en lien avec l'imaginaire populaire fait de récits effroyables.

La perte d'un jumeau lors d'une grossesse gémellaire

Le moment de l'annonce est un moment particulièrement traumatique. Le choc de la découverte de la mort à l'échographie est toujours redoutable, que la grossesse soit unique ou multiple. Ici s'y associe la crainte que l'autre jumeau soit atteint « ils ont peur deux fois » (M.Dumoulin). Les femmes ont peur de mourir, elles aussi.

La coexistence de la vie et de la mort, impensable déjà lorsqu'un bébé décède au cours d'une grossesse unique ou à la naissance, prend ici un caractère encore plus réel. Il y a véritablement deux petits corps, un vivant et un mort

qui sont indissociables, enchevêtrés, emmêlés, le mort reposant sur le vivant qu'il empêche de grandir, le vivant grandissant aux côtés du mort qu'il maintient présent. Le vivant ne peut se construire que dans le rapport au mort.

Comment une mère va-elle supporter que sa chair abrite la vie et la mort à la fois ?

Processus de vie et processus de mort se superposent dans le corps de la mère mais aussi dans son psychisme « J'ai décidé de perdre la raison. Pour poursuivre la grossesse, garder les deux bébés, le vivant et le mort, je me suis efforcée de penser que le bébé mort était vivant » raconte une mère.

On voit bien comment les mécanismes de déni et de clivage sont particulièrement à l'œuvre pour maintenir la vie psychique. Souvent, pendant la grossesse, les femmes évoquent peu le fœtus mort, peut-être de crainte de « contaminer » le vivant ou de se contaminer elles-mêmes. Il en est de même de l'entourage voire des professionnels qui escamotent parfois cette mort. Une femme me racontait qu'à chaque échographie le médecin évitait de montrer le fœtus mort « j'étais effrayée, il était tout racorni, très petit par rapport à l'autre, c'était une tache sombre, l'échographiste passait très vite la sonde et n'en parlait jamais ». Ce clivage peut parfois inquiéter les équipes. En effet, de ce fait les femmes ne parlent que du jumeau vivant pendant la grossesse, faisant craindre parfois l'oubli du mort. Bien sûr il n'en n'est rien !

On peut s'interroger sur les représentations qu'ont les parents de leur fœtus mort. Sont-elles les mêmes que pour une grossesse unique ? Un bébé, un fœtus, une pièce anatomique, un rien, un monstre ? Il semblerait que la situation de gémellité renforce peut-être le statut d'humanité du jumeau décédé même s'il est parfois réduit à un saignement notamment en début de grossesse.

La découverte de la mort de l'un des jumeaux peut réveiller des peurs ancestrales quant à la gémellité. Autrefois, selon Gélis, elle était souvent le signe d'une faute de la femme qui se voyait punie par cette double grossesse. La mortalité maternelle et infantile élevée renforçait ces croyances. L'idée d'une menace virtuelle de l'un des enfants sur l'autre, de la représentation d'un danger, voire d'un châtiment ou d'une malédiction peut envahir les parents : « celui-ci est un rescapé, un diabolique qui a eu la peau de son frère ». La mère en veut aussi bien à l'un qu'à l'autre : l'un parce qu'il est le rescapé, ce qui le rend suspect, l'autre parce qu'il la rend malheureuse et l'empêche de vivre pleinement sa maternité avec l'autre bébé. S'engager dans le processus de parentalité relève de l'exploit lorsque celui-ci semble totalement brisé.

Le mouvement ambivalent autour de la gémellité peut donner corps à des fantasmes ou à des mouvements de désinvestissement d'un fœtus et alimenter ultérieurement des sentiments de culpabilité très vifs, lorsque l'un décède.

L'incompréhension de l'entourage, les réflexions impossibles à entendre « il vous en reste un » renforcent le sentiment de solitude notamment chez les futures mères qui se sentent parfois « lâchées » par leur conjoint : « Il faut se consacrer au vivant et y mettre tous nos efforts ». De ce fait ils ne parlent plus du bébé mort.

Et puis vient l'accouchement. Peut-on imaginer accoucher d'un enfant vivant en même temps que d'un enfant mort ? Une maman raconte : « A la naissance, la mort m'envahit à nouveau, le petit fœtus mort mais aussi tous les morts de ma famille. Soudain j'entends un cri, je suis très surprise, c'est presque surréaliste. J'en avais presque oublié que je donnais aussi naissance à un enfant vivant ». Etrangeté, perplexité, irréalité semblent l'habiter. Après lui avoir laissé quelques instants, on emmène son bébé car il a une détresse respiratoire. Elle entend quelqu'un qui lui dit « l'autre est en décomposition ». Des images terribles l'assaillent. Elle se retrouve seule sans bébé ni un vivant, ni un mort. Le temps est suspendu. Le temps s'étire interminablement. Dix jours vont s'écouler avant qu'elle ne retrouve son bébé à ses côtés. Elle se demande encore comment elle a pu survivre à tout cela « sans doute parce qu'il y avait Tristan » se dit-elle maintenant.

A la naissance, le bébé mort, « oublié » pendant la grossesse, reprend ses droits, accaparant toutes les pensées des jeunes mères qui peuvent se sentir coupables d'éprouver de la joie avec l'enfant vivant. Elles peuvent aussi se

sentir dangereuses et éviter de s'approcher de leur bébé comme s'il pouvait lui reprocher la mort de son frère ou de sa sœur, comme si le « secret » partagé les liait à tout jamais, l'obligeant sans cesse à penser au mort en même temps qu'au vivant.

Les parents se trouvent confrontés à une double problématique : l'attachement à un bébé et la perte de l'autre. Comment concilier deux inconciliables ? Les parents sont pris dans un double mouvement qui les plonge dans un terrible conflit de loyauté envers leurs jumeaux. Comment s'autoriser à être heureux ?

Comme avec l'enfant qui naît après la mort d'un fœtus ou d'un jeune bébé, les destins des jumeaux, déjà fortement intriqués habituellement, sont ici liés à tout jamais. La présence du vivant permet d'initier le deuil du mort, deuil qui pourra s'élaborer progressivement notamment à chaque date anniversaire ou moment clé du développement de l'enfant. En effet, ces événements scandent le temps et permettent à chaque fois de repenser voire de reparler de l'enfant mort. La menace de l'oubli est impossible. L'image du disparu est « entretenue » par l'enfant vivant qui prête son visage à celui qui manque.

Les parents interrogent souvent sur le vécu du jumeau survivant, véritable mystère pour elles. Les mères le regardent parfois avec inquiétude comme s'il avait vécu des choses effroyables qu'elle n'a pas connues : « Il a déjà connu la mort, il en sera marqué pour toujours ». Elles craignent que son jumeau lui manque toujours, qu'il souffre d'une solitude insurmontable : « Lui, qui était habitué à son frère à côté de lui pendant la grossesse, ne va-t-il pas ressentir le manque maintenant qu'il ne sera plus à côté de lui ? ». Ce sont sans doute leurs propres sentiments qu'elles projettent sur leur bébé. Sans doute pour elles une manière de garder vivante la mémoire du jumeau mort.

Quelle place l'enfant mort va-t-il prendre auprès des parents dans la construction de l'enfant vivant ? Quelle forme va prendre le double ? Va-t-il se manifester tel un fantôme errant persécuteur se rappelant sans cesse à son souvenir à chaque nouveau pas dans la vie ou bien veiller sur lui et devenir son ange gardien ?

Pour ces femmes, pour ces hommes, ce n'est pas seulement le deuil d'un enfant qu'elles doivent faire mais le deuil de jumeaux « Il y a deux jours j'ai vu une maman à la boulangerie qui avait des jumeaux. Cela a été extrêmement douloureux. J'ai compris que ce rêve ne se réaliserait jamais. Maintenant j'ai l'impression que je ne vois que des jumeaux, c'est insupportable ! ».

Conclusion

La mort d'un jumeau pendant la grossesse est une situation à haut risque psychologique car elle nécessite un travail de deuil simultanément à la mise en place des liens d'attachement entre le bébé vivant et ses parents. Elle nécessite une attention toute particulière des équipes pluridisciplinaires. Celles-ci doivent pouvoir supporter la conflictualité nécessaire des futurs parents et respecter leur rythme d'élaboration avec leurs défenses et leurs protections. Être à la bonne distance, ne pas les juger, accepter qu'elles ne parlent pas du jumeau mort pendant la grossesse et supporter aussi qu'elles ne parlent que de lui alors qu'elles ont leur bébé vivant dans les bras, leur laisser le temps est essentiel dans ces situations impensables. Les professionnels doivent pouvoir trouver leur place dans l'accompagnement des parents et du jumeau vivant sans pour autant faire l'impasse sur l'enfant décédé. C'est un travail extrêmement délicat. Le psychanalyste, par son écoute, sa contenance et sa fonction de médium malléable doit pouvoir aider les équipes dans cette tâche difficile ainsi que les couples déchirés entre la vie et la mort.

Bibliographie

- Blin D., Soubieux M-J. « La mort prénatale : à deuil infaisable, une issue la nostalgie » *Le Carnet Psy* 1997; 31:19-22
- Blin D., Soubieux M-J. « Perte périnatale : deuil, dépression ou mouvement nostalgique » *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent* 1999; 47:22-26
- Clerget Joël *Mort d'un bébé, deuil périnatal*, Spirale n°31, Erès, 2004
- Daffos F. *La vie avant la vie*. Paris :Calmann-Lévy,1995
- Ferenczi S., *Oeuvres complètes*, tome IV 1927-1933, Paris, PAYOT, 1982
- Fliss-Trèves M. *Le deuil de maternité*, Calmann-Lévy, 2004
- Freud S., « Deuil et mélancolie » 1917, trad fr J.LAPLANCHE et J-B PONTALIS in S.Freud, *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 147-174 1976
- Le Grand-Sebille C. *Des morts singulières In Le fœtus, le nourrisson et la mort*, L'Harmattan, 1998
- Legros J-P. *Mais que devient le corps... ? In « Mourir avant de naître », sous la direction de Frydman R. et Fliss-Treves M*, Paris, Odile Jacob, 1997
- Pinto da Rocha A., Arderius A. *La mort périnatale d'un jumeau*, Enfance et psy, Erès, 2007
- Soubieux M-J, Soulé M., « L'annonce » in *Grossesses à haut risque pour raisons fœtales sous la direction de F.Daffos et F.Jacquemard*, Ed Elsevier, 2003
- Soubieux M-J, Soulé M. *Que-sais-je « La psychiatrie Fœtale »*, PUF, août 2005
- Soubieux M-J *Mort prénatale : le deuil de ce qui n'a pas eu lieu in Expériences de la perte*, sous la direction de M.Juffé, colloque de Cerisy, PUF, octobre 2005
- Soubieux Marie-José, *Le berceau vide, deuil périnatal et travail du psychanalyste*, Erès, La vie de l'enfant, janvier 2008
- Soulé M. *L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire In La dynamique du nourrisson*, Paris, ESF, 1983
- Soulé M. et col. , *Introduction à la psychiatrie fœtale*. Paris : ESF, 1992
- Soulé M, Soubieux M-J, *Psychanalyse, médecine fœtale et échographie In Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 2003, n°32
- Wendland J., *Le vécu psychologique de la grossesse gémellaire*, Enfance et psy, Erès, 2007
- Zonabend F. *La mort : le chagrin, le deuil In Le fœtus, le nourrisson et la mort*, L'Harmattan, 1998

JEUDI 22 MAI 2008 - MATIN

MATERNITE ET PROBLEMES DE SOCIETE



REFUS DE SOIN : ASPECTS ÉTHIQUES

Pierre LE COZ

Maître de conférence en philosophie

à la Faculté de médecine de Marseille (EA 3783)

Espace Éthique Méditerranéen

Membre du Comité Consultatif National d'Éthique

Introduction

Le soin est une sollicitude qui englobe le traitement curatif mais ne se réduit pas à lui. Soigner ce n'est pas seulement sauvegarder la vie du patient ; c'est se soucier de sa qualité de vie, de son confort physique et son bien-être psychique.

Un soin peut se refuser au même titre qu'un traitement curatif. On ne peut pas obliger une personne à 'alimenter par exemple. La bienfaisance ne peut s'imposer au détriment du respect de l'autonomie.

Un problème éthique se pose néanmoins quand une personne s'oppose à un traitement réputé indispensable. Le cas de conscience semble d'autant plus aigu que le refus semble entaché d'un défaut de discernement ou lié à la situation de vulnérabilité particulière du sujet.

A priori, dans la mesure où les soins supposent le consentement du malade, la plus grande attention doit être portée à sa parole, même quand elle est hostile à une proposition médicale. Il n'y a pas de consentement aux soins là où manque la possibilité de les refuser. Cependant, dans certaines circonstances, le questionnement se présente à l'équipe médicale comme un véritable dilemme éthique.

I. LE REFUS DE SOIN POUR CAUSE IDEOLOGIQUE

Un exemple emblématique de ce dilemme est le refus de traitement pour motif religieux. Il s'exprime dans les communautés spirituelles cimentées autour d'un interdit. Dans les cas d'urgence vitale (hémorragie de la délivrance, accident avec hémorragie aiguë, leucémie, hémorragie digestive, etc...), l'équipe soignante se trouve face à un dilemme particulièrement grave : transfuser ou laisser mourir si telle est la volonté de la parturiente.

Dans son avis 87 intitulé « Refus de soin et autonomie de la personne », publié en 2005, le Comité national d'éthique estime que ce dilemme ne doit pas se résoudre par la force. Ce n'est pas en contraignant un témoin de Jéhovah à une transfusion que l'on parvient à une solution satisfaisante au problème de son refus de traitement. Il faut prendre au sérieux ses arguments, après l'avoir informé le plus clairement possible des risques majeurs que comporte sa position, dans des conditions d'environnement propices à sa liberté d'expression (dialogue singulier, absence de chantage, secret de la décision finale, voire proposition éventuelle de transfert dans un autre établissement).

Face à une mort apparemment évitable et au préjudice moral subi par l'entourage, l'opinion la plus communément admise en France est que le praticien est fondé à passer outre la règle du consentement en transfusant le patient contre son gré. Cette opinion est confortée par l'aspect communautaire de la décision de refus : comment ignorer que la personne vit au sein d'un groupe qui peut exercer une influence considérable sur son apparente autonomie de décision ?

Cependant, l'éthique et le droit médical sont fondés sur le postulat de la liberté des personnes. N'appartient-il pas au Témoin de Jéhovah de se soustraire in fine au dogme de son groupe et d'accepter la transfusion en assumant le risque de sa propre excommunication ? Certes, ce choix s'inscrit dans une « alternative déséquilibrée » : il doit s'opérer non pas entre un bien et un mal mais entre deux maux. Le sujet se voit contraint de sacrifier une des deux valeurs auxquelles il est le plus fortement attaché (sa vie ou son appartenance aux « élus »). Mais pour être contraint, il n'en demeure pas moins un choix effectif, ainsi que l'atteste le cas d'adeptes qui décident d'accepter la transfusion, assumant du même coup leur exclusion du groupe. C'est pourquoi le médecin ne peut se prononcer en fonction de l'appartenance (quelquefois temporaire) à telle ou telle communauté. Dans le principe général, il doit respecter l'autonomie de la personne.

II. Les situations extrêmes : le refus engage la survie d'un tiers

Cependant, même si on doit pousser le plus loin possible le principe du respect de l'autonomie du sujet, on doit en même temps tenir compte, en certaines circonstances, du préjudice imposé à un tiers. C'est la raison pour laquelle, dans son avis 87 de 2005, le Comité national d'éthique a admis que lorsque ce refus met en cause la vie ou la santé d'un tiers, il paraît légitime de le transgresser. C'est le cas d'un accouchement mettant en jeu la vie d'un enfant. Le refus de césarienne invoqué pour des raisons ethniques et culturelles expose l'enfant à un risque vital majeur. Le motif de la liberté de croyance ne peut être accepté.

Qu'en est-il du refus de transfusion qui expose un enfant non pas à la mort mais à l'orphelinat de mère ? L'avis 85 rappelle qu'une femme qui accouche dans un établissement de santé doit respecter les valeurs qui régissent son mode de fonctionnement interne. Si les soignants se doivent de respecter les valeurs des usagers du système de santé, la réciproque est également vraie. Le refus d'une prise en charge médicale liée au sexe du soignant se heurte à la fois au respect des valeurs de l'équipe médicale et de l'intérêt de l'enfant.

Il reste néanmoins une limite à l'interventionnisme médical : l'accouchement à domicile. Un quotidien national a fait paraître le 24 décembre 2007 un article selon lequel les femmes enceintes qui fuient les hôpitaux seraient de plus en plus nombreuses. Ce refus de la médicalisation de la grossesse est rendu possible par la soixantaine de sages-femmes qui accepte actuellement en France d'accompagner des accouchements en dehors de l'hôpital. L'idée qui prédomine dans ces pratiques à risque est qu'une femme est libre d'accoucher dans la position qu'elle veut. La grossesse devrait se dérouler dans des conditions plus naturelles qu'elles ne le sont de nos jours.

La responsabilité du soignant s'arrête au maintien du soin. On ne peut que se résoudre à accepter ces situations-limites, sachant qu'elles peuvent être alimentées par des convictions idéologiques réfractaires à toute objection rationnelle. Mais s'il est vrai qu'il y a dans toute idéologie une tendance à vouloir dominer, on peut s'interroger sur l'autorisation de sa publicité. Notre société doit-elle accepter que des sites électroniques assurent la promotion de l'accouchement à domicile (AAD) ?

LAÏCITÉ À L'HOPITAL : DROITS ET DEVOIRS DE CHACUN

Blandine CHELINI-PONT
Université Paul CÉZANNE, Aix en Provence

La laïcité est à la fois l'imaginaire national et l'esprit constitutionnel de la France. C'est ce deuxième aspect de la laïcité qui nous intéresse ici, sa dimension constitutionnelle. Traduit dans les articles de la Constitution, l'esprit de la laïcité inspire tout notre système juridique. Lui est soumis notre ordre légal, législatif et administratif. Le Conseil Constitutionnel d'un côté et le Conseil d'Etat de l'autre sont les ultimes gardiens et les garants de l'esprit constitutionnel. Leurs décisions, avis et arrêts sont de précieuses boussoles pour le rappeler ou le retrouver et ce faisant, permettre la « bonne santé » de notre Etat de droit.

Les principes constitutionnels qui traduisent la laïcité sont actuellement les suivants :

1. non confessionnalité et neutralité de l'Etat et de ses services
2. Egalité et non discrimination des citoyens devant la loi
3. Liberté de conscience, liberté d'opinion religieuse et liberté de culte pour les citoyens.

Ils se trouvent dès l'article 1 de notre Constitution « La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion¹. Elle respecte toutes les croyances ».

La non confessionnalité de l'Etat signifie qu'aucune religion n'est reconnue comme étant celle de l'Etat et que le droit de notre pays n'a pas une origine religieuse. Nous appelons également ce principe, celui de Séparation². Cette idée est très importante, notre Etat n'a pas de droit ni de loi qui obéisse à des impératifs religieux. Notre droit est fondé à partir des droits de l'homme (Déclaration des Droits de l'Homme et des citoyens de 1789) qui sont des principes universels tirés de la philosophie politique des Lumières européennes. La loi est « civile », elle concerne les citoyens. De nombreuses lois et libertés fondamentales de la République vont à l'encontre des traditions religieuses et de leurs commandements. Les lois et traditions religieuses ne sont pas prises en compte par le droit français, même s'ils peuvent avoir de nombreux points communs (comme la valorisation de la famille). Ils sont parfois en parfaite

¹ Ni de sexe, selon le Préambule de la Constitution de 1946, article 3, qui fait partie de notre Bloc de Constitutionnalité. « La loi garantit à la femme, dans tous les domaines, des droits égaux à ceux de l'homme ».

² La Séparation ainsi comprise dépasse l'existence de la loi de séparation de 1905 qui a défait le régime de relations (de reconnaissance publique et de financement) qui existait depuis un siècle pour quatre grandes religions en France. Mais, quand bien même ce régime serait modifié ou un autre régime de coopération existerait, ce qui est encore le cas en Alsace-Moselle ou dans d'autres territoires de la République où la loi de 1905 n'a jamais été appliquée, ils ne contreviendraient pas au principe supérieur de Séparation qui concerne l'indépendance de l'Etat et la « laïcité » de son système juridique.

contradiction (interdiction de la polygamie, autorisation de l'avortement, liberté sexuelle etc..). En même temps, aucune loi ne peut interdire la liberté d'opinion, (liberté fondamentale) qui recouvre la liberté de conscience et la liberté religieuse cad la liberté de croire, la liberté d'exprimer son opinion religieuse et la liberté de pratiquer sa religion avec d'autres (liberté de culte), autant de libertés considérées comme fondamentales et à valeur constitutionnelle, qui se retrouvent dans la Déclaration Universelle des droits de l'homme et la Convention Européenne des droits de l'Homme.

Il faut tout agencer ensemble. C'est parfois difficile car il faut concilier dans une même situation des principes constitutionnels et fondamentaux qui peuvent rentrer en contradiction. Par exemple, le devoir absolu de l'Etat de contribuer à l'instruction de la Nation (« L'organisation de l'enseignement public gratuit et laïque à tous les degrés est un devoir de l'Etat », Préambule de 1946) peut rentrer en contradiction avec le droit absolu des parents à éduquer leurs enfants comme ils le veulent (choix de l'école, transmission culturelle et religieuse, article 18 de la Déclaration universelle des droits de l'homme). Dans cet exemple et face aux conflits qui ont eu lieu à propos de l'école en France, le Conseil Constitutionnel a disposé en 1976 que la liberté de l'enseignement en France avait une valeur constitutionnelle, et pacifié définitivement la question.

Chaque époque connaît ses crises et ses agencements pour conserver l'équilibre des principes. L'hôpital est confronté aujourd'hui, à l'instar des autres services publics, à l'hétérogénéité grandissante de ses usagers. En même temps sa mission première n'a pas dévié, il doit accomplir son impératif de soin de la manière la plus égale qui soit. Dans le contexte actuel, il est devenu important de rappeler aux personnels et usagers de l'hôpital public quelques vérités qui allaient de soi il y a encore une quinzaine d'années. Des vérités sur ce que signifie un service public et sur ce qui est compatible entre le contenu du service public et la dimension religieuse des usagers, autre pan inévitable de la Laïcité française. Cet autre pan n'était pas particulièrement visible ou problématique il y a encore vingt ans. Mondialisation, réveil du religieux et réactions identitaires obligent, il existe désormais. Nier la dimension religieuse des usagers reviendrait à renforcer chez ceux qui la revendiquent une agressivité inutile. Plus gravement nier la dimension religieuse de chaque personne, alors qu'elle est un droit fondamental, reconnu dans nos textes par le recoupement de plusieurs droits fondamentaux, et également par la Déclaration Universelle des droits de l'homme ou la Convention Européenne des droits de l'homme, est à la fois anti-constitutionnel et illégal.

Bien sûr les mêmes règles s'appliquent à l'hôpital qui régissent les autres services publics : neutralité du service et égalité de traitement des usagers. Mais en même temps cet espace est le plus sensible qui soit à la dimension religieuse de la personne. Or il faut insister sur cette vérité constitutionnelle, la Laïcité c'est le respect de toutes les croyances, celles qui fondent l'autre dimension de la vie et bien souvent structurent les valeurs intimes. En quel autre lieu, ce respect a-t-il besoin d'être le plus appliqué? On ne demande rien d'autre au personnel de la Poste que de donner un peu plus gentiment le courrier et de faire des efforts pour que nous fassions moins la queue ! L'hôpital c'est bien autre chose. Cet espace, qui appartient à tous, prend soin du corps de chacun. Ce faisant il touche à l'intimité de nos personnes, notre nudité pas seulement physique, il a à charge le soin, dans le respect de l'espace privé que constituent notre corps de chacun, nos pensées et notre besoin d'être « séparé » et reconnu des autres. Il doit prendre en compte – au risque de se dénaturer- la pudeur individuelle, liée le plus souvent à la place assignée au corps, aux interdits –formes de respect qui pèsent sur lui dans les religions ou philosophies d'origine. Respect du corps, respect de l'intimité, respect de l'intime, autant de droits que l'hôpital doit assumer, comme le lieu exemplaire du respect de la dignité d'autrui.

D'autre part l'hôpital est le lieu des peurs, des souffrances, des espoirs et des désespoirs. Il est l'espace des passages, celui de la vie qui vient, celui de la mort qui arrive, celui des échecs devant la maladie et celui des guérisons et des rémissions. Il est le lieu de beaucoup de souffrances, mais aussi de beaucoup de dévouement, de solidarité, d'intériorité.

Pour toutes ces raisons, l'hôpital est le service public qui rencontre le plus aisément la dimension religieuse de ses usagers, plus ou moins marquée, plus ou moins visible, rarement absente.

Le malaise actuel vient plus de l'agressivité des revendications « à fondement religieux » d'un certain nombre d'usagers que de la peur que susciterait la dimension religieuse elle-même chez le personnel. Il faut donc ré-énoncer l'équilibre laïc mûrement réfléchi de notre système constitutionnel et rappeler à tous et chacun que si beaucoup est fait ou faisable pour respecter la conviction religieuse de l'utilisateur à l'hôpital, tout n'est pas possible non plus, car si « la liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui » (article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen), il y a de solides et objectives raisons qui limitent le respect de la conviction religieuse à l'hôpital, quand la prétention qui la soutient est exorbitante. Quand notamment cette prétention interfère sur les autres principes constitutionnels (non discrimination religieuse, sexuelle, raciale, respect de la vie privée, intégrité et inviolabilité du corps humain, liberté individuelle) ou qu'elle parasite le principe d'égalité de traitement et celui « vital » du bon fonctionnement du service.

Les règles rappelant l'équilibre laïc ont été récemment rappelées dans :

- La circulaire n°DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé avec effet immédiat. (circulaire récapitulative des textes, règlements et jurisprudences).
- La circulaire n° DHOS/P1/ 2006/538 du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (idem).
- La Charte du patient hospitalisé du 2 mars 2006, issue de la Circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B .sd4A/2006/90 relative aux droits des personnes hospitalisées.
- La Charte de la Laïcité dans les services publics, N° 52 09/ Sg du 13 avril 2007, édictée par le Premier Ministre et proposée par le Haut Conseil à l'intégration. (à afficher dans les services publics fermés –hôpitaux, prisons, établissements militaires- et dans les services d'accueil ponctuel- Caisses d'allocations familiales etc...- et à remettre aux administrés, au moment de la remise de la carte d'électeur, de la formation initiale des agents du service public, de la rentrée des classes, de l'accueil des migrants ou de l'acquisition de la nationalité française)

Si on récapitule tous ces textes, on a une vue d'ensemble assez claire de ce qui signifie la laïcité dans le cadre de l'hôpital.

I - LES DEVOIRS DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

- LA NON DISCRIMINATION et l'EGALITE DANS LE SOIN : ces deux obligations absolues signifient l'accueil et la prise en charge indiscriminée de tout malade quels que soient son sexe, sa race, sa religion (article L 6112-2 du Code de la Santé Publique³). La non discrimination s'applique également au recrutement du personnel des services publics (Préambule de 1946, article 5, « nul ne peut être lésé, dans son travail ou son emploi, en raison de ses origines, de ses opinions ou de ses croyances »). Elle s'applique également aux relations interprofessionnelles parmi le personnel. Cette obligation est vite énoncée, mais elle le fondement du service hospitalier. L'hôpital est de facto un lieu sexuellement mixte, racialement mélangé et socialement pluraliste, où les valeurs les plus fondamentales de la République sont exemplairement appliquées, dont l'article 1 de notre Déclaration des Droits de l'homme et du Citoyen « Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur

³ « les établissements assurant le service hospitalier, garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services... Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins ».

l'utilité commune ». Ces valeurs sont posées dans l'introduction du Préambule de 1946, « tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés », et dans l'article 11 du même Préambule « La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé.. ». Le principe d'égalité a également permis l'existence d'une dernière non-discrimination dont les textes fondateurs ne parlent pas mais qui en découle logiquement et qui reste le cœur du système sanitaire français, c'est la non-discrimination financière, au nom du principe d'égalité dans le soin, quel que soit le compte en banque de la personne qui est soignée⁴.

- LA NEUTRALITE :

Neutralité du service :

Elle signifie que le service n'a aucune « philosophie » à transmettre aux usagers, afin de respecter justement toutes leurs libertés « intérieures ». Le principe constitutionnel de neutralité a été dégagé et défini à la fois par le Conseil d'Etat et par le Conseil Constitutionnel et ce à plusieurs reprises.

Neutralité du personnel :

En première conséquence, les membres du personnel hospitalier, soignant ou administratif, contractuel ou statutaire, à l'instar des autres corps de fonctionnaires qui concourent à l'exécution du service public, ne doivent à aucun moment, dans l'exercice dudit service, faire état de leurs convictions religieuses, encore moins essayer de les transmettre (devoir de réserve). Aucun agent en contact avec le public n'a le droit de porter de signes religieux distinctifs visibles, notamment sur une blouse de travail comme la croix, la kippa ou le voile (jurisprudence constante du Conseil d'Etat). Le manquement à ces obligations face à des personnes en situation de fragilité ou de dépendance sera considéré comme une circonstance aggravante (Arrêt du Tribunal administratif de Paris du 17 octobre 2002, Mme E, cet arrêt a estimé légale la décision d'un établissement hospitalier public de ne pas renouveler le contrat d'une assistante sociale qui portait un voile). Le prosélytisme est complètement interdit de la part du personnel hospitalier⁵.

D'autres situations plus « personnelles » où relation et intimité se rencontrent – comme de parler religion ou expérience religieuse dans une conversation avec un patient qui le sollicite, comme prier avec un patient s'il en fait la demande et qu'il ne veut pas être seul - ne peuvent pas être systématiquement sanctionnées comme un manquement grave. S'il y a plainte ou mesure disciplinaire, le juge sera très attentif aux circonstances de la situation, comme le respect des obligations du service, la publicité ou la discrétion de l'événement, la gêne occasionnée vis-à-vis des autres malades selon le nombre de lits dans la chambre, etc...

Neutralité de l'espace hospitalier

Autre conséquence, l'espace hospitalier est considéré comme religieusement neutre. Aucun signe religieux ne peut être apposé dans les lieux de passage, les salles d'attente, les halls, les couloirs, les bureaux, les salles de consultation, les blocs opératoires, ni rajouté ou apporté par le personnel (Loi de séparation de 1905 qui interdit les signes religieux sur et dans les bâtiments publics). Mais les chambres occupées par les patients ont été considérées par la jurisprudence comme des espaces « privés » dans lesquelles les patients avaient droit à leur intimité. Le droit à la vie privée est également un droit constitutionnel, y compris à l'hôpital. Si les patients apposent un signe religieux dans leur chambre (genre statue de la Vierge de Lourdes en plastique avec de l'eau bénite à l'intérieur), il n'est pas possible de

4 Circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées « Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale ».

5 La circulaire de 2005 demande aux directeurs des établissements publics de santé de respecter strictement ces principes en sanctionnant systématiquement les manquements aux obligations et en signalant aux directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales toute faute commise par un agent dont l'autorité de nomination est le préfet ou le ministre. Des mesures de suspension ou de radiation seront considérées comme proportionnées au manquement.

le leur interdire –qui le fait ?-, pour plusieurs raisons, droit à l'intimité, droit à la vie privée, droit à la liberté de conscience. Idem pour le « bruit religieux ». Il est logiquement proscrit. Cela dit, qui ira porter plainte si un chirurgien opère ses patients en écoutant de la musique sacrée ? Qui va baisser le son de la télévision quand une vieille personne un peu sourde écoute la messe le dimanche porte de sa chambre ouverte ? Il y a une marge de souplesse qui est celle du bon sens. Le personnel acceptera ou non le signe ou le bruit religieux en fonction de l'espace ou du volume pris, de la visibilité ou de l'audibilité, de la discrétion ou pas, de la gêne ou non occasionnée pour les autres malades de la chambre s'il y en a, ou pour le personnel qui y pénètre.

Neutralité des usagers vis à vis les uns des autres

Par ailleurs, comme à l'école publique, le prosélytisme entre usagers est interdit. La Charte du patient hospitalisé de 1995, tout en confirmant la liberté d'action et d'expression des patients dans le domaine religieux, rappelle que « ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du personnel ».

Chacun sent bien que la frontière est ténue dans nombre de cas dont le « droit » strict ne parle pas et qui relève de la courtoisie, de la convivialité hospitalière, du seuil à la fois de tolérance et de gêne qui amèneront tel ou tel membre du personnel ou tel autre patient à rappeler à l'usager « démonstratif » les limites à ne pas franchir, ou au contraire à ne rien lui dire, parce que sa manifestation de spiritualité ne dérange personne.

II - LES DROITS « RELIGIEUX » DU PERSONNEL HOSPITALIER

La liberté de conscience du personnel hospitalier est entière. Ce personnel bénéficie comme n'importe qui en France de la liberté de croire (ou non) et de pratiquer (ou non) en dehors de ses heures de service, comme c'est également le cas des salariés du secteur privé. En conséquence, en dehors de ses heures de service, un membre du personnel qui se rendrait sur le lieu de culte mis à disposition dans son établissement de travail ne peut encourir de sanction. De même faire le ramadan pendant les heures de travail sera considéré comme une question de for intérieur, sauf si un lien de cause à effet est trouvé entre l'incapacité, l'inattention ou l'inefficacité dans le travail et l'état de faiblesse physiologique du au jeûne. Le personnel hospitalier peut également poser une demande d'autorisation d'absence pour célébrer une fête religieuse et la demande doit être prise en compte le plus favorablement possible en fonction des nécessités du service⁶. Ni plus ni moins que les autorisations d'absence pour fêtes religieuses dans le salariat du privé (Code du travail article L. 122-45 qui interdit toute mesure discriminatoire, directe ou indirecte fondée sur des convictions religieuses, et également article L. 120-2 qui limite la subordination inhérente au contrat de travail aux libertés du citoyen salarié quand elles ne concernent pas la nature de la tâche à accomplir)⁷.

Par contre, pratiquer son culte pendant le travail (aller prier par exemple en quittant momentanément son poste de travail) est considéré comme un manquement grave et peut être durement sanctionné selon la nature du poste et la responsabilité de l'agent. Si l'objection de conscience est un droit reconnu pour le personnel soignant, qui refuserait

⁶ Cour administrative d'appel de Paris, 4ème chambre, 22 mars 2001 : « le régime des autorisations d'absence des fonctionnaires constitue, au même titre que les congés proprement dits, un élément du statut des intéressés ; que, dans le silence des textes législatifs et réglementaires à ce sujet, il appartient à tout chef de service de fixer les règles applicables en la matière aux agents placés sous son autorité ; qu'en outre, tout chef de service tire de cette qualité, à l'égard de tous les agents placés sous son autorité, le pouvoir d'apprécier si l'octroi d'une autorisation d'absence est ou non compatible avec les nécessités du fonctionnement normal du service dont il a la charge ;

⁷ Cela dit, aucune disposition du code du travail ne sécurise les autorisations exceptionnelles d'absence liées à une fête religieuse. La HALDE a demandé dans sa délibération n° 2007-301 du 13 novembre 2007 que le Ministre du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité d'inscrire dans le Code du travail une procédure d'autorisation d'absence qui soit transparente et contrôlable, fondée sur des critères objectifs étrangers à toute discrimination)...

de pratiquer un avortement, c'est à des conditions très strictes, et cette objection ne peut être utilisée pour refuser d'effectuer certains actes « religieusement » impurs, comme soigner une plaie hémorragique, panser un malade d'un autre sexe, laver le sexe d'un ou d'une patiente, prendre soin d'une personne handicapée ou n'importe quoi d'autre.

III - LES DEVOIRS DE L'HOPITAL FACE AUX DROITS DES USAGERS

LA LIBERTE DE CULTE :

La Charte 2007 de la laïcité dans les services publics rappelle que la liberté de religion ou de conviction ne peut recevoir d'autres limitations que celles qui sont nécessaires au respect du pluralisme religieux, à la protection des droits et libertés d'autrui, aux impératifs de l'ordre public et au maintien de la paix civile. Nous pouvons rajouter en ce qui concerne les établissements hospitaliers, les limitations inhérentes à l'impératif de soin, de santé et d'hygiène. Les deux Chartes des patients hospitalisés (de 1995 et de 2006), prévoient que « tout établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies ». Un patient doit pouvoir « dans la mesure du possible », suivre les préceptes de sa religion, (recueillement, présence d'un ministre du culte, nourriture, liberté d'action et d'expression). Cette liberté concerne également les pratiques mortuaires. Comment cela s'organise-t-il pratiquement ?

- L'aumônerie

La circulaire du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers des établissements hospitaliers récapitule les règles de « service » aumônier auprès des usagers. Le principe de l'aumônerie est une « obligation à caractère législatif : « les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Le culte n'est pas explicité par le droit français mais par recoupement, il comprend la reconnaissance d'une personne qui l'accomplit (le ministre du culte), l'existence de cérémonies collectives (dans un lieu spécifique) et d'autres rites individuels.

La circulaire de 2006 déclare que « ce sont les aumôniers qui ont la charge d'assurer dans ces établissements le service du culte auquel (les usagers) appartiennent, et d'assister les patients qui en font la demande par eux-mêmes ou par l'intermédiaire de leur famille ou ceux qui, lors de leur admission, ont souhaité déclarer appartenir à tel ou tel culte ».

L'aumônerie d'hôpital est une obligation légale. L'article 2 de la loi de Séparation de 1905 prévoit la création d'aumôneries rémunérées par l'Etat dans ses propres services publics tels que lycées, collèges, écoles, hospices, asiles et prisons. L'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil doit comporter des indications sur les différents cultes et le nom de leur représentants ». Les aumôniers du culte ont seuls le droit de porter des signes religieux distinctifs (et pour cause !) au sein des établissements de santé comme le précise l'article R 1112-46 du Code de la santé publique. La circulaire de 2006 détaille longuement les conditions de recrutement rémunéré ou bénévole des aumôniers⁸, les cultes potentiellement pratiqués dans l'établissement selon le profil de leurs usagers, leur temps de mission (plein temps, mi-temps, à la demande), leur logement au sein de l'établissement s'ils sont à plein temps, leur période de congés, leur couverture sociale, leur remplacement... Tout n'est pas clair néanmoins sur le statut juridique et salarial des aumôniers, et ni cette circulaire ni une abondante jurisprudence n'ont réussi à dégager de certitude. Tout au plus, les aumôniers recrutés plein temps ont-ils un contrat de travail et une rémunération d'agent de Catégorie C, grille indiciaire 5. Ladite rémunération peut être majorée de l'indemnité de résidence et du supplément familial de traitement ! En régime concordataire le recrutement et l'assimilation au corps de la fonction publique des aumôniers hospitaliers s'applique de plein droit pour les quatre cultes reconnus (catholique, juif, luthérien, réformé).

⁸ le recrutement ou l'autorisation de service spirituel ne peut se faire de la part des chefs d'établissements que sur proposition des autorités cultuelles dont les aumôniers relèvent en fonction de leur organisation interne, (autonomie interne des cultes reconnue en droit français par la loi de séparation qui a créé les associations cultuelles). En l'absence d'une autorité religieuse clairement identifiée, il ne peut « être donné droit à une demande de mise en place d'un service d'aumônerie ».

L'aumônier, cela n'est pas précisé dans la circulaire, a également le droit de visiter les malades, de leur administrer (dans le cas du culte catholique) les sacrements, si le malade le lui demande et de l'assister par sa présence, ses prières et le rituel dont il est le dépositaire, dans ses derniers instants.

- le lieu de culte et les cérémonies cultuelles

Le lieu de culte est un élément obligatoire dans la vie d'un hôpital. La circulaire de 2006 stipule que le culte est célébré (donc avec des horaires fixes) au sein des établissements au sein d'une chapelle, pour les cultes qui peuvent s'y pratiquer ou dans une salle de prière rendue disponible à cet effet. « Il est possible –«énonce la circulaire- de prévoir une salle polyvalente, partagée entre différentes aumôneries, pour autant que les aumôniers des différents cultes se soient accordés. Le lieu de culte doit être correctement signalisé et les résidents de l'établissement disposer d'une information claire sur les différents services d'aumôneries de l'hôpital.

- fin de vie, mort et rites funéraires

- En fin de vie, les familles se voient garantir la possibilité de procéder aux rites et cérémonies prévus par la religion de leur choix. Le Décret du 14/01/74 précité indique que la personne en fin de vie est transportée avec discrétion dans une chambre individuelle du service pour que ses proches restent auprès de lui et l'assistent dans ses derniers instants, y compris spirituellement.

- Quand le patient est mort, le décret n°97-1039 du 14/11/97 relatif aux chambres mortuaires précise que « dans **toute** la mesure du possible, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit disposé dans la chambre mortuaire. Le texte n'est pas clair de savoir si les familles ont le droit de pratiquer les ablutions et lavements rituels du corps quand leur religion l'exige.

- Dans la chambre mortuaire, l'arrêté du 7 mai 2001 relatif aux prescriptions applicables aux chambres mortuaires, spécifie que cette dernière comprend au minimum un local de présentation du corps, un local d'accueil pour les familles et **peut** comporter une salle d'attente pour les familles et une salle de cérémonie (religieuse).

LE DROIT A L'INTIMITE ET A LA VIE PRIVEE

Dans la Charte de 2006 du patient hospitalisé, il est intéressant de noter, que l'article 8 « du respect de la personne et de son intimité » parle dans les égards qui sont dus au patient à sa croyance : « Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité». Il y a donc un lien de cause à effet entre religion et intimité, sur lequel il est possible de disserter à loisir.

- Nous l'avons vu, le patient a le droit de manifester son appartenance religieuse par des objets mobiles ou des signes propres qu'il dispose dans son coin de chambre ou sur lui si cela ne dérange pas le soin. Il a le droit de prier et d'être laissé tranquille quand il prie, seul, accompagné d'un aumônier, accompagné de sa famille ou de ses amis. Bien sûr, quand le patient est dans une chambre seule, cette liberté est totale, pour autant qu'elle ne perturbe pas l'organisation des soins. Quand la chambre est partagée, la liberté aussi...La prière ou les chants bruyants, la présence envahissante peuvent être strictement « réduites ».

LE CONSENTEMENT AU SOIN

(Par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, ayant donné naissance aux articles L 1111-1/2/3/4/5/6 du Code de la santé publique, le patient prend lui-même les décisions concernant sa santé, son traitement, sur les conseils des professionnels qui ont la charge de le soigner. « Le droit pour le patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale », a affirmé l'ordonnance du juge des référés du Conseil d'Etat du 16 août 2002.

Un patient peut donc refuser le soin au nom de sa liberté de consentir, et ce pour toute sorte de raison dont la raison religieuse⁹. On pense particulièrement au refus d'avortement thérapeutique, en cas de malformation fœtale. On pense également au refus de transfusion sanguine qu'un patient ou que les responsables légaux d'un patient mineur ou dépendant peuvent refuser. Le personnel soignant ne peut pas forcer une personne majeure ou possédant l'autorité parentale sur mineur de recevoir une transfusion sanguine si sa santé ne laisse craindre un danger immédiat pour sa vie comme le confirme l'ordonnance du tribunal administratif de Lille du 25 août 2002. Mais dans le cas contraire, la justice a clairement protégé l'obligation de soins : L'Ordonnance du juge des référés du Conseil d'Etat du 16 août 2002 a confirmé que « les médecins ne portent pas à cette liberté fondamentale (le consentement du patient en l'occurrence à la transfusion sanguine) une atteinte grave et illégale, lorsque, après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent, dans le but de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état ... un tel acte, lorsqu'il est réalisé dans ces conditions, n'est pas incompatible avec les exigences qui découlent de la Convention européenne des droits de l'homme ». La jurisprudence a été constante par la suite.

En cas de refus de soin, sa sortie (sauf urgence médicale constatée nécessitant d'autres soins, article R 2112-43) est prononcée par le directeur après signature d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse, un procès-verbal de ce refus est dressé. Un malade a a priori le droit de quitter l'établissement de soin où il se trouve.

Il y a toute sorte de cas de figures imaginables de refus de soin pour conviction religieuse. Celui des protocoles anti-cancéreux quand on croit à la magie ou au miracle de la prière, celui des protocoles anti-douleur quand on croit à la vertu de la souffrance et à la rédemption, le refus de la péridurale au moment de l'accouchement pour enfanter bibliquement etc... Là encore nous sommes à la frontière du droit. Si beaucoup de la loi de 2002 a été conçu pour éviter l'acharnement thérapeutique, favoriser la lucidité des patients et cesser de faire des détenteurs de soins, les « sachants » supérieurs et autoritaires face aux patients ignorants et passifs, la fantaisie –y compris spirituelle- des usagers n'a pas été envisagée par le législateur.

Tout au plus, la justice ne condamne pas les médecins qui outrepassent le refus de consentement du patient pour sauver sa vie. L'article L 1111-4 du Code de la Santé publique indique que le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus de traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

IV - LES « MESURES DU POSSIBLE » DE L'HOPITAL FACE AUX DEMANDES DES USAGERS

- Le libre choix du praticien :

L'hôpital doit, sur la base de l'article 6 du Code de déontologie médicale « respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin et lui faciliter l'exercice de ce droit ». ce droit est établi dans l'article L 1110-8 du code de la santé publique et est un droit fondamental de la législation sanitaire. Le Conseil d'Etat a confirmé qu'il s'agissait d'un principe général du droit (18 février 1998). Le libre choix du praticien et de l'établissement de santé est un droit fondamental. Si ce libre choix consiste à préférer une personne de son sexe par pudeur religieuse, il n'est pas en soi contraire à cet article. Le principe d'accommodement prévaudra, s'il est possible au moment x de la demande d'y répondre (notamment dans les visites de gynécologie). Mais le libre choix du praticien par le malade ne peut aller jusqu'à exiger ouvertement que le praticien soit ou ne soit pas de telle ou telle race ou de telle ou telle religion, exigence considérée constitutionnellement comme une discrimination. De même le

⁹ L'article L 1111/4 indique qu'aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et que ce consentement peut être retiré à tout moment

libre-choix ne peut pas aller à l'encontre du tour de garde des médecins ou de l'organisation des consultations, conforme aux exigences de continuité prévues à l'article L 6112-2 du code de la santé publique. En matière d'organisation des soins, le libre choix exercé par le malade ne doit pas perturber la dispensation de soins, compromettre les exigences sanitaires, voire créer des désordres persistants.

- Le régime alimentaire :

- L'hôpital doit proposer « dans la mesure du possible » un service de repas, kasher ou hallal, végétarien ou autre afin de répondre aux exigences alimentaires des usagers tirées de leurs religions quand elles sont pratiquées. Il faut que leur nombre soit suffisant pour justifier l'appel à un service de restauration spécialisée etc... Un projet de loi pour rendre ce respect obligatoire a été évoqué. Mais pour l'instant, pas tous les hôpitaux n'en disposent, et ce n'est pas encore une obligation légale.
- L'hôpital peut accepter que les familles juives très pratiquantes amènent repas et vaisselle après autorisation médicale.
- Des chauffe-plats peuvent être mis à disposition des malades qui font le ramadan, s'ils ont été autorisés à le faire après avis médical.

- Autres cas :

- L'hôpital peut prendre en compte les heures de shabbat pour les entrées et sorties des patients.
- L'hôpital peut prendre en compte les jours de fêtes religieuses pour la prise de r.d.v de consultation ou d'examen et accepter de changer les dates.
- L'hôpital peut pratiquer la circoncision (rituel postnatal juif et musulman pour les enfants mâles) qui n'est pas considérée comme un acte mutilant, qui toucherait à l'intégrité du corps humain. La circoncision médicalisée s'est généralisée. Après l'arrêt de la cour d'appel d'Aix-en-Provence du 23 avril 1990, confirmé par l'arrêt du 30 mai 1991 de la chambre criminelle de la Cour de Cassation, le chirurgien qui pratique une intervention chirurgicale dans l'exercice normal de sa profession jouit d'une immunité légale, dans la mesure où son intervention est justifiée par un intérêt thérapeutique. De façon plus générale, les faits sont justifiés lorsqu'ils répondent à certaines pratiques professionnelles rentrées dans l'usage. La circoncision en fait partie, dès lors qu'elle est effectuée selon les conditions chirurgicales réglementaires. L'autorisation doit émaner des deux parents et un seul ne peut accomplir cet acte de disposition (jurisprudence existante sur le cas de circoncision non consentie).

V - LES EXIGENCES « RELIGIEUSES » EXORBITANTES DES USAGERS QUI NE PEUVENT ÊTRE PRISES EN COMPTE ET PEUVENT ENTRAÎNER UNE SÉRIE DE RÉACTIONS DES PLUS SIMPLES (REFUS ET REFUS DE SOIN AUX PLUS GRAVES (ACTION EN JUSTICE)).

(C'est un petit catalogue à la Prévert qui n'est sûrement pas exhaustif)

En général :

- exiger d'être soigné en temps de garde ou en service d'urgence par une personne de même sexe. Exiger d'être soigné par une personne de même religion ou de même race au nom du libre choix du praticien
- refuser d'être soigné en temps de garde ou en service d'urgence par une personne de sexe opposé. Refuser d'être soigné par une personne de religion ou de race différentes au nom du libre-choix du praticien

Refuser la manière dont le soin est dispensé ou les impératifs d'exigence sanitaire pour motif religieux. Refuser d'être déshabillés ou dévoilés pour un acte médical ou chirurgical. L'expression de convictions religieuses ne peut

porter atteinte à la qualité des soins et aux règles d'hygiène, le malade doit accepter la tenue vestimentaire imposée compte tenu des soins qui lui sont donnés.

Exiger des blocs opératoires sexuellement séparés.

Exiger d'être accompagné pour une auscultation de son conjoint ou famille et inversement

Exiger ou refuser un traitement en nom et place d'un ou d'une patiente, pour raison de lien conjugal, familial ou d'autorité religieuse.

Exiger de jeûner si le médecin traitant le refuse.

Exiger des transfusions de liquide nourrissant kasher...

Exiger l'application à la lettre des prescriptions du shabbat dans la relation de soin

Exiger des transfusions de sang « discriminé », d'une personne de même sexe, de même race ou de même religion

Prier dans le couloir et les parties communes de l'hôpital

Diffuser de la littérature, cassettes ou matériel religieux aux autres patients ou au personnel hospitalier. Nul n'a le droit de porter atteinte à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leur proches.

Dans ces cas de figure, les patients peuvent essuyer un refus simple, un refus de soin de la part de l'établissement qui sera juridiquement justifiable, être priés, invités ou vivement conseillés d'aller se faire soigner ailleurs, dans un établissement qui accepterait ces exigences (du secteur privé) ou si les exigences en question ont créé des désordres persistants sur place, « le directeur de l'établissement prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées, pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé pour motifs disciplinaires en application de l'article R. 1112-49 du Code de la santé publique » (Cirulaire du 2 février 2005).

En obsétrique

Les parents ne peuvent exiger une réfection d'hymen, encore moins la prise en charge de l'acte –en cas d'urgence réparatrice d'un acte de chirurgie clandestine- par la Sécurité sociale. Si la demande est faite par la personne concernée et selon l'impératif exprimé, le praticien peut accepter de la pratiquer

Les parents ou futurs conjoints ne peuvent exiger des certificats de virginité. Si la demande vient de la personne concernée, le praticien peut accepter de le faire.

Les conjoints, parents ou famille ne peuvent exiger une intervention sexuellement mutilante pour « respecter la coutume » (toute forme d'excision et infibulation) pour soi ou pour un proche mineur qui sont des actes pénalement et lourdement sanctionnés en France (articles 222-9, 222-10 –Loi du 5 avril 2006- 222-16 du Code Penal). Par ailleurs toute mutilation sexuelle sur mineure ou personne dépendante constatée en auscultation entraîne automatiquement la levée du secret médical (article 226-14). Toute personne majeure mutilée peut porter plainte.

Les maris ou familles ne peuvent exiger une ré-infibulation après l'accouchement.

Nul ne peut poursuivre un praticien pour un acte de désinfibulation ou de chirurgie réparatrice sur une lésion génitale pratiquée par « coutume » religieuse.

Aucune patiente majeure ne peut exiger d'être accompagnée pour une auscultation, de son conjoint ou de sa famille, ni inversement. Dans les salles d'accouchement, seule une personne accompagnante est autorisée pour les besoins du service.

Aucun patiente ne peut exiger les arrêts de « machines », comme les appareils médicaux type monitoring en salle de travail ou refuser l'usage de l'électricité, de l'ascenseur (et même du tire-lait –déjà vu !-) le jour du shabbat.

Les femmes ne peuvent accoucher en burqa, ni habillée d'aucune tenue religieusement correcte.

Les accompagnants ne peuvent interdire la présence de personnel soignant hommes dans les salles d'accouchement, ni non plus la moindre méthode utilisée par l'hôpital pour l'accouchement, ni non plus l'usage de la péridurale quand la parturiente en fait la demande.

Conclusion :

- Face aux implications imprévues que les changements de notre société provoquent face au principe de laïcité, la formation du personnel hospitalier à ce qu'est la laïcité comme à ce que sont les religions est décisive. Connaître les pratiques religieuses et culturelles liées au corps permet une forme de sécurité et de confiance face aux situations « bizarres », inédites ou encore exorbitantes. Elles peuvent contribuer aussi à davantage de « respect » du patient, en permettant d'évaluer, à côté du soin clinique, le besoin de distance ou de signifiante que le patient attend du personnel hospitalier. Elle permet de clairement comprendre que des situations sont soit impossibles à concilier soit faciles à accommoder.
- D'un autre côté, établir des protocoles de « bonne conduite » des usagers en expliquant ce qui est ou n'est possible dans le cadre de leurs droits est plus que nécessaire et dans l'ensemble déjà fait.
- Outre la formation du personnel, les questionnaires de prise en charge du malade doivent s'intéresser, s'ils ne le font pas déjà, à l'intimité de l'usager, afin de la respecter au mieux. Ainsi, il serait efficace :
 1. de demander des renseignements sur l'appartenance ou non-appartenance confessionnelle, les habitudes alimentaires, le degré de pratique.
 2. de donner des renseignements sur les services spirituels dont l'hôpital dispose (lieu de culte, visite d'aumônier, prise en compte des régimes alimentaires)
 3. de donner des conseils de « bonne pratique religieuse » aux patients pratiquants (discrétion de la manifestation religieuse, interdiction du prosélytisme). Proposer en quelque sorte un protocole de « courtoisie religieuse ».
 4. de poser clairement les pratiques que l'hôpital ne peut et ne doit pas prendre en compte (refus de transfusion sanguine en cas de pronostic vital, discrimination sexuelle, religieuse ou raciale dans le choix du patient ou le choix du traitement)

Bibliographie :

Isabelle LEVY, *La religion à l'hôpital*, 2004, Presses de la Renaissance.

AGUILLY (Félix) / BATISSE DAUQUAIRE (Philippe) / BONELLO (Laurent) / et al.

HIRSCH (Emmanuel), éd. / DUPONT (Marc), préf.

Soigner après la mort : pratiques en chambres mortuaires. ESPACE ETHIQUE, 2004, n° Hors-série n° 3, 50p. "Les réflexions éthiques que les professionnels consacrent à leurs missions témoignent d'une compréhension nouvelle de la place des activités mortuaires en milieu hospitalier et de la conviction qu'elles ne peuvent plus longtemps demeurer méconnues, en quelque sorte reléguées aux confins des activités hospitalières, comme une nécessité qui s'impose mais dont on voudrait bien se passer." Ce supplément de l'Espace éthique aborde les thèmes suivants : Rites de la mort - Pratiques en chambres mortuaires - Espace de lieux des chambres mortuaires - La charte des chambres mortuaires de l'APHP.

Exemple récent de cas pratique :

Délibération de la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, n° 2007-210 du 3 septembre 2007 sur le refus de laisser une mère porter un niqab en accompagnant sa fille dans une chambre préopératoire où se trouvaient plusieurs autres enfants. La HALDE n'a pas conclu à la discrimination et donné raison à l'infirmière.

INCIVILITÉS ET VIOLENCES À LA MATERNITÉ

Dr Nathalie TORDJEMAN

Argenteuil

L'insécurité a été et reste une préoccupation centrale de notre société comme le démontrent les campagnes électorales.

Les seuls domaines internationaux aux attentats permanents, et du monde du travail avec ses grèves à répétition, semblaient atteints de ce Mal. On avait circonscrit ce Mal aux banlieues jusqu'à ce qu'une institution aussi sacralisée que l'Education Nationale soit atteinte !

Serait-ce alors le tour de l'Hôpital ?

Au Services des Urgences, cela avait toujours été le cas ; avec celui de la psychiatrie. Mais quid des Maternités ?

Force est de constater que le Mal se généralise dans toute institution sociale et que l'hôpital, dans son intégralité, ne saurait y échapper.

Mais qu'est-ce qui est ressentie derrière cette impression de violence ? A l'origine il y a bien sûr les actes d'agressions physiques toujours très impressionnants mais qui ne sont, en fait, que la partie émergée du phénomène. Le reste est composé d'une multitude d'infractions et de comportements malsains difficilement traduisibles et qu'on répugne à transmettre : utilisations de téléphone portable, mots agressifs, insultes, observations désobligeantes... Leur nombre en lente mais constante augmentation a fini par créer une ambiance lourde et désagréable à l'hôpital. Une certaine accoutumance à ces comportements 'incivils' avec une exaspération contenue a fini par gagner le personnel. Si bien que ce terme d'INCIVILITE a fini par englober toutes les atteintes aux biens et aux personnes : de la simple discourtoisie, au désordre de toute nature, jusqu'à la petite délinquance ... Bien sûr ces incivilités ne doivent pas être systématiquement attribuées aux seuls patients ; les soignants y ont quelquefois leur part.

Facteurs de détérioration de la vie sociale, les incivilités sont devenues une préoccupation des élus locaux.

Le gouvernement s'en est même fait l'écho par le biais du Ministre Claude Evin, président de la FHF, qui a lancé en Septembre 2003 une campagne contre les incivilités à l'hôpital. Cette campagne visait essentiellement à mettre en parallèle les impressions et opinions des patients avec celles de leurs soignants. Il s'est agi d'affichages percutants mettant en évidence que les perceptions des patients bien comprises auraient conduit à plus de politesses et de tolérances :

« On (les soignants) fait le maximum. Restez poli au minimum »

Cette campagne ne pouvait à elle seule éradiquer le Mal. Au moins a-t-elle eu le mérite de formaliser et diffuser le problème.

L'incivilité se pose malheureusement de façon si diffuse et si variable qu'il est difficile d'en saisir tous les tenants et aboutissants. Les incidents sont très peu superposables les uns aux autres. ... et leurs conditions rarement identiques.

En maternité les causes d'incivilité sont immanquablement les mêmes que dans les autres secteurs de soins, pour ne pas dire les autres secteurs sociaux... mais intervenant dans des conditions spécifiques, elles évoluent simplement de façons spécifiques.

Synthétique, les causes d'incivilités proviennent de l'infinie complexité du tissu social dont l'évolution a du mal à suivre, à la même vitesse, celle de la société.

D'un côté, le niveau social et intellectuel des patients croît sensiblement, les rendant plus exigeants en ce qui concerne les domaines de l'information et du degré des soins : donc plus exigeants dans les rapports humains et les moyens techniques ; donc plus demandeurs de présence de soignants et de thérapies....

D'un autre côté, le métissage de la population (sous l'angle mélange plus que sous l'angle croisement) conduit tout naturellement à des faces à face permanents de mœurs, mentalités, religions...autant de sources d'incompréhensions ! Quoi d'étonnant alors si ce multiculturalisme ne débouche pas en affrontement ! Il faut être aveugle pour ne pas ressentir qu'insidieusement s'opposent deux conceptions de la société : la laïcité et le communautarisme.

Toutes les mesures prises pour pallier aux causes d'incivilités sont rapidement contrecarrées par les effets de la mondialisation et de l'immigration alors que les moyens ne progressent pas en fonction des besoins.

Heureusement qu'avec le temps, certains cas d'incidents s'éliminent d'eux mêmes du fait de compréhensions réciproques et d'intégration progressive. Malheureusement, ceci n'est pas systématique car certains points sensibles, comme celui de la religion, appelle des solutions au sommet.

Dans ce contexte rien d'étonnant à cette impression de lenteur dans les réformes alors qu'ailleurs ' tout semble être acquis et de plus en plus vite'.

Rien d'étonnant aussi que l'Hôpital ait perdu de sa réputation de sacralité !

PRÉCARITÉ ET MATERNITÉ

Nicole SIMON-LAFAYE

Nice

La nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et au vieux travailleur, la protection de la santé, de la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain, qui en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables à l'existence. »

Préambule de la constitution de 1946,

repris dans la constitution de 1948.

La précarité si l'on en croit les spécialistes n'est pas un phénomène propre à notre société, ni historiquement ni géographiquement. Mais associé à la MATERNITE...La grande pauvreté est une blessure pour une société où domine le profit et qui se voudrait « riche et consumériste »

Comment prendre en compte ceux qui restent sur le bord de la route....Et en plus avec des enfants.

Pour qui est-ce un problème ?

Pourquoi ?

Et que peuvent faire les professionnels de la naissance que nous sommes ?

Ce n'est pas innocent si c'est à une sage femme de PMI que le comité des Assises s'est adressé pour traiter ce sujet...L'image que les professionnels de la santé ont de la PMI se réduit bien souvent à la prise en charge des populations « pauvres ». Or la PMI est un Service Public dont la mission première est la Prévention, sous l'autorité du Président du Conseil Général les départements doivent mettre en oeuvre des actions réglementées par la Loi du 12 décembre 1989, reprise et complétée dans le Code de Santé Publique en 2004, les dernières modifications de la Loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance sont insérées dans le code de la Santé Publique depuis janvier 2008. Ces actions concernent tous les publics et plus spécifiquement les personnes « nécessitant une attention particulière ».

Que veut dire attention particulière ? j'ai tendance à penser que toutes les femmes enceintes ont besoin d'attention particulière...

La PMI de part sa missions et ses moyens serait-elle mieux à même pour prendre en charge les familles en situation de précarité ?

La PMI est un service médico-psycho-social de prévention, ses personnels accompagnent les futurs parents, les « jeunes » parents dans ce processus de la parentalité (le père existe...) mais en aucun cas les services de PMI ne peuvent suivre des pathologies, ce n'est pas leurs missions hors comme bien souvent la mauvaise santé est une des conséquences de la précarité la PMI sera « coordinateur du suivi, en lien avec les services de suivi de grossesse à risque ou de pédiatrie ».

Avant d'avancer sur le « que faire ? » nous allons essayer de « comprendre le sens » du sujet proposé.

Voyons d'abord quelques définitions

Définir le champ de la précarité et de la vulnérabilité spécifique des femmes représente une difficulté conceptuelle et fait l'objet d'une abondante littérature.

1. Les dictionnaires :

« Caractère aléatoire, instable, incertain, fugitif, fragile ; discontinuité et intermittence » (Larousse, Littré)

« Pauvreté potentielle notion d'insécurité et de fragilité » (dictionnaire suisse de politique sociale-2005)

2. Les sociologues

- P. Bourdieu : « misère de position » : sentiment d'être attiré vers le bas, dans un mouvement qui nous échappe et ce, par opposition à « misère de situation » à propos d'une pauvreté objective.
- R. Castel : La précarité n'est pas seulement une situation dans laquelle les gens manquent d'argent mais, fondamentalement, elle est un état dans lequel ceux qui sont directement concernés ne peuvent avoir la maîtrise de leur avenir, ni le sentiment de pouvoir conduire leur existence.

3. Les dictons : « vivre au jour la journée », vivre au jour le jour ...:

4. Les ministères :

Le ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement (2005) définit la précarité comme " l'absence des conditions élémentaires permettant aux personnes et aux familles d'assumer normalement leurs responsabilités et de jouir de leurs droits fondamentaux. Il précise que les situations de précarité économique et sociale sont diverses et souvent cumulatives. Elles sont liées en grande partie à la dégradation du marché de l'emploi. Elles peuvent aussi avoir pour origine ou être associées à d'autres facteurs qui, en se combinant, risquent de faire évoluer vers des situations d'extrême pauvreté, à la limite de l'exclusion "

Autres notions souvent employées dans le langage habituel et pouvant entraîner des confusions :

- *La pauvreté*, vient du latin « pau per os » qui produit peu. Personne dans le besoin, misérable. En France sont considérées comme pauvres les personnes ayant un revenu inférieur à 681 euros par mois, et cela concernait en 2006, 3,7 millions d'adultes et 1 million d'enfants !
- *la grande pauvreté* se caractérise par une mise à l'écart des familles les plus pauvres: c'est l'exclusion sociale la lutte contre la pauvreté est un devoir démocratique, la misère est une atteinte fondamentale aux droits de l'homme.
- *L'exclusion* est une mise en dehors des grandes institutions sociales productrices de liens sociaux et socialisatrices que sont le travail, la famille, l'État, l'école, les dispositifs d'assistance et d'assurances, les mécanismes de participation politique et citoyenne. L'exclusion est un ensemble de ruptures (tant symboliques que sociales) plus un cumul de manques (sans...), de handicaps, une grande pauvreté, des déstructurations sociales et psychologiques, et parfois l'abandon de ses droits, voir l'oubli de soi. L'exclusion sociale entraîne une difficulté majeure, voire une impossibilité d'utiliser les services publics de manière constructive : la justice sociale impose que des mesures soient prises...

La définition de référence de la précarité :

Le rapport Wresinski donne la définition de référence en 1987 :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins

graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ».

**« Le précarité est une disqualification sociale, qui entraîne un état de désaffiliation sociale » (R.Castel)
C'est la rupture des LIENS**

Problème de société ?

La précarité

Etat des lieux

- L'insécurité socio-économique croissante dans le marché du travail, dans l'emploi, et dans le poste de travail : processus qui trouve ses racines dans la fragilisation de la position de groupes ou de personnes disposant d'un emploi et de conditions de vie jusque là considérés comme satisfaisants : d'où les mots : précarité, précarisation sociale et de précarisation du travail
- Face à une société globalement riche et qui continue de s'enrichir des phénomènes de pauvreté massive en augmentation, la multiplicité des formes précaires d'emploi l'impossibilité de se loger et de multiples conséquences, sur le logement, la santé, l'éducation, la participation à la vie politique et associative.
- Un processus d'individuation qui sape l'assise des solidarités de proximité
- La précarité conjugale et familiale
- Des revenus faibles ont une incidence sur les relations parents enfants. ces parents ont le sentiments de ne pas entretenir de relations harmonieuses avec « leurs » enfants. C'est significatif pour les femmes.

Donc tenir compte de ce qui relève de la part du « genre »

- Le boom des monoparents : un parent sur 5, dont plus de 50% de RMIstes et en majorité des femmes
- 1/4 des mères célibataires n'ont pas dépassé le collège ; souvent précaires de mères en fille la maternité les valorise...
- L'inégalité hommes femmes en matière d'emploi 1/3 des salariés cumulent temps partiel et SMIC, dont 80% sont des femmes

Les femmes sont majoritaires dans le commerce et les services : 85% des femmes y sont à temps partiels et 40% de ces temps partiels sont contraints.

Parmi les ouvriers les femmes travaillent plus souvent à la chaîne : 24% de femmes contre 7% d'hommes.

Le profil type des emplois « précaires » : une femme jeune, moins diplômée et moins qualifiée

Etrangers en situation précaire ?

La précarité qui affecte de nombreux migrants / étrangers peut avoir un retentissement important sur la périnatalité.

La prise en charge médico-sociale est entravée par de multiples facteurs

- > difficultés d'hébergement, instabilité de la résidence, insalubrité...
- > difficulté de communication
- > absence de protection maladie

Pour tous une culture de la survie où les démarches administratives et sociales priment le recours aux soins curatifs.

Critères de pauvreté ? de précarité ?

2% de la population française est en situation de précarité avec 6 millions d'individus concernés par les minima sociaux et 5 millions par la CMU

7% de la population est sans couverture complémentaire
4,5 millions de personnes vivent en DESSOUS du seuil pauvreté (580 € par mois), soit environ 7% des ménages,
Le RMI est de 441€ pour une personne, 661€ pour un couple)
L'AAH à 612,27 €
Le Smic à 1280 € brut
1,6 millions vivent sans douche ni toilettes
12,7% familles sont monoparentales
500 000 personnes vivent en hôtel, en meublé ou en sous-location
1/3 des "pauvres" ont renoncé à des soins pour des raisons financières

Parmi les femmes en situation de précarité, 37% sont précaires par des facteurs économiques seuls, 23% par des facteurs psycho-sociaux seuls et 40% associent les 2 facteurs. Parmi celles-ci une forte proportion de femmes étrangères, mineures, isolées ou de faible niveau de scolarisation.

Ces femmes se trouvent dans des situations socio-économiques et médico-psychologiques diverses allant de l'exclusion socio-économique à la grande exclusion, associées aux conduites addictives, aux violences conjugales, aux maltraitances et à la prostitution...

Leur point commun est un accès aux soins insuffisant voire inexistant, pour de multiples raisons... La préoccupation sanitaire passe souvent après la gestion du quotidien, c'est-à-dire après le combat pour la survie.

La maternité

Qu'est ce que la maternité ?

Cette fameuse capacité pour une femme à être mère, (mais où est donc le père?) Un vrai champs de mines si on cherche à définir ce concept...

Que nous en donne à voir les médias ? un merveilleux temps de la vie. Tout ce qu'il y a de mieux doit être « acheter » pour une grossesse « heureuse et un superenfant »

Et pour les professionnels? Ne se réduit-elle pas aux soins, à la « bonne santé physique?au « nursing »?

La grossesse n'est pas seulement un phénomène physique et chimique qui se produit dans l'utérus d'une femme, c'est aussi un remaniement psychique pour la femme, un événement familial, une " fête " culturelle dans un environnement social donné, l'arrivée d'un petit d'homme ébranle, bouleverse, l'équilibre de ces phénomènes et quand dans une famille l'un de ces éléments est fragilisé la naissance d'un petit va nécessiter encore plus d'attention et ces familles auront besoin plus que d'autres d'un accompagnement adapté s'appuyant sur les potentiels individuels, familiaux sociétaux...culturels.

C'est parce que la grossesse engendre une fragilité psychique en vue d'une nouvelle réorganisation nécessitée par la venue de l'enfant, que toute femme enceinte, tout couple nécessite une attention particulière....pour que la maternité soit synonyme d'épanouissement...Que chaque membre de la famille puisse trouver sa place et que ses compétences personnels soient reconnu et servent à l'équilibre de tous.

Comment vivre ce moment quand le bonheur n'est pas au rendez-vous, quand on n'a pas de domicile fixe ou quand on est maman seule, avec peu de ressources ?

Quels sont les besoins de ces mamans ?

Quels sont les lieux d'accueil ?

Comment les aider à créer le lien avec leur tout petit ?

Comment jongler entre précarité et Maternité ? Comment penser « parentalité?

Chez de nombreuses femmes l'exil renforce le désir d'avoir un enfant : un enfant lien entre ici/maintenant et là-bas/avant. La grossesse impose de prendre en compte non seulement la rencontre entre deux êtres (dont l'un est mature au moment ou l'autre est en développement), mais aussi entre deux tendances dans un contexte d'exil et de traumatismes, la pulsion de mort et la pulsion de vie.

On retrouve le même style de problématique chez la toute jeune femme enceinte qui cherche à réparer, à combler des manques bien souvent affectifs...

Si « le précarité » c'est la désaffiliation des liens sociaux l'arrivée d'un enfant va pouvoir permettre la « re-création » de liens d'abord avec le bébé , l'enfant est porteur de tous les espoirs et ensuite avec l'environnement grâce à l'accompagnement des professionnels autour de cet événement.

Quel impact sur la maternité

Le compte rendu de la Journée humanitaire du 8 mars 2006, consacrée à la précarité et à la santé parle d'expériences conduisant à des constats identiques :

- La précarité est un facteur majeur de prématurité
Dans un environnement social pauvre, s'accompagnant souvent d'un travail physique important les nouveaux-nés ont un faible poids de naissance (le taux de nouveau-nés de moins de 2500g est deux fois plus élevé dans la population de femmes en situation de précarité).
- Tout débute par un mauvais suivi de grossesse : les consultations anténatales sont moins nombreuses et initiées plus tardivement, avec une plus forte incidence des grandes pathologies comme la prématurité, le retard de croissance, la souffrance fœtale et les infections materno-fœtales.
- Pour les enfants la précarité est un facteur prédictif de problèmes graves de santé et de forts recours aux services de santé, notamment des urgences pédiatriques
- Les principaux problèmes pédiatriques rencontrés en cas de précarité sont : les accidents, les retards de développement, les difficultés scolaires, l'obésité, les problèmes digestifs, respiratoires et ORL, l'eczéma etc.
- L'accompagnement de la grossesse et de la naissance est une opportunité de contact avec le système des soins ceci dans un double souci de protection, de la mère mais aussi de l'enfant. Les plus démunies sont capables dans ces moments là, d'ancrer des relations, des certitudes, comme celle d'avoir l'aptitude nécessaire à s'occuper de cet enfant nouveau-né. Parce qu'elle réduit le sentiment de solitude, apporte une motivation, une force de vie et de combativité et la possibilité de se projeter dans l'avenir, la grossesse peut être un réel support pour les femmes « précaires ». Si nous dépossédons ces femmes de leurs capacités à s'investir dans les soins apportés à leur nouveau-né, que feront-elles ensuite ?.

Une des solutions serait d'organiser une prise en charge multidisciplinaire, en réseau, tant dans le domaine social (logements, droits sociaux, dossiers administratifs, ressources ...) que dans le domaine des soins médicaux et psychologiques.

Le dispositif Programme Régional d'Action, Prévention, Soins_ périnatalité, de prise en charge des patientes en situation de précarité, mis en place autour du CHU d'Angers est un bel exemple de ce qu'on pourrait faire pour :

- Optimiser la prise en charge de la grossesse,
- Pallier aux difficultés préexistantes ou inévitables à la grossesse,
- Préparer l'accueil de l'enfant.

Ce dispositif est intéressant car il montre que seul un travail en réseau peut résoudre les difficultés, mais ce n'est pas toujours simple car il y a risque de « se décharger sur ce dispositif de situations embarrassantes »

L'exemple du « réseau précarité maman » à Paris

Mille femmes enceintes se retrouvent sans logement tous les ans à Paris. En décembre 2005 le Centre d'action

sociale protestant (CASP) travaille à monter un réseau pour unir hôpitaux, médecins, associations et le Samu social. Il y a urgence pour stabiliser les femmes à la rue. Un groupe de travail a donc été mis en place par la DASS de Paris et le CASP a été mandaté par les autorités pour présenter un projet de « réseau précarité Paris maman » (RPPM). Ce réseau n'a pas vocation à pourvoir plus de logement social pour les femmes enceintes ou venant d'accoucher, mais à faire travailler ensemble tous les acteurs impliqués dans le suivi d'une grossesse : hôpitaux publics, cliniques privées, médecins libéraux, Samu social, associations, foyers d'hébergement d'urgence...

L'objectif recherché répond à un besoin de santé publique : permettre à ces femmes en précarité d'avoir un bon suivi médical de leur grossesse, dont 30 % sont pathologiques. Un tiers de ces femmes connaissent en effet des contractions précoces ou bien leur fœtus « ne se développe pas normalement car la maman mange mal et se repose mal »

Certains Conseils Généraux comme la Seine Saint-Denis proposent des groupes de parole de femmes enceintes migrantes en situation de grande précarité.

Au total, les problèmes posés par le champ d'étude (précarité sociale, économique, relationnelle...) sont encore en débat. Le souci des professionnels est de pouvoir reconnaître les personnes à risques. Des recommandations doivent être diffusées sur la formation et la sensibilisation des professionnels de santé au repérage de ces familles pour favoriser leur accès aux soins.

Comment repérer ces familles ?

S'appuyer sur les recommandations du PLAN « Périnatalité 2005-2007 et la Loi du 5 mars 2007 relative à la Protection de l'enfance et proposer à toutes les femmes enceintes dès la première visite médicale une rencontre avec une sage femme territoriale (et peu importe si cette visite est en fin de grossesse) afin de repérer avec ces futurs parents les difficultés et organiser avec eux le suivi et trouver les étayages possibles dans leur entourage (familial, associatif, services publics ressources...)

Ce qui va nous orienter :

Les personnes bénéficiaires de la CMU ,CMU complémentaire ou AME ,d' une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire.

Leurs revenus : RMI, l'AAH, l'API, l' allocation de veuvage....

Elles ont du mal à payer les médicaments ou les examens médicaux

Elles n'ont pas ou plus d' emploi ,ou alors il est à temps plein .

Elles sont à la recherche d'un emploi depuis moins de 6 mois ou d'un premier emploi

Il s'agit d'une femme seule

Elles ont des problèmes de logement.

D'autres indicateur de vulnérabilité

- Etrangères, avec ou sans papier,nouvelles arrivantes sur la région
- Mères très jeunes, grossesses très rapprochées
- Souvent en errance,on parle de sans domicile fixe...mais souvent domiciliées auprès d'associations caritatives (à NICE : Secours Populaire et Secours Catholique par exemple)

Faut-il une prise en charge particulière ?

C'est ce que souhaitait en novembre 2004 le Pr M. Mattei lors de la présentation du **PLAN « Périnatalité 2005-2007** : Humanité, proximité, sécurité, qualité »

« La précarité des femmes au moment de leur grossesse représente un problème de santé publique au regard des conséquences néfastes sur le nouveau-né, au nom de l'équité et de l'accès aux soins égal pour toute la population ».

Ce plan consacre un chapitre de trois pages sur ce sujet (voir annexes)

Les PRAPS 2007 en ont fait un de leurs objectifs

La loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance, consacre son premier titre à la prévention et place la PMI au coeur de ce dispositif. Ce n'est pas une nouveauté, mais dorénavant c'est le Président du Conseil Général qui est directement responsable de la mise en place des actions de prévention au lieu du médecin coordinateur qui restera bien sur chef du service. Aux actions définies auparavant (Annexe III) s'ajoutent pour ce qui concerne la périnatalité

- Un entretien « psychosocial ,obligatoire au 4e mois « de grossesse » (sic)
- Des actions découlant de l'entretien périnatal précoce à domicile
- Des visites précoces dès la naissance, en maternité et/ou à domicile

Je ne fais référence qu'au volet concernant la périnatalité, d'autres actions de prévention sont prévues pour la petite enfance bien que la plus grande part de la Loi s'attache à la protection de l'enfance et de l'adolescent.

La PMI au coeur du dispositif ?

Le Centre de PMI, sera, bien souvent le premier lieu " refuge " de la femme seule, pauvre, exilée et enceinte parce que souvent implanté dans les quartiers de proximité. Elle sait ,bien souvent que là le suivi est « gratuit »... La grossesse étant à priori physiologique elle pourra y être suivie si tout va bien, de même pour le bébé. Des visites à domicile d'une sage femme puis d'une puéricultrice pourront être proposées.

Selon la Loi du 5 mars en cas de vulnérabilité détectée au cours de l'entretien dit du 4e mois la PMI sera contactée pour des « actions de suite ». Au sein du service de protection maternelle et infantile les sages femmes territoriales ont pour mission première d'aller à domicile auprès des femmes enceintes « nécessitant une attention particulière ».

Parce que la grossesse est le lieu de réaménagements psychiques et relationnel important toutes femmes enceintes, quel que soit le contexte nécessitent un accompagnement global, et les familles en situation de précarité ont elles aussi droit à ce suivi global d'autant plus nécessaire qu'elles n'ont pas de moyens financiers et qu'elles ont besoin de se reconstruire, de rassembler ce qui était jusque-là éparpillé, pour se préparer à devenir mère de cet enfant qui peut devenir porteur d'espoir de réinsertion.

Les sages femmes de PMI sont des professionnelles ressources pour l'accompagnement des femmes et de leur famille dans des situations difficiles; elles sont formées à analyser les différents facteurs de vulnérabilité et leur retentissement sur la santé, sur les déterminants psychiques et sociaux.

Par un suivi clinique complémentaire de proximité, à domicile, elles vont permettre, en plus de l'accompagnement médical, l'émergence des compétences parentales et leur optimisation, l'objectif étant la prévention des dysfonctionnements des liens qui pourraient aboutir à une maltraitance, et .

Au pire à une dépression du post partum.

Les sages femmes de PMI s'appuient sur une équipe pluridisciplinaire (Psychologues, Assistantes Sociales, Puéricultrices, médecins, diététiciennes), les services de PMI sont particulièrement bien placés pour prendre en

charge les conséquences de la vulnérabilité sociale et psychosociale des femmes enceintes et des familles dès qu'est détecté un facteur de risque pour l'établissement du lien mère/enfant/famille.

Sur leur terrain d'intervention les sages femmes territoriales sont en interfaces avec un réseau " formel ou informel " de proximité.

Elles sont en liaisons régulières avec les services hospitaliers, la médecine libérale .

Elles travaillent en liens étroits avec les sages femmes libérales .

Elles connaissent les associations ressources sur leur territoire d'intervention.

Les Conseils Généraux sont membres des Réseaux Périnataux,

Les sages femmes territoriales sont représentées dans les Commissions Régionales de la Naissance, de même les médecins coordinateurs des services de PMI.

Les missions de la PMI peuvent ainsi être connues et reconnues.

La sage femme de PMI peut être la professionnelle référente sur laquelle s'appuie les familles « précarisées », et en qui elles mettent leur confiance.

Parce que toutes les études montrent une très forte morbidité et mortalité dans ces familles un travail en réseau est indispensable pour coordonner, accès aux soins, accès aux droits et accompagnement psychosocial pour prendre en charge le suivi périnatal global de ces familles.

La sage femme territoriale pourrait-elle devenir le pivot de ce réseau ?

ANNEXE I :

Plan Périnatalité 2005-2007

1.5. Par un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité

Adapter l'offre de soins aux besoins des femmes et des couples les plus démunis.

Contexte

C'est à la suite du rapport du Haut Comité de Santé Publique en 1998 (« la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé ») que les politiques ont pris conscience que les écarts de santé se creusaient entre les classes favorisées et les classes défavorisées alors que paradoxalement le système de santé français était classé comme le meilleur par l'Organisation Mondiale de la Santé. C'est pourquoi la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a créé les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), dans une logique d'équité en matière de santé, plus généralement de cohésion sociale.

Le PRAPS est un outil d'aide au changement. Il vise à décloisonner les politiques sectorielles ayant un impact sur la santé des plus démunis et les pratiques professionnelles, en particulier dans le domaine de la périnatalité.

Les mesures d'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité, préconisées ci-dessous, s'inscriront dans ce cadre.

Les inégalités sociales commencent dès la naissance

Des suivis médiocres ou inexistantes des grossesses, sont particulièrement associés à la précarité et la pauvreté, et responsables d'une plus grande fréquence des pathologies périnatales. Un certain nombre de femmes en situation de précarité, seules, avec un faible niveau scolaire, sans revenu autre que celui des aides publiques, n'ont pas accès

à un suivi de leur grossesse conforme aux normes prévues par la législation. Il s'agit notamment de femmes à la rue, de femmes migrantes en situation irrégulière, mais aussi parfois de femmes de foyers polygames, de femmes tsiganes, manouches, roms ... de femmes détenues et de mineures. Les risques médicaux encourus par l'enfant sont bien connus : retard de croissance intra-utérin, prématurité, syndrome d'alcoolisation fœtales, syndrome de sevrage, infections (tuberculose – VIH – hépatite ...) etc ...

Outre les enjeux médicaux, l'insécurité, ainsi que la non-reconnaissance des qualités et du rôle propre à la mère et au père peuvent non seulement compromettre les relations avec l'enfant, mais encore les relations mêmes au sein du couple. Pour l'enfant comme pour la fratrie, une grande part de leur avenir se joue dans cette période cruciale.

Il existe donc des enjeux médicaux – dans la mesure où ces perturbations peuvent retentir fortement sur le développement psychomoteur et la santé physique et mentale de l'enfant – socio-économiques par l'aggravation de la situation familiale notamment et psychologiques pour la mère, le père, l'enfant, la fratrie et leurs relations mutuelles.

Objectif

- Améliorer simultanément l'accès au droit, l'accès aux soins et l'accompagnement psychosocial afin de permettre aux parents en situation précaire de mieux assumer leurs responsabilités notamment de protection de leur enfant. Il importe donc de mieux mobiliser en période périnatalité des dispositifs existants, comme les PRAPS, et de les adapter aux enjeux de la naissance et de la parentalité.

Mesures

Améliorer l'accès aux droits

Pour accroître la sécurité matérielle et affective des parents et de l'enfant, il s'agit en particulier de :

- **Faciliter et simplifier l'ouverture des droits sociaux pour les grossesses à risques**, notamment en application la notion de « soins urgents » aux grossesses des femmes étrangères résidant depuis moins de trois mois en France, afin d'en permettre la prise en charge financière. Une circulaire sera publiée dans ce sens avant la fin de l'année.
- **Renforcer le dispositif des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)** pour répondre aux besoins des femmes en situation de précarité par la création de nouvelles PASS dans les zones déficitaires ou le renforcement de PASS existantes en fonction des besoins et des contextes déterminés dans les PRAPS et les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Il s'agit dans tous les cas de mettre en œuvre des modalités d'intervention diversifiées en activant les réseaux de santé et sociaux dans des partenariats adaptés et novateurs : PASS mobiles, postes mutualisés, conventions avec les acteurs de soins de ville : le financement sera prévu dans la circulaire budgétaire 2005, diffusée aux directeurs d'établissements de santé.

Adapter les pratiques des professionnels par l'information et la formation de l'ensemble des réseaux professionnels et associatif

- Mise en place avec le concours de l'Institut National pour la Prévention et l'Éducation en Santé (INPES) d'un **programme de sensibilisation aux enjeux d'un accompagnement approprié des futurs parents et des parents** vivant dans les milieux exposés durant la période périnatale. Il concernera tous les acteurs de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, les réseaux locaux et des programmes régionaux de santé, notamment dans le cadre du PRAPS. Il associera l'expérience des services de PMI qui ont un rôle majeur dans le soutien aux familles en situation de vulnérabilité en prenant en compte les besoins des personnes notamment celles liées à leur isolement. Il débutera dès 2005.
- **Favoriser l'intervention d'interprètes** dans les dispositifs de prévention et de soins. Le FASILD (fonds d'actions

de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations) consacrera une part de son budget pour soutenir des actions dans le domaine de l'interprétariat (domaine sanitaire et médico-social).

- **Mener une enquête qualitative et quantitative sur l'adéquation de l'offre d'hébergement d'accueil** (centres d'hébergement d'urgence, CHRS, centres maternels ...) aux besoins spécifiques des femmes enceintes. Cette étude sera réalisée en 2005.
- **Mise en place d'un groupe de travail interministériel** sur la problématique particulière de l'accueil et de la prise en charge des femmes enceintes et des couples d'origine étrangère.

Accompagner les personnes dans les démarches de soins

- **Mise en place d'un groupe de travail** pour étudier et envisager un dispositif pour inciter les futurs pères en situation de précarité à une démarche de prévention, auprès d'un médecin généraliste, au cours du premier trimestre de la grossesse de leur épouse ou compagne.
- **Renforcer et adapter les mesures de médiation** - 20 médiatrices de santé publique seront formées par an pendant 3 ans dans les régions à forte présence étrangère – et s'appuyer sur le dispositif « adultes relais » mis en place dans le cadre de la politique de la ville.
- **Développer le réseau des agents sanitaires de base** – 5 agents seront formés par an dans chacune des régions à population jeune fortement isolée.
- **Renforcer la vigilance** dans les points de rencontre les plus fréquentés par les femmes enceintes en situation de précarité (SAMU social, gares, plates-formes d'accueil) pour assurer une prise en charge rapide et adaptée ; des conventions seront établies entre l'Etat et les organismes concernés (associations, SNCF, RATP, SAMU social,)

ANNEXE II :

L'Aide Médicale de l'Etat (AME) vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, mais qui sont en situation irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande).

A titre exceptionnel, l'aide médicale peut être accordée à des personnes de passage sur le territoire français dont l'état de santé le justifie (maladie ou accident survenu de manière inopinée), sur décision individuelle du ministre chargé de l'action sociale.

La demande d'aide médicale est instruite par les caisses d'assurance maladie du régime générale. L'aide médicale est accordée pour un an sous les mêmes conditions de ressources que la CMU complémentaire.

Les soins de maladie et de maternité sont pris en charge à 100 % pour les bénéficiaires de l'AME, de même que le forfait hospitalier. 130 000 personnes environ ont eu accès à l'aide médicale de l'Etat en 2004.

La couverture Universelle de base (CMU)

La couverture maladie universelle de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.).

La prise en charge est faite par le régime général au titre de votre résidence en France. Bon à savoir : « les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever d'un régime obligatoire bénéficiaire, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, d'un maintien de droit aux prestations des assurances maladie,

maternité, invalidité et décès » (article L. 161-8 du code de la Sécurité sociale).

Ce maintien de droits pour les prestations en nature est de 4 ans (article R. 161-3 du code de la Sécurité sociale).

Les chômeurs non indemnisés, les jeunes sans activité cessant d'être ayant droit de leurs parents, les personnes séparées de leur conjoint se trouvent le plus souvent dans cette situation et n'ont pas besoin de faire jouer le critère de résidence pour être assuré social car ils bénéficient du maintien de droits.

La CMU complémentaire

La couverture maladie universelle complémentaire vous permet d'avoir le droit à une complémentaire santé gratuite. C'est donc la possibilité d'accéder aux médecins, à l'hôpital, etc., sans dépense à charge et sans avance de frais.

Elle est accordée pour un an sous conditions de ressources : l'ensemble des ressources du foyer des 12 mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond.

La CMU complémentaire prend en charge le ticket modérateur en soins de ville (consultation et prescriptions) ou à l'hôpital, le forfait hospitalier et, dans certaines limites fixées par la réglementation, les dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages (principalement en dentaire et en optique). Vos soins sont pris en charge à 100 % en tiers payant et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale. Elle est gérée par le couverture complémentaire par votre régime de sécurité sociale de base ou par un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurances, institution de prévoyance) qui s'est inscrit sur la liste préfectorale des organismes volontaires.

Les dossiers de demande de CMU complémentaire sont instruits par les caisses d'assurance maladie.

ANNEXE III : Code de la santé Publique, 2^e partie, Livre 1^{er} :

Service départemental de protection maternelle et infantile

Les compétences dévolues au département par l'article L. 1423-1 et par l'article L. 2111-2 sont exercées, sous l'autorité et la responsabilité du président du conseil général, par le service départemental de protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département.

Ce service est dirigé par un médecin et comprend des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Les exigences de qualification professionnelle de ces personnels sont fixées par voie réglementaire.

Article L2112-2

Modifié par Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 - art. 1 ()

Le président du conseil général a pour mission d'organiser :

- 1 - Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;
- 2 - Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ;
- 3 - Des activités de planification familiale et d'éducation familiale dans les conditions définies par le chapitre Ier du titre Ier du livre III de la présente partie ;

- 4 - Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;
- 4 bis - Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressés et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ;
- 5 - Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations et en particulier de celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L. 2132-2 ;
- 6 - L'édition et la diffusion des documents mentionnés par les articles L. 2121-1, L. 2122-2, L. 2132-1 et L. 2132-2 ;
- 7 - Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leurs tâches éducatives, sans préjudice des dispositions du code du travail relatives à la formation professionnelle continue.

En outre, le conseil général doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article L. 221-1 et aux articles L. 226-1 à L. 226-11, L. 523-1 et L. 532-2 du code de l'action sociale et des familles.

Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale mentionnées aux 2° et 4°, aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

Article L2112-4

Les activités mentionnées aux articles L. 2112-2 et L. 2112-3 sont gérées soit directement, soit par voie de convention avec d'autres collectivités publiques ou des personnes morales de droit privé à but non lucratif ; elles sont organisées sur une base territoriale en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population et selon des normes minimales fixées par voie réglementaire. Elles sont menées en liaison avec le service départemental d'action sociale et le service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Article L2112-6

Lors des consultations ou des visites à domicile, chaque fois qu'il est constaté que l'état de santé de l'enfant requiert des soins appropriés, il incombe au service départemental de protection maternelle et infantile d'engager la famille ou la personne à laquelle l'enfant a été confié à faire appel au médecin de son choix et, le cas échéant, d'aider la famille ayant en charge l'enfant à prendre toutes autres dispositions utiles.

Chaque fois que le personnel du service départemental de protection maternelle et infantile constate que la santé ou le développement de l'enfant sont compromis ou menacés par des mauvais traitements, et sans préjudice des compétences et de la saisine de l'autorité judiciaire, le personnel en rend compte sans délai au médecin responsable du service qui provoque d'urgence toutes mesures appropriées.

Lorsqu'un médecin du service départemental de protection maternelle et infantile estime que les circonstances font obstacle à ce que l'enfant reçoive les soins nécessaires, il lui appartient de prendre toutes mesures relevant de sa compétence propres à faire face à la situation. Il en rend compte au médecin responsable du service.

Article R2112-2

Les actions médico-sociales mentionnées au 1° et au 4° de l'article L. 2112-2 et concernant les femmes enceintes ont notamment pour objet d'assurer une surveillance régulière du bon déroulement de la grossesse et de la croissance foetale par le dépistage précoce des pathologies maternelle et foetale et leur prise en charge en relation avec les équipes obstétricales concernées.

Article R2112-3

Les actions médico-sociales mentionnées au 2° et 4° de l'article L. 2112-2 et concernant les enfants de moins de six ans ont notamment pour objet d'assurer, grâce aux consultations et aux examens préventifs des enfants pratiqués notamment en école maternelle, la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations.

Article R2112-5

Outre les actions de prévention médico-sociale individuelles ou collectives, le service départemental doit, soit directement, soit par voie de convention, organiser chaque semaine au moins seize demi-journées de consultations prénatales et de planification ou éducation familiale pour 100 000 habitants âgés de quinze à cinquante ans résidant dans le département, dont au moins quatre demi-journées de consultations prénatales.

Article R2112-6

Outre les actions de prévention médico-sociale individuelles ou collectives, menées notamment à l'école maternelle, le service doit, soit directement, soit par voie de convention, organiser chaque semaine pour les enfants de moins de six ans une demi-journée de consultation pour 200 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département.

Bibliographie:

OUVRAGES

- *Féminité, Maternité, précarité: Flore Mongin, Flammarion, 2006.*
- *Sociologie de la précarité, Maryse Bresson, Armand Colin, sociologie 128, 2007*
- *L'insécurité sociale, Robert Castel, 2003*
- *La précarité, Patrick Cingolani, PUF Que Sais-je, 2006*
- *Les conditions de vie défavorisées influent-elles sur le développement des jeunes enfants, ERES, Mille et uns bébés, 2005*
- *Devenir parents en exil, ERES, Mille et uns bébés, 1999*
- *Bébés d'ici, bébés d'ailleurs, ERES, Mille et uns bébés, 2003*
- *Enfants d'ici venus d'ailleurs, Marie-Rose Moro, Pluriel, Hachette littératures, 2002*
- *Parents immatures et enfants-adultes, Gisèle Harrus-Réviadi, Petite Bibliothèque Payot, 2001*
- *Au nom des pauvres, Cahiers d'histoire, N° 101, Avril-Mai 2007*
- *Gouverner la misère, la question sociale en France 1789-1848, Giovanna Procacci, UH, l'univers historique, seuil, janvier 1993*
- *Mémoires des solidarités, collectif, pratiques du champ social, Eres 1997*
- *Pauvres et marginaux dans la société française, Robert Bertaux, Presses universitaires de Nancy, 1994*
- *L'insécurité sociale, Robert Castel, Paris Seuil, La république des idées? 2003*
- *Etre parents en situation de grande précarité, sous la direction de MP. Poilpot, fondation pour l'enfance, ERES, 2001*
- *Préserver le lien parental, G. NERAND, PUF 2004.*
- *Un merveilleux malheur, B. CYRULNICK Edt odile Jacob*
- *La misère du monde. BOURDIEU. P. Paris. Seuil. 1993. p 943.*
- *Les instincts maternels, Sarah BLAFFER HRDY, Payot, 2002. p11 »la maternité: un champs de mines »*
- *Classes laborieuses et classes dangereuses, Louis CHEVALIER, Poche pluriel, 1978*

ARTICLES

- François Schreuer, *Politique*, octobre 2006
- Robert Castel, « et maintenant le précarat », *Le Monde*, 29/04:2006
- Marc Schalk et Marc Le Gallo « Quelques aspects de la problématique des travailleurs pauvres », *Le sillage* n° 1/06
- Marie-Rose Moro, « La passion de l'autre », *Profession Sage-femme*, n°141, fev 2007
- Réflexion: Grande Précarité, « accompagner l'allaitement maternel », *Profession Sage-femme*, n°141, fev 2007
- Dossier « Précarité et grossesse », *Profession Sage-femme*, n°122, fev 2006
- Catherine Robin, « Accueillir, soigner, résister », *la PMI un miroir de la société d'aujourd'hui*, *ELLE*, 5 nov. 2007
- Dr Pierre Hendrick (ATD quart Monde Bruxelles), « Familles en grande pauvreté et professionnels de Santé Maternelle et infantile, Intervention au colloque du syndicat des médecins de PMI ,Nov;1992...

ETUDES

- Etude Abena 2004-2005: « Comportements alimentaires et situations de pauvreté, Christine César
- HAS: « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiés³, recommandations Mai 2007
- Délégation Régionale des affaires Sanitaires et Sociales de Provence-Alpes-Côte d'Azur: indicateurs de santé et sociaux des territoires de santé ,région PACA, fev.2005
- Mémoire de l'Ecole Nationale de de la Santé Publique, Précarité et sortie de maternité Questions posées, Michèle Brian, 2005

Voir aussi le compte rendu de la Journée humanitaire du 8 mars 2006 sur la toile.

MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

Sandy GRIMA
Avignon

La sage-femme face aux mutilations sexuelles féminines

Sandy GRIMA, Sage-Femme, D.E. Marseille, 2004

Aujourd'hui, cent trente millions de femmes dans le Monde sont sexuellement mutilées. Chaque année, trois millions de fillettes sont mutilées et deux millions de femmes mutilées arrivent au terme de leur grossesse.

En France, 126 000 à 183 000 fillettes sont menacées de l'être.

Les mutilations sont la cause de nombreux décès chaque année et les complications qu'elles entraînent sont lourdes tant sur la santé physique, que psychologique ; à court, moyen et long terme.

La France a fait en 2006 de la lutte contre les mutilations sexuelles féminines une priorité. Le défi étant d'éradiquer les MSF en France d'ici à 2010 et en Europe à l'horizon de 2015. Pour se faire, l'ensemble des professionnels de santé susceptibles d'être en contact avec des fillettes menacées d'excision ou de personnes susceptibles de commettre dans leur famille des excisions doivent être formés : médecins, sages-femmes, infirmières, puéricultrices et auxiliaires de puériculture.

Les objectifs de cette formation sont de permettre aux professionnels de la maternité de :

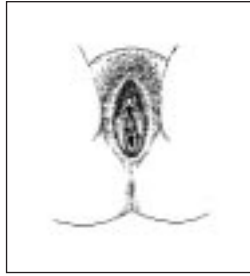
- Identifier les patientes à risque d'être mutilées
- Poser un diagnostic précis du type de mutilation
- Connaître le contexte socio-culturel qui entoure ces pratiques
- Evaluer les facteurs de risques de complications en fonction du type de mutilation
- Etablir une prise en charge pluridisciplinaire adaptée
- Connaître la législation
- Faire de la prévention

Les maternités constituent le point de départ de la prévention.

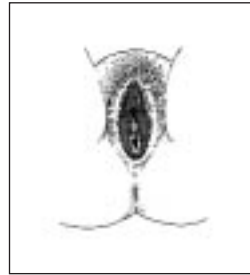
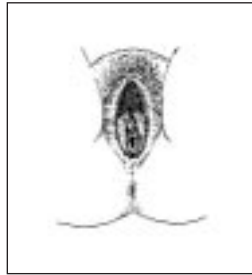
1. Définition et classification des MSF selon l'OMS

Les mutilations sexuelles féminines recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux féminins pratiquée pour des raisons culturelles ou religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique. Il y a différents types de mutilations sexuelles dont on sait qu'ils sont pratiqués aujourd'hui, à savoir :

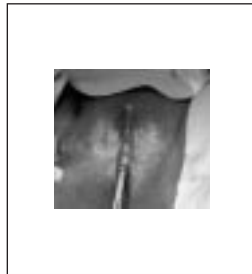
- Type I – excision du prépuce, sans excision du clitoris ;



- Type II – excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres (80% des cas) ;



- Type III – excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation)



- Type IV – Il regroupe toutes les mutilations non classées :



- Piqûre, perforation ou incision du clitoris et/ou des petites et des grandes lèvres ;
- Etirement du clitoris et/ou des lèvres ;
- Cautérisation par brûlure du clitoris et du tissu avoisinant ;
- Incision Angurya est l'ablation de la boucle de l'hymen ;
- Incision Gishiri est une incision du vagin ;

- Introduction de substances corrosives ou de plantes dans le vagin pour provoquer des saignements ou pour resserrer ou rétrécir le vagin ;
- Introcision : forme de mutilation réalisée par les aborigènes Pita Pita en Australie et qui consiste à élargir l'orifice vaginal en le déchirant vers le bas à l'aide de trois doigts attachés par une ficelle d'opossum. C'est la seule mutilation réalisée par un homme.
- Réinfibulation : Elle est réalisée après chaque accouchement, afin de redonner à la vulve son aspect précédant le mariage.
- Enfin, toute autre intervention qui répond à la définition des mutilations sexuelles donnée plus haut.

2. Rites, Culture et Traditions

a. Les origines des MSF :

D'origine païenne, l'excision s'est développée bien avant l'apparition des religions monothéistes. On parle de circoncision pharaonique pour définir l'infibulation, car deux momies de sexe féminin, datant du Néolithique inférieur présentaient des cicatrices génitales évocatrices de l'infibulation.

b. Le mode opératoire :

➤ L'excision :

La future excisée est le plus souvent une enfant ou une préadolescente, d'âge variable. La tendance va quand même vers une intervention en très bas âge (juste après la naissance jusqu'à 7 ans), mais des cas d'excision précédant le mariage sont également connus.

L'opératrice est dans la majorité des cas une femme, appelée exciseuse pouvant appartenir ou non à une ethnie ou une caste (Tisserands, Forgerons ou Bottiers) distincte de la société au sein de laquelle elle exerce son art. Dans la plupart des cas, cette « profession » se transmet de mère en fille.

La phase préliminaire : dans la plupart des sociétés africaines animistes ou récemment islamisées et même christianisées, il existe des prescriptions rituelles d'autant plus élaborées, qu'elles s'inscrivent dans un processus initiatique de passage de l'enfance à l'âge adulte, souvent témoigné par le changement de vêtements. Les quelques jours avant l'opération, consacrés aux visites des membres du lignage et des amis, se terminent par une fête avec des danses à laquelle participent les futures excisées.

L'excision se déroule souvent en brousse, où l'on amène le groupe de jeunes filles du village. Les instruments utilisés sont souvent des couteaux, des lames de rasoir, des tessons de bouteille,..., non stérilisés et réutilisés pour chaque « opération ». La petite fille est amenée complètement nue, elle est couchée sur le dos contre la terre, et maintenue par une ou deux femmes désignées par l'exciseuse pour l'assister, les bras en arrière (37). L'opératrice se place face à elle et pratique l'excision du clitoris, plus ou moins les petites lèvres. La petite fille doit être courageuse et ne pas crier. La section terminée, l'exciseuse applique différentes décoctions (crottin d'âne, crachats, bouse de vache, cendres, ...) qui sont destinées à stopper l'hémorragie.

La phase post-opératoire : L'excision est suivie d'un traitement issu de la médecine traditionnelle, comprenant des pansements locaux, des règles hygiéno-diététiques et sociales.

c. Pour quelles raisons les mutilations sexuelles féminines sont-elles pratiquées ?

> L'excision

Raisons psycho-sexuelles :

- Sauvegarder la chasteté avant le mariage par inhibition du désir sexuel.
- Prévention de l'adultère chez la femme mariée, également par diminution du plaisir sexuel.
- Augmentation du plaisir sexuel masculin : la pénétration dans le vagin débarrassé de ces obstacles tel que le clitoris et les nymphes, le maintien de l'érection du fait de l'étroitesse vaginale, l'éjaculation et la rétention du sperme à l'intérieur des voies vaginales.
- Lutter contre l'homosexualité féminine, en effet le clitoris est considéré comme un pénis qui pourrait servir au coït lesbien.

Raisons sociologiques :

- Condition indispensable pour prendre part à la vie sociale, c'est un facteur d'appartenance sociale dans le sens d'une intégration et du maintien de la cohésion sociale. Certaines femmes réclament l'excision.
- Condition essentielle à l'aptitude au mariage : une femme non excisée est considérée comme étant une prostituée et ne peut pas se marier.

Raisons religieuses :

- Le prophète Mahomet aurait déclaré : « Effleurez mais n'épuisez point », d'où le terme de sunna qui signifie : « parole du prophète ».
- On entend dire que les femmes excisées n'ont pas le droit de prier.

L'avènement de l'Islam n'a apporté aucune modification à la pratique des mutilations sexuelles féminines, intégrant ces pratiques qui lui sont antérieures ; sans les proscrire, ni les encourager. Les théologiens islamistes ont nié qu'il existe des raisons religieuses qui justifient cette pratique. Cette pratique est très peu encrée dans les pays strictement musulmans comme le Maghreb, la Turquie, l'Arabie Saoudite ou bien encore l'Iran par exemples, alors qu'on la retrouve chez des communautés musulmanes en Egypte, au Yémen, au Soudan, en Afrique Noire, Il n'y a pas que dans les pays islamistes que l'on retrouve les mutilations génitales féminines : les coptes d'Egypte, les chrétiens du Soudan, les juifs d'Ethiopie et les tribus de culte animiste les pratiquent. Une étude au Cameroun en 1994 a montré que 63% de femmes chrétiennes s'étaient soumises à des interventions de ce genre.

Raisons d'ordre esthétique et hygiénique :

- Le clitoris est un organe laid.
- Le clitoris est supposé renfermer des vers nuisibles, malpropres et doit subir une toilette pour rendre la vulve présentable.
- Le clitoris est un organe sale : cette notion de pureté appliquée à la circoncision comme à l'excision.

Au Mali, cette interprétation s'est appuyé sur le fait que l'excision se justifie afin d'éviter l'accumulation du sperme et des restes des menstruations dans les replis du sexe féminin.

Raisons de santé :

- Prophylaxie anti-vénérienne.

Rôle sur la fécondité :

- L'excision favorise la fertilité car elle est propice au maintien et au bon développement de la grossesse. Mais aussi, par ce que les sécrétions du clitoris sont supposées tuer le sperme.
- Le clitoris est dangereux pour l'enfant, car il entraîne la mort de l'enfant pendant l'accouchement.

Raisons économiques :

- Une femme non excisée ne peut se marier et donc la famille de la jeune fille ne perçoit pas de dot. Or cette dot doit normalement permettre aux fils de la famille de se marier et de garantir ainsi la continuité de la famille.
- Source de revenus pour les exciseuses qui reçoivent de l'argent et des cadeaux.

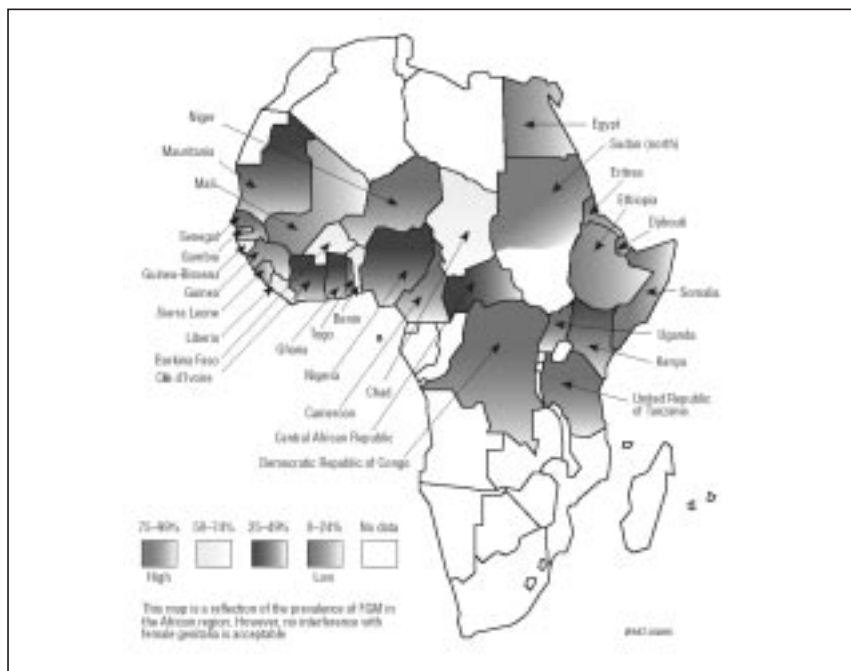
3. Répartition géographique et prévalence

> Dans le Monde

Selon les chiffres de l'OMS, 130 millions de fillettes et de femmes ont subi des mutilations sexuelles féminines. Chaque année, deux millions de fillettes et de jeunes filles sont sexuellement mutilées. Ce qui correspond à 6 000 nouveaux cas par jours, soit cinq jeunes filles par minute.



> En Afrique



Prévalence des mutilations sexuelles en Afrique.

Source (33) : OMS, Female, Genital, Mutilation – Integrating the Prevention and Management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery- A student manual- 2001

➤ En France

En France, on estime que le nombre de femmes mutilées est compris entre 42 000 et 61 000 et le nombre de fillettes menacées se situe entre 126 000 et 183 000 (GAMS 2007). Neufs régions ont été identifiées comme prioritaire par le ministère de la santé (2006) : Nord Pas de Calais, Rhône Alpes, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Picardie, Ile de France, Champagne Ardennes, Haute Normandie et PACA.

4. Les conséquences médicales et obstétricales des mutilations sexuelles féminines

➤ Conséquences immédiates et à court terme

- L'hémorragie : L'ablation du clitoris entraîne la section de l'artère clitoridienne, où la pression sanguine est très élevée. L'hémorragie est très importante, c'est pourquoi elle est qualifiée d'hémorragie cataclysmique. Elle peut-être la cause d'une anémie sévère ou bien d'un choc hémorragique pouvant entraîner le décès. Cette hémorragie peut-être accentuée, par l'ablation des petites lèvres ou par des lésions des organes de voisinage, également très vascularisés.

L'hémorragie secondaire est possible à la fin de la première semaine, à la suite d'une infection provoquant le décollement du caillot qui bouche l'artère clitoridienne. Cette hémorragie peut également être cataclysmique.

- La douleur aiguë : La région clitoridienne ainsi que les petites lèvres sont extrêmement innervées. Les mutilations sexuelles sont réalisées sans anesthésie, ce qui entraîne une douleur violente. Cette douleur aiguë peut être à l'origine d'un choc neurogène et donc du décès de la fillette.

- Les lésions des organes de voisinage : formation de fistules urétéro-vaginales et/ou recto-vaginales, fréquentes dans le type III.

- L'infection de la plaie : très fréquente, de degré variable : abcès, gangrène, septicémie.

- Les troubles urinaires :

Plusieurs troubles urinaires sont décrits :

- La dysurie.

- La rétention urinaire peut-être due à la douleur, à la peur des brûlures mictionnelles, mais aussi à l'œdème, à l'inflammation et à l'hématome, qui peuvent entraîner une compression de l'urètre ou bien à la sténose urétérale (consécutive à sa lésion accidentelle). Cette rétention urinaire dure de quelques heures à quelques jours et est en général réversible. Il arrive tout de même, que la rétention urinaire soit trop longue et que la petite fille soit en insuffisance rénale aiguë.

- L'infection urinaire par contamination rétrograde (association urètre très court plus germes provenant du matériel souillé, de la filière génitale ou du rectum) ou par contamination intrinsèque (due à la stase urinaire). Cette infection est d'abord basse, mais peut rapidement se transformer en infection urinaire haute, en l'absence de traitement. Cette infection de l'appareil urinaire supérieur peut entraîner une pyélonéphrite et donc une insuffisance rénale. Les infections urinaires chez ces fillettes deviennent souvent chroniques.

- Incontinence urinaire due à une détérioration du sphincter ou à une fistule urétéro-vaginale.

- L'incontinence anale est due à une fistule recto- vaginale fréquente dans le type III.

- Le VIH, hépatite C et les autres maladies hématogènes : La pratique des mutilations sexuelles augmente le risque de contamination par un virus hématogène. Cette contamination est favorisée par les opérations en série où les mêmes instruments souillés sont utilisés d'une fillette à l'autre.

- Tétanos

➤ **Conséquences à moyen terme**

- L'absence de cicatrisation : L'infection de la plaie, la présence d'urine ou de matières fécales en cas de fistule et les mouvements lors de la marche peuvent empêcher la cicatrisation. Ce qui accentue l'inesthétique de la plaie.
- Les infections génitales : Les infections génitales basses sont fréquentes surtout dans types II et III : vulvo-vaginites et cervicites. Il y a donc un risque d'infection génitale haute : salpingite, endométrite pouvant entraîner une stérilité à long terme.
- Le névrome cicatriciel : L'emprisonnement du nerf clitoridien dans un point de suture ou dans un tissu cicatriciel, une fois la plaie refermée, peut provoquer la formation d'un névrome. Le névrome est une tumeur constituée de tissu nerveux. La vulve devient alors très sensible aux contacts lors de la toilette et à long terme pendant les rapports sexuels.
- La pseudo-infibulation : Une excision excessive, en cas de mutilation de type II, peut provoquer, lors de la cicatrisation, la formation d'adhérences vulvaires et créer ainsi une pseudo-infibulation, même quand les grandes lèvres n'ont pas été suturées. Plus l'âge de la fillette est bas au moment de l'opération, plus la pseudo-infibulation est fréquente.
- Les chéloïdes vulvaires : Ce sont des bourrelets cicatriciels, d'aspect très inesthétique. Il est difficile de s'en débarrasser, car leur ablation est suivie en général d'une nouvelle prolifération.

➤ **Conséquences à long terme**

Types I, II et III :

- Le kyste dermoïde : C'est la complication à long terme la plus courante. Ce type de kyste résulte de l'inclusion de tissus cutanés dans la cicatrice. Les glandes sudoripares, qui assurent normalement la lubrification de la peau, continuent de sécréter sous la cicatrice et provoquent la formation d'un kyste ou sac rempli de substances caséuses. La taille du kyste peut aller de celle d'un petit pois à celle d'un pamplemousse. Bien qu'il ne représente pas un grave danger pour la santé, ce kyste est extrêmement douloureux. Il est toutefois possible que le kyste s'infecte.
- Les algies pelviennes chroniques : Elles sont la conséquence d'un névrome cicatriciel ou d'une absence de cicatrisation.
- Les dyspareunies : Qu'elles soient associées ou isolées, toutes les complications engendrées par les mutilations sexuelles, peut rendre les rapports sexuels très douloureux et pénibles psychologiquement.
- Frigidité
- Stress chronique, dépression

Spécifiques aux types II et III :

- Sténose de l'orifice vaginal : Chez la femme infibulée, l'orifice artificiel du vagin peut-être si petit qu'il se referme presque complètement au bout d'un certain temps.
- L'hématocolpos est une rétention du sang menstruel. Il est dû à une sténose de l'orifice vaginal. Il survient donc dès la puberté entraînant une dysménorrhée, voir une aménorrhée primaire chez la jeune fille.

- La rétention urinaire chronique : entraîne des cystites, des pyélonéphrites et se transforme en insuffisance rénale chronique.
- Les infections chroniques de l'appareil reproducteur : Les infections ascendantes à point de départ vulvaire, dues à une rétention de sécrétions, d'urines, de selles (si fistule), peuvent provoquer des infections génitales hautes. Outre le fait qu'elles sont douloureuses, elles peuvent entraîner une salpingite ou une endométrite (causes de synéchies) et donc une possible stérilité (dans type III risque est multiplié par 5, Lanset 2005), en l'absence de traitement.

➤ **Les complications pendant la grossesse**

Étiologies	Complications Obstétricales		Risques foetaux
	1° trimestre	2° et 3° trimestre	
Infections génitales hautes	GEU et FCS précoce	FCS tardive ou MAP	MFIU
MST	Aggravation maladie		Contamination foeto-maternelle
Infections urinaires et vulvo-vaginites chroniques	FCS précoce	RPM entraînant FCS tardive ou MAP Infection ovulaire	Prématurité SFA ⇒ MFIU
Insuffisance rénale chronique		HTAG ⇒ pré-éclampsie, HRP, ...	RCIU, prématurité induite, MFIU
Conditions socio-éco défavorables Etat psycho : stress, anxiété,....		MAP	Prématurité

➤ **Les complications pendant le travail**

- Touchers vaginaux difficiles voir impossibles (douleur +++ et angoisse) ⇒ difficulté à suivre le travail dans de bonnes conditions.
- Survenue de déchirures spontanées du périnée antérieur fibreux sous l'effet des contractions utérines et éventuelle désinfibulation dans type III ⇒ lésions des organes de voisinage.
- Etat psychologique maternel difficile : angoisse de la douleur avec flash-back du jour de la mutilation.
- Deuxième partie du travail prolongée due au stress et à l'angoisse majeure.

➤ **Les complications pendant l'accouchement**

- Dystocie des parties molles ⇒ dystocie de dégagement (la présentation reste bloquée dans l'excavation pelvienne, par l'anneau vulvaire rigide. Attention !!! risque souffrance fœtale aiguë.
- Rétention prolongée dans filière génitale = Fistules recto-vaginales et vésico-vaginales dans type II et III
- Déchirure périnéale postérieure de degré 4 avec atteinte de la cloison recto-vaginale et de la paroi antérieure du canal anal et/ou du rectum (fistules), malgré la pratique d'une épisiotomie.
- Déchirure périnéale antérieure ⇒ traumatismes de l'appareil urinaire.

➤ Les complications du post-partum

- Vulvodynies, découverte d'une nouvelle anatomie après la désinfibulation et peur de la réinfibulation dans le type III accentuent le baby blues +++.
- Fistules
- Cystocèle devient apparente.
- Baby blues important, dépressions du post-partum +++++

5. Prise en charge obstétricale des patientes présentant une mutilation

a. Pendant la grossesse

➤ Le diagnostic

En présence d'une patiente originaire d'un pays où les MSF sont pratiquées, le consultant la considèrera comme potentiellement à risque d'être sexuellement mutilée et s'orientera donc vers un examen approfondi de la vulve. Il est important pour le consultant d'être « préparé » à découvrir une mutilation, afin d'éviter toute gestuelle ou mimique de stupéfaction ou de dégoût.

Lors de l'examen obstétrical, l'observation de la vulve avant toute action est nécessaire. Chez une patiente ayant subi une mutilation de type I ou II, cette observation est d'autant plus importante qu'il est facile de ne rien voir si on n'est pas attentif. Il est important en présence d'un type I ou II de se remémorer le schéma d'une vulve normale, afin de définir ce qui a été enlevé. Pour différencier le type I et la forme simple du type II (ablation du clitoris et pas des petites lèvres) il est parfois nécessaire de faire un examen digital doux pour définir la présence ou pas du clitoris (attention zone très sensible +++). Il faut essayer de faire le plus rapidement possible et éviter de faire intervenir quelqu'un d'autre. En effet, n'oublions pas que certaines de ces femmes ne se souviennent pas de ce qu'elles ont subi, il faut donc prendre certaines précautions avant l'annonce.

La pose d'un spéculum et le toucher vaginal doivent être réalisés avec le plus de « douceur » possible en expliquant à la patiente ce que l'on fait. Il ne faut pas oublier que jusqu'à présent pour elles tout ce qui a un rapport à l'appareil génital a toujours été source de douleur (la mutilation, les rapports sexuels, les infections, les accouchements, ...). Parfois, l'orifice dans le type III est si étroit et induré qu'on ne peut introduire qu'un seul doigt. N'insistez pas !! Il est toujours possible si la patiente est en travail de réaliser un toucher rectal afin d'apprécier la dilatation du col. Une échographie endo-vaginale est dans la plus part des cas réalisables.

➤ L'entretien avec la patiente

Il est souhaitable d'attendre que l'examen clinique soit terminé pour parler de la mutilation. Avant tout, s'assurer que la patiente comprenne bien le français, il ne faut pas hésiter à faire appel à un interprète. Attention aux interprètes familiaux qui n'ont pas toujours intérêts à ce que la jeune femme comprenne tout. Il semble souvent que la présence du mari ne soit pas souhaitable, car la patiente est souvent très gênée d'en parler devant lui. Devant des situations un peu compliquées, il est préférable d'attendre la prochaine consultation pour en parler. Par exemple, l'entretien du quatrième mois.

Il est important qu'une relation de confiance s'installe avec la patiente, pour cela il faut prendre le temps, écouter et surtout utiliser un vocabulaire adapté. En effet, veillez à ne pas employer de termes péjoratifs comme le mot « mutilation », préférez le terme excision ou infibulation. N'oubliez pas que c'est une transmission de mère en fille, c'est sa mère qui lui a fait subir la mutilation.

Poser la question simplement : « Madame, en vous examinant j'ai vu que vous aviez été excisée (ou infibulée), savez-vous de quoi il s'agit ? Est-ce que vous le saviez ? » Souvent les femmes sont très surprises de la question soit parce qu'elle ne le savait pas (pour elle c'était normal, elles ont toujours connu leur vulve de cette manière) soit parce qu'elles ont été examinées plusieurs fois et que jamais personne ne leur en avait parlé. Elles sont d'abord assez gênées mais en voyant que vous connaissez le sujet elles vont facilement se confier. Pour certaines, c'est la première fois qu'elles vont en parler.

Il faut tout d'abord montrer à la patiente à l'aide de schémas une vulve normale et lui expliquer ce qui a été enlevé chez elle. Demandez-lui si elle s'en rappelle, à quel âge et dans quel pays. Il faut ensuite l'informer des complications causées par ce type de mutilations, afin qu'elle puisse faire un éventuel rapprochement avec certains de ces symptômes. Cet inventaire de toutes les complications vous permettra donc de mettre en place une prise en charge adaptée mais aussi de commencer à faire de la prévention vis-à-vis des petites filles à naître.

Dans le cadre de la prévention, il faut commencer par l'informer que ces pratiques ont de lourdes conséquences sur la santé de l'enfant, pouvant aller jusqu'au décès ; et du caractère illégal de ces pratiques en France. Expliquez lui quelle a le droit de porter plainte (loi du 4 avril 2006) [confère partie 7]

Vous devez également informer la patiente des complications obstétricales qui peuvent être liées à la mutilation qu'elle a subie. Dans le cadre du type III, il faut parler de la désinfibulation qui sera nécessaire afin de permettre l'accouchement et l'informer qu'elle ne pourra pas être recousue. Évaluez alors avec elle le risque qu'elle encoure d'être ré-infibulée par sa famille. En effet, il n'est pas question d'imposer à une femme une désinfibulation. Elle doit rester ou être pour la première fois « maîtresse » de son corps. Si la patiente refuse la désinfibulation il faudra pratiquer une césarienne avec tous les risques qu'elle comporte. D'où la nécessité de parler très tôt de la mutilation avec la patiente, puis avec son mari si elle le souhaite. Afin de prendre ensemble les meilleures décisions.

Donnez à la patiente les coordonnées des associations, afin qu'elle puisse si elle le souhaite les contacter.

Proposer une consultation avec le psychologue.

Tous ces éléments doivent être consignés dans le dossier

> Le suivi de la grossesse

Il est évident que ce n'est pas toujours très simple, il faut souvent du temps à ces femmes pour se confier et avoir le même interlocuteur est important. Ce qui n'est pas toujours simple en milieu hospitalier. Il est donc souhaitable de mettre en place une prise en charge conjointe avec la PMI.

La grossesse d'une femme mutilée doit être suivie comme une grossesse normale, en étant bien évidemment plus sensible à la survenue des complications fréquentes chez ces patientes (confère 4^e partie). Prévenir ces complications ou les traiter avec les moyens et traitements habituels. Il faut notamment souligner l'importance des cours de préparations à l'accouchement et des consultations avec un psychologue, afin d'aider la patiente à mieux gérer ses angoisses.

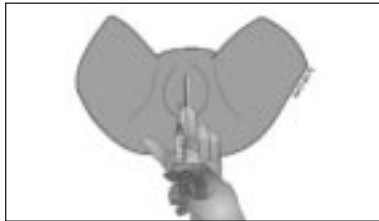
Il est nécessaire de revenir souvent au cours de la grossesse sur le caractère néfaste et illégal de ces pratiques sur les petites filles (exposez les peines encourues) : le dialogue est la meilleure des préventions.

Informez également la patiente sur les nouvelles techniques de reconstruction chirurgicales (confère partie 6)

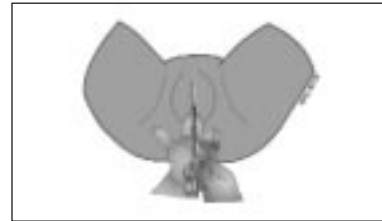
Dans le type II compliqué avec pseudo-infibulation ou type III : proposez à la patiente une désinfibulation chirurgicale sous anesthésie locale et exposez son caractère indispensable pour un accouchement par les voies naturelles. La désinfibulation peut-être réalisée à n'importe quel moment de la grossesse voir même pendant le travail (cas le plus fréquent).

➤ La désinfibulation

Elle doit être réalisée par le gynécologue obstétricien, sous anesthésie-loco-régionale ou sous anesthésie péridurale efficace. Elle peut-être réalisée pendant la grossesse ou au cours du travail (de préférence). La désinfibulation chirurgicale consiste en une section prudente de la bride cicatricielle unissant les grandes lèvres. Insérer l'index de la main gauche (ou une pince si orifice trop petit) dans l'orifice, ceci afin de protéger les tissus sous-jacents. De la main droite, couper la cicatrice jusqu'à apparition du vestige du gland clitoridien. Il est important de désunir les grandes lèvres en totalité ; car si ce n'est pas le cas, lors du dégagement de la tête fœtale, il y a un risque majeur de déchirure antérieure (plus difficile à suturer). Puis faire un surjet sur chacune des berges avec du fil résorbable.



Etape 1 : anesthésie loco-régionale (33)



Etape 2 : incision (33)

Il est nécessaire de proposer un suivi psychologique à la patiente après une désinfibulation. En effet, il est souvent très difficile pour ces femmes de voir leur vulve « ouverte ». Pour elles, c'était normal. De nombreuses inquiétudes surviennent après une désinfibulation : « c'est laid » « ce n'est pas moi », « mon mari va-t-il me vouloir ? » il faut du temps pour que les femmes s'acceptent.

Une rééducation périnéale est indispensable, car pour ces femmes qui ont toujours des mictions longues (en moyenne 30minutes), la cystocèle devient apparente et les fuites urinaires sont fréquentes.

b. En salle de naissance

La présence de la sage-femme est très importante aux côtés de ces parturientes. Celles-ci doivent pouvoir poser leurs angoisses en en parlant avec une personne attentive. Il faut réexpliquer ou expliquer tous les actes que l'on pratique.



Conduite à tenir en salle d'accouchement en présence d'une patiente sexuellement mutilée
Sandy GRIMA. Sage-femme, D.E. Marseille 2004

Patiente accepte la désinfibulation

Patiente refuse la désinfibulation

c. En post-partum

- **Médical** : attention particulière à la cicatrisation du périnée et à la survenue d'une infection urinaire.
- **Psychologique** : stress de l'accouchement, acceptation de son corps après désinfibulation, baby blues, tendance dépressives,
- **Pédiatriques** : lorsque la patiente a donné naissance à une petite fille, il est important de réaliser un examen de la vulve en expliquant le rôle de chaque organe aux parents, les conséquences des mutilations et enfin de recueillir leur avis en ce qui concerne la mutilation ou pas de leur fillette. Il est important de revenir encore une fois sur l'aspect juridique. PREVENTION +++
- **Rééducation du périnée** +++
- **Donner les coordonnées des associations** : GAMS (groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines) : 66 rue des Grands-Champs 75020 Paris Tél : (33) 01 43 48 10 87

6. La reconstruction

Le Dr Foldès urologue au CHU de Poissy-Saint-Germain-en-Laye a mis en place une technique de reconstruction clitoridienne, il a déjà opéré plus de 2000 femmes. Il constate que dans 78% des cas environ la reconstruction d'un massif clitoridien est possible et dans 57% des cas la capacité orgasmique et une sexualité normale peuvent être atteintes. Cette opération est désormais prise en charge par la sécurité sociale.

Outre la désinfibulation, il est également possible de reconstituer des petites lèvres et d'opérer les kystes.

7. Législation française :

Il n'existe pas en droit français de qualification spécifique pour les faits de mutilations sexuelles féminines. Ces pratiques peuvent être poursuivies et sanctionnées en matière criminelle au titre soit :

- De violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, infraction punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (article 222-9 du code pénal), et de 15 ans de réclusions criminelle lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans (article 222-10 du code pénal) ;
- De violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, infraction punie de 15 ans de réclusion criminelle (article 222-7 du code pénal), et réprimé à hauteur de 20 ans de réclusion criminelle (article 222-8 du code pénal) lorsqu'elle concerne des mineurs de moins de 15 ans.

Une action en justice peut être également engagée au titre de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à huit jours, conformément à l'article 222-12 du code pénal qui prévoit une sanction de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise contre un mineur de moins de 15 ans.

a. Loi du 4 avril 2006

Les modifications qui suivent introduites par la loi du 4 avril 2006, ont précisément vocation à rendre plus effective la répression de ces pratiques sans que soit instaurée pour autant de qualification juridique spécifique.

L'allongement du délai de prescription, en matière d'action publique : comme c'est déjà le cas pour l'inceste, le délai de prescription, article 7 du code de procédure pénale s'agissant des crimes et article 8 concernant les délits, a été porté à 20 ans à compter de la majorité de la victime pour :

- Les crimes de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente commis sur mineurs (article 222-10 du code pénal)
- Les délits de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours, commis sur mineurs (222-12 du code pénal)

Le renforcement de la répression des MSF commises à l'étranger : le nouvel article 222-16-2, inséré dans le code pénal, a pour objectif d'étendre l'application de la loi française, sanctionnant ces pratiques, aux mineurs de nationalité étrangère résidant habituellement en France et qui sont victimes à l'étranger d'actes de mutilations.

Possibilité de lever le secret professionnel en cas de MSF : l'article 226-14 du code pénal prévoit la levée du secret professionnel en cas de mutilations sexuelles infligées à un mineur ou à toute personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

b. Obligation d'empêcher un crime ou un délit contre l'intégrité corporelle d'autrui

Article 223-6 du Code pénal : quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient de le faire est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

c. Le signalement

Mme Sylvie Grunvald-Dr à la faculté de Droit et Sciences politiques de Nantes-24.01.2008

A. Le principe

- Le secret médical est général et absolu
- Le signalement ne s'impose pas

B. Les aménagements au principe selon circonstances : 2 situations

- **Le praticien constate une atteinte avérée de l'organe génital féminin**

Du point de vue pénal

- **Si la patiente est mineure ou vulnérable** (ex : état de grossesse) le médecin **peut signaler** la mutilation même sans l'accord de la patiente.
- **Si la patiente est majeure**, le médecin **peut signaler** la mutilation **avec l'accord de la patiente**.

Du point de vue déontologique

- Le médecin doit mettre en œuvre les moyens adéquats pour protéger la patiente.
- **Si elle est âgée de moins de 15 ans**, il doit alerter les autorités judiciaires et médicales ou administratives (art. R4127-44 CSP)

- **Le praticien a connaissance d'un risque de mutilation**

Si le risque est réel et imminent : le médecin doit intervenir

- Pour empêcher la commission des faits (art.223-6 al.°CP)
- Pour porter secours à la personne en danger (art.223-6 al. 2CP)

Si le danger n'est pas imminent : le médecin peut agir

- Si la patiente est âgée de moins de 21 ans : le médecin peut alerter la cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil Général (loi du 5 mars 2007)
- Si la patiente a plus de 21 ans, l'intervention du médecin est préventive en informant la patiente ou en l'orientant.

« Nous avons aujourd'hui un combat commun, il n'y a pas de fatalité, il n'y a qu'une seule évidence, il n'y a qu'un seul enjeu : sauvons ces fillettes du poids du silence, sauvons ces fillettes du poids de traditions qui sont d'un autre temps. »

Xavier Bertrand. Ministre de la Santé et de la Solidarité, le 4 décembre 2006 - Institut Pasteur - Paris.

Bibliographie

1. Allag, Allbord, Zanardi, Quéreux, *Mutilations génitales rituelles féminines, La parole aux femmes, Gyn. Obst. Fertil. , Ed. Scientifiques et médicales, Elsevier SAS, Paris 2001, 29 ; 824-8*
2. Archimède Lydia, *Mutilations génitales : éduquer, prévenir ou réparer, et signaler, Le quotidien du médecin, n° 7355, juin 2003*
3. Assemblée médicale Mondiale, *Lutte contre les mutilations génitales féminines, Oct. 1993*
4. Bellas Cabane, *La Coupure, DEA d'anthropologie, Aix-Marseille, 2001-2002, 220 pages*
5. Boujahma D., *les mutilations sexuelles féminines : état des lieux et prise en charge. Mémoire D.E. Sage-Femme Lille 2007*
6. Cabrol D. et Goffinet F., *Protocoles cliniques en obstétrique, Maternité de Port Royal, Masson, Paris, 2003, 222 pages*
7. Carbona Nelly, *Thèse de médecine sur les mutilations génitales féminines, Aix-Marseille, Déc. 1994, 57 pages*
8. Carcopino X, Shojai R., Boublil L. – *les mutilations génitales féminines : généralités complications et prise en charge obstétricale – Ed. Masson - 2004*
9. Cazenave, *La désinfibulation traditionnelle, photos non publiées ,1990*
10. *Colloque mutilations sexuelles féminines, 4 décembre 2006 – Institut Pasteur – Paris*
11. *Colloque régional Lille – 11 décembre 2006*
12. *Colloque régional Marseille - le 12 février 2007*
13. Combourieu Danièle, *L'excision en Mauritanie, mémoire D.U. de médecine et santé tropicale Aix-Marseille, 1992, 60 pages*
14. *Commission IX pour l'abolition des mutilations sexuelles – Recommandations de l'Académie de médecine visant à l'éradication des MSF. Juin 2004*
15. David Alain, *L'infibulation en république de Djibouti, Thèse de Doctorat de médecine, Aix-Marseille, Avril 1978, 55 pages.*
16. Dieterlen G., *Essai sur la religion Bambara, PUF, 1951, 300 Pages (p 212).*
17. Doho Robert, *Mutilations sexuelles en Afrique Noire, D.U. 3° cycle de médecine et santé tropicale, Aix-Marseille, Déc. 1994, 68 pages.*
18. Dolto Françoise, *Le féminin, Gallimard, Paris, 1998, 405 pages (p 79-80).*
19. Dr Collinet, gynécologue obstétricien au CHRU de Lille (Iconographie)
20. Erlich Michel, *La femme blessée, Essai sur les mutilations sexuelles féminines, Ed. L'Harmattan, Paris, 1986, 321 pages.*
21. Foldès P., *Chirurgie Plastique reconstructrice du clitoris après mutilation sexuelle – Progrès en Urologie (2004), 14,47-50.*
22. Grima Sandy, *la sage-femme et les mutilations génitales féminines – Mémoire D.E. Sage-femme Marseille, 2004.*
23. Jacqueme B. et Erny R., *Rétrécissements acquis de la vulve et du vagin, Ed. Techniques, Encycl. Méd. Chir. (Paris – France), Gynécologie, 210-A-10, 1994, 4p.*

24. Jones H. et al. , *La gravité de l'ablation génitale des femmes est liée aux complications rencontrées plus tard*, *Studies in Family planning*, 1999, 4 pages.
25. Kandji, *L'excision. De la circoncision négro-pharaonique à la clitoridectomie sémito-occidentale. Des sources traditionnelles islamiques*, *Présence Africaine* n°160, Paris, 1999, 201 pages.
26. Koné M. , Ba P. et Diarra S. , *Dystocias des parties molles* , *Encycl. Méd. Chir. (Elsevier , Paris) Obstétrique* , 5-060-A-10 , 1996 , 7p .
27. Kouyaté Carvalho D'alvarenga, *L'excision*, *Présence Africaine* n°160, Paris, 1999, 201 pages.
28. Lansac J. , Berger C. , Magnin G. , *Obstétrique pour le praticien* , 3° édition Masson , Paris , 1997 , 473 pages (p 297) .
29. Léonhardt H., *Anatomie 2, Viscères*, Flammarion – Médecine – Sciences, Paris, 1984, (p 298 à 317).
30. *Les dossiers de l'obstétrique, Les désordres du stress après un traumatisme*, n°269, Fév. 1999, (p 8 à 11).
31. Manresa Kim, *Le jour où Kadi a perdu une partie de sa vie*, Ed. Actes Sud, Barcelone Mai 1999, 44 pages.
32. Nelli R., *Erotique et civilisations*, Ed. Weber, Paris, 1972, (p 276).
33. OMS, *Female Genital Mutilation – Integrating the prevention and management of the health complications into the curricula of nursing midwifery – A students manual – 2001*
34. OMS, *Female genital mutilation – New knoweldge spurs optimism - 2006*
35. OMS, *Les mutilations génitales féminines, aide mémoire n°153*, Avril 1997.
36. OMS, *Mutilation sexuelles féminines*, Genève 1997, 20 pages.
37. OMS, *Mutilations sexuelles féminines, aperçu du problème*, Genève, 1998, 73 pages.
38. OMS, *Les mutilations sexuelles féminines, aide mémoire n°241*, Juin 2000.
39. OMS, *Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans 6 pays Africain. Lancet 2006 ; 367 : 1835-1841*
40. Philippe H.J. et Safai K., *Mutilations génitales féminines*, *Encyclopédie Méd. Chir., Ed. Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Gynécologie 195-A10*, 2003.
41. Sarr, *De la survivance d'un mode de pensée archaïque au contrôle de la sexualité féminine : la question de l'excision*, *Présence Africaine* n°160, Paris, 1999, 201 pages.
42. Soutoul J.H., *La consultation en gynécologie*, *Ellipses*, Paris, 1994 (p 13 à 15).
43. Sow Sidibé, *Les mutilations génitales féminines au Sénégal*, *Présence Africaine* n°160, Paris, 1999, 201 pages.
44. Vokaer Roger, *Traité d'Obstétrique, conséquences obstétricales des excisions rituelles* , Masson , Paris , 1988 , (p 486 à 493) .
45. Volta Paola, *A propos des mutilations sexuelles*, D.U. 3° cycle de médecine et santé tropicale Aix-Marseille, Déc. 1989, 52 pages.
46. Wembonyama, Bukwe Bubi, *Considérations médicales des mutilations génitales féminines : l'excision*. *Présence Africaine* n°160, Paris, 1999, 201 pages.

QUE SAVOIR SUR LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES ?

Henri-Jean PHILIPPE
Nantes

1. Mutilation sexuelle féminine :

Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation de ces organes pratiquée pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques (OMS 1997).

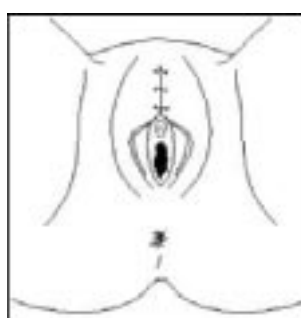
2. Typologie des mutilations

L'O.M.S. a établi une typologie des différentes mutilations génitales féminines en 4 quatre catégories, décrites ci-dessous (Classification du Dr Robin Cook, 1995) :

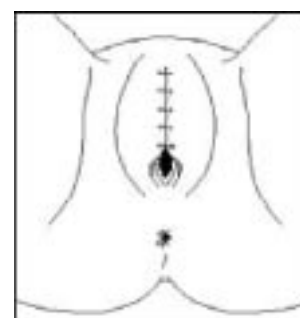
- Type I : circoncision (« sunna ») avec ablation du prépuce et d'une partie ou de la totalité du gland du clitoris
- Type II : excision du clitoris (clitoridectomie), avec excision partielle ou totale des petites lèvres (80 % des MSF)
- Type III : infibulation (« circoncision pharaonique ») avec fermeture quasi-complète de l'orifice vulvaire (15 % des mutilations),
- Type IV : autres procédés de mutilation sexuelle féminine. Toute autre opération sur les organes génitaux de la femme, y compris, piqûre, percement, incision, cautérisation, scarification, curetage, brûlure, déchirure, ...



Type I
Excision du prépuce
et du clitoris



Type II
Excision du clitoris
et des petites lèvres



Type III
Infibulation

Source : HUSTON P. Rapport compilé pour le groupe de travail fédéral interministériel sur les mutilations des organes génitaux féminins. Bureau pour santé des femmes, Santé Canada, Automne 2000.)

- L'âge auquel sont pratiquées les mutilations sexuelles varie en fonction des régions et donc des communautés : dès la naissance, vers 3-6 ans entre 10 et 12 ans, juste avant d'être mariées (15/16 ans) et, parfois, plus tard, avant le mariage, au cours de la grossesse ou encore à la suite du premier accouchement.
- Suivant les pays, les MSF sont pratiquées par des exciseuses voire par des professionnels du secteur de la santé. La mutilation est réalisée sans la moindre anesthésie avec un couteau, une lame de rasoir, puis un pansement à base de plantes et de cendres est mis sur la plaie. Les jambes de la fillette sont le plus souvent attachées pendant une dizaine de jours pour diminuer le risque de réouverture de la plaie.

3. Epidémiologie

On estime à 130 millions le nombre de femmes mutilées sexuellement.

Chaque année, 2 à 3 millions de fillettes et de jeunes femmes subissent une mutilation génitale.

En France, on estime entre 45000 et 60 000, le nombre de femmes et de fillettes mutilées ou menacées de l'être.

Les départements les plus concernés sont les 9 départements d'Île-de-France (petite et grande couronne), ainsi que ceux des Bouches-du-Rhône, de la Champagne, du Nord, de l'Oise, des Pays de la Loire, du Poitou, du Rhône et de la Seine-Maritime.

Cette pratique ancestrale persiste dans nombre de cultures et de pays.

Elle est surtout appliquée en Afrique de l'Ouest (excision) et en Afrique de l'Est (infibulation). Les MSF sont également pratiquées au Moyen-Orient, en Asie (Indonésie, Malaisie, Inde), en Amérique du Sud (Pérou, Brésil) et en Amérique du Nord et en Europe (à cause des mouvements migratoires).

4. Données socioculturelles

On pense que la mutilation sexuelle féminine était déjà pratiquée bien avant la naissance du christianisme et de l'Islam, en particulier chez les Phéniciens, les Hittites et dans l'Égypte des Pharaons.

Elle serait apparue il y a près de trois mille ans en Égypte antique, où elle constituait une sorte de rituel de fertilité (les analyses des momies ont révélé qu'il existait des pratiques d'excision et d'infibulation, d'où le terme de « circoncision pharaonique » au Soudan). On offrait à cette époque les parties excisées des femmes au Nil sacré.

On retrouve l'excision au 19ème et au début du 20ème en Europe, où l'ablation du clitoris était censée guérir les femmes de troubles physiques et mentaux !!

Principales justifications

Les principales justifications sont d'ordre ...

- **mythique** : le clitoris risque, en touchant l'homme ou le nouveau-né, d'entraîner leur mort.

Le nouveau-né naît bisexuel : on excise la fille pour éliminer la partie masculine et on circonçoit le garçon pour éliminer la partie féminine ;

- **sociologique** : c'est un rite d'initiation et de passage à l'âge adulte ;
- **sexuel** : il faut réduire ou atténuer le désir sexuel chez la femme, préserver ainsi la chasteté et la virginité avant le mariage et la fidélité durant le mariage ;
- **religieux** : les MSF sont souvent associées à l'Islam car les sociétés qui les pratiquent, principalement en

Afrique musulmane, revendiquent la religion pour les justifier alors que ces mutilations ne sont ni recommandées, ni citées dans aucun texte religieux. Elles sont également pratiquées par certains chrétiens coptes ou par des juifs falashas originaires d'Éthiopie vivant actuellement en Israël. Elles précèdent l'ère chrétienne et musulmane. Mohamed n'a d'ailleurs pas fait exciser ses deux filles ;

Et finalement, il s'agit plutôt actuellement d'une tradition, d'une coutume

« *Cela s'est toujours fait, ma mère, ma grand-mère l'a fait, donc mes enfants seront excisées* ». Les hommes considèrent comme impures les femmes non excisées et ne sont pas prêts à les épouser.

5. Conséquences médicales

Les conséquences des mutilations génitales féminines varient selon le type et la gravité de l'acte pratiqué.

Il existe des conséquences immédiates et des conséquences tardives :

- Les conséquences immédiates sont le décès par choc et hémorragie, la douleur aiguë, les infections locales avec parfois un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) , des lésions traumatiques des organes de voisinage (vessie, anus), la rétention d'urine liée à la douleur, les plaies, ...
- Les complications tardives sont fréquentes et surtout en cas d'infibulation avec une gêne pour uriner, pour les rapports sexuels et même parfois pour les règles et les complications obstétricales avec dystocie à l'origine de souffrance fœtale, de fistules vésico-vaginales, d'hémorragie de la délivrance et de césarienne.
- Des complications sur la sexualité surviennent fréquemment avec angoisse au moment du démarrage de l'activité sexuelle, dyspareunie et frigidité.
- Les complications psychologiques sont d'autant plus importantes que les mutilations sont pratiquées tardivement avec troubles du comportement, anxiété, dépression, irritabilité chronique ou frigidité.

6. implications juridiques

La gravité de l'intervention et l'ampleur des souffrances physiques et psychiques qui accompagnent une mutilation sexuelle féminine confortent la qualification de « torture » appliquée à la MSF (*Art 3 des droits de l'homme*), dans la mesure où c'est une atteinte à l'intégrité physique de la femme.

Historique

Les accords internationaux les plus importants sur les mutilations sexuelles féminines datent de :

1948	:	Déclaration universelle des droits de l'homme → accès à la santé
1984	:	Convention internationale sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes
1986	:	Charte africaine des droits de l'homme et des peuples → 50 états ont adhéré à cette chartre → Intégrité physique et morale (Art. 4)
1990	:	Convention relative aux droits de l'enfant → 192 pays → Abolition des pratiques traditionnelles (Art. 24.3) → Santé des enfants (Art. 24)
2003	:	Protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples → Interdiction et condamnation de toute forme de MSF (Art. 5).

Interdiction de l'excision

Quinze pays africains ont interdit officiellement l'excision (données 2004) cependant, ces interdictions restent trop souvent théoriques.

Soudan : 1946	Sierra Leone : en 1953	Centrafrique : 1966
Somalie : 1978	Kenya : 1982	Liberia : 1994
Burkina Faso : 1987	Ghana : 1994	Djibouti : 1995
Égypte : 1997	Côte d'Ivoire : 1998	Sénégal : 1998
Togo : 1998	Tanzanie : 1998	Guinée Conakry : 2001

Les pays africains qui ont interdit la pratique des MSF, de par leur législation, le font en partenariat avec des ONG et avec l'aide des chefs religieux. Ces pays mettent en place des campagnes de sensibilisation et d'informations dans les villages pour communiquer le plus possible sur ce douloureux phénomène.

Condamnations

En France, les peines prévues par le Code pénal pour l'auteur d'une mutilation sont les suivantes :

Art. 222-9	: 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 d'amende
Art. 222-10	: 20 ans de réclusion criminelle, si mutilation commise sur un mineur, par un ascendant légitime
Art. 222-8	: 30 ans de réclusion criminelle, si mort d'un mineur par un ascendant, sans intention de la donner
Art. 223-6	: 5 ans d'emprisonnement et 750.000 d'amende, si refus d'assistance à personne en danger

La loi française s'applique aussi à des faits commis à l'étranger. Depuis avril 2006, elle s'applique quelle que soit la nationalité des parents.

Obligation de signalement aux autorités judiciaires ou administratives, des privations ou mauvais traitements à l'égard des mineurs Non assistance à personne en danger sous peine de poursuite pénale (prison et amende).

Que faire en cas de menace d'excision de fillettes ou d'adolescentes, en France ou à l'étranger ?

Il faut **appeler** les services sociaux et médico-sociaux, notamment le Service départemental de protection maternelle et infantile et le Service départemental de l'aide sociale à l'enfance sinon le procureur de la République au Tribunal de grande instance du lieu de résidence,

La question la plus difficile est comment aborder ce sujet en consultation sans stigmatiser ?

Il faut d'abord être bien conscient que nous devons l'aborder pour deux raisons :

- prévenir la réalisation d'une excision chez les fillettes de la famille en les informant de l'interdiction de ces pratiques en France, en Europe et dans les pays africains
- et être à l'écoute pour une prise en charge en cas de conséquences médicales, psychologiques ou sexuelles.

Pour l'aborder, il est recommandé d'examiner au préalable pour apprécier l'existence et le type de MSF et ensuite on pourra discuter des actions menées en France et des possibilités d'assistance.

7. Techniques chirurgicales

Certaines techniques sont pratiquées en dehors de la grossesse :

- **exérèse** de kystes épidermiques,

- **libération** de Névromes,
 - **désinfibulation** en cas de dyspareunie, de troubles mictionnels ou des règles,
 - **clitoridoplastie** avec libération du clitoris (technique de P. Foldes),
- Certaines techniques sont réalisées pendant la grossesse :
- **désinfibulation** pendant l'accouchement

8. Prise en charge pluridisciplinaire

Toujours souhaitable, cette prise en charge comporte plusieurs étapes :

- premier contact : informations, explications avec une sage-femme,
- ensuite, entretiens :
 - avec un psychologue (→ évaluation du traumatisme),
 - avec un sexologue (→ évaluation des attentes sexuelles),
 - avec un infirmier de la cellule anti-douleur,
 - avec un chirurgien et un anesthésiste,
- puis, réalisation d'un suivi médical, psychologique et sexuel.

9. Actions envisageables

AGIR : CONNAITRE, ACCOMPAGNER, PREVENIR ET REPARER

Plusieurs actions sont possibles :

1. Informer les femmes pour elles et leurs enfants
2. Former les professionnels (Faculté, ESF, IFSI)
3. Créer des centres experts pluridisciplinaires
4. Mettre en place un réseau avec les associations

En 2006, dans le cadre du programme de lutte contre les violences faites aux femmes, plusieurs institutions ont choisi de s'attaquer à l'une des formes extrêmes de violence faite aux femmes, les mutilations sexuelles féminines. A cette fin, le 4 décembre, un colloque national a permis de lancer une campagne d'informations et de sensibilisation auprès des professionnels de la santé et du secteur social, dans 9 régions prioritaires françaises.

Gynécologie Sans Frontières a été missionné pour :

- organiser avec les DRASS, les services de gynécologie-obstétrique des CHU concernés et le GAMS, 9 colloques régionaux : à Nantes, en Île-de-France, à Lille, à Amiens, à Rouen, à Poitiers, à Marseille, à Lyon et à Reims.
- la coordination d'un ouvrage : le praticien face aux mutilations sexuelles féminines
- la participation à une enquête avec l'INED et l'université de Paris I sur les conséquences des MSF
- la réalisation d'un Cdrom à destinations des enseignants des facultés de médecine, des écoles de sages-femmes et des IFSI
- la participation à des sessions de formations pour les acteurs du secteur social
- impulser la mise en place de centre pluridisciplinaire pour la réparation des MSF.

JEUDI 22 MAI 2008 - APRÈS-MIDI

**PRESENTATION DES MEMOIRES
LAUREATS DU GRAND PRIX EVIAN
DES ECOLES DE SAGES-FEMMES**



L'ALLAITEMENT MATERNEL PROTEGE-T'IL DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE DANS LA PETITE ENFANCE ?

Catherine PONTHER (Limoges)

1. Présentation et synthèse de l'étude

Les sages-femmes, comme les autres professionnels de santé de la petite enfance, sont des acteurs essentiels du Programme National Nutrition-Santé (PNNS) mis en place en 2001.

Ce PNNS a été élaboré au vu de l'augmentation constante, dans les pays industrialisés, de la prévalence des maladies de la nutrition.

C'est ainsi que l'obésité infantile est devenue une épidémie à l'échelle mondiale et constitue un problème de santé publique.

Un des facteurs en cause, dans la survenue de cette pathologie, est l'alimentation dans la période néonatale.

Actuellement, l'allaitement maternel constitue la référence pour l'alimentation du nourrisson pendant les six premiers mois de vie.

Grâce à ses qualités nutritionnelles, il possède de nombreux effets bénéfiques connus sur la santé de l'enfant. Malgré sa promotion dans le PNNS, l'allaitement ne concerne que 56 % des nouveau-nés en 2002 en France métropolitaine.

Très récemment une nouvelle hypothèse a vu le jour : l'allaitement maternel jouerait un rôle dans le développement staturo-pondéral de l'enfant. Cette hypothèse controversée nous a amené à orienter notre étude vers la question suivante : l'allaitement maternel protège-t'il du surpoids et de l'obésité dans la petite enfance ?

2. Les objectifs de l'étude

- Connaître les effets de l'allaitement maternel, dans la période néonatale sur le développement staturo-pondéral de l'enfant.
- Mettre en évidence un effet protecteur de l'allaitement au sein en appréciant son impact à court terme sur la survenue du surpoids et de l'obésité dans la petite enfance.
- Promouvoir l'allaitement maternel à visée préventive.

3. Les hypothèses de l'étude

- L'allaitement maternel exclusif protège l'enfant âgé de 6 ans du surpoids et de l'obésité en tenant compte des facteurs de confusions.
- Le degré de protection est corrélé à la durée de l'allaitement au sein : il existe un effet-dose.
- Le rebond d'adiposité, facteur prédictif d'obésité future, survient plus précocement chez les enfants allaités au biberon que chez les enfants allaités au sein.

4. Le matériel et la méthode

4.1. Le matériel

La population cible est l'ensemble des enfants nés, en 2000, au CHU de Limoges, à terme, sans aucune pathologie néonatale sévère ayant nécessité un transfert dans le service de réanimation ou en néonatalogie.

Les variables étudiées :

→ **principales :**

- le type d'allaitement dont l'enfant a bénéficié dans les premiers mois de vie,
- la valeur de l'IMC (Indice de masse corporelle) de l'enfant.

→ **secondaires : les facteurs confusionnels :**

- facteurs concernant la grossesse : la prise de poids de la mère et la présence d'un diabète gestationnel;
- facteurs familiaux : le niveau socio-économique, le mode de vie familial, l'âge, l'origine ethnique, les antécédents personnels et familiaux d'obésité des deux parents, le tabagisme maternel, et la présence dans la fratrie d'enfants obèses ou en surpoids ;
- facteurs propres à l'enfant : le sexe, le rang dans la fratrie, le terme et le poids de naissance de l'enfant, l'activité physique extrascolaire ;
- enquête nutritionnelle pendant la petite enfance : l'âge de la diversification.

4.2. La méthode

• **Le type d'étude choisie** : étude de cohorte, de type exposé/non exposé, réalisée de façon rétrospective.

• **Le recueil des données :**

- Etude des dossiers obstétricaux puis,
- contacts des familles à l'aide d'un questionnaire ;
- si un doute persiste sur l'adresse du domicile de la patiente ou sur les données recueillies à l'aide du questionnaire, nous contactons les familles par appel téléphonique.

Nous avons pris comme critère définissant un effet bénéfique de l'allaitement maternel exclusif une durée supérieure ou égale à un mois.

Dans un premier temps, les IMC des enfants sont comparés par rapport au Gold Standard du surpoids et de l'obésité définis par les courbes du PNNS. Ainsi, les enfants sont classés soit dans la catégorie IMC « normal », « surpoids » ou « obèse ».

Dans un deuxième temps, nous avons comparé le nombre d'enfants en surpoids ou obèses, en tenant compte des facteurs confusionnels, selon le type d'allaitement dont ils ont bénéficié.

Enfin, dans le but d'étudier si une relation dose-dépendante existait, les IMC des enfants allaités au sein ont été analysés en fonction de la durée de l'allaitement maternel.

5. Les résultats de l'étude

La population est composée de 544 enfants.

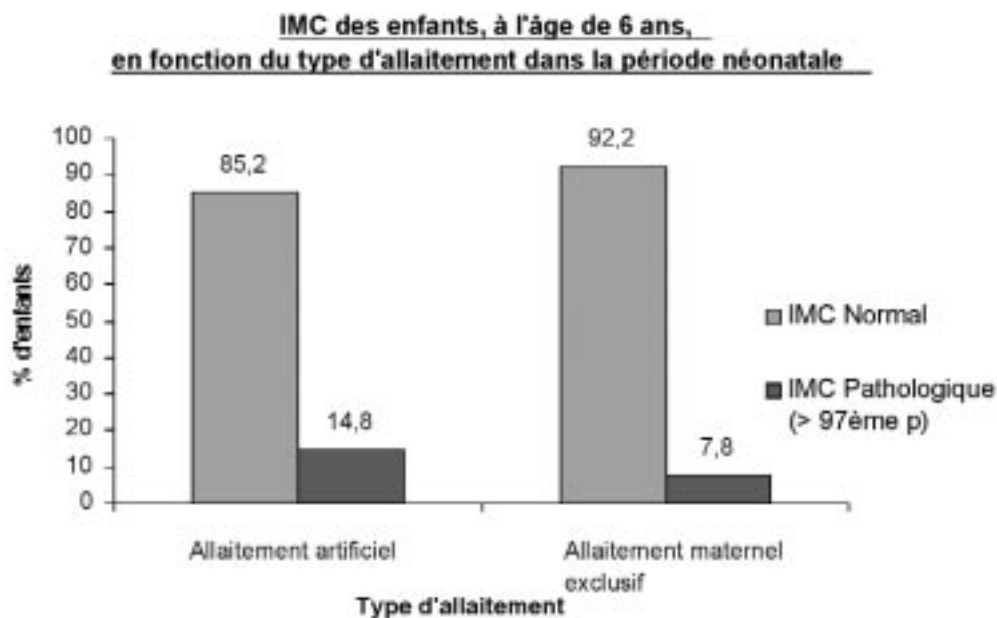
281 nourrissons ont été allaités au sein et 263 nourris aux préparations lactées.

La durée moyenne de l'allaitement maternel est de 84,9 jours (+/- 15,4).

5.1. Vérification de l'hypothèse principale

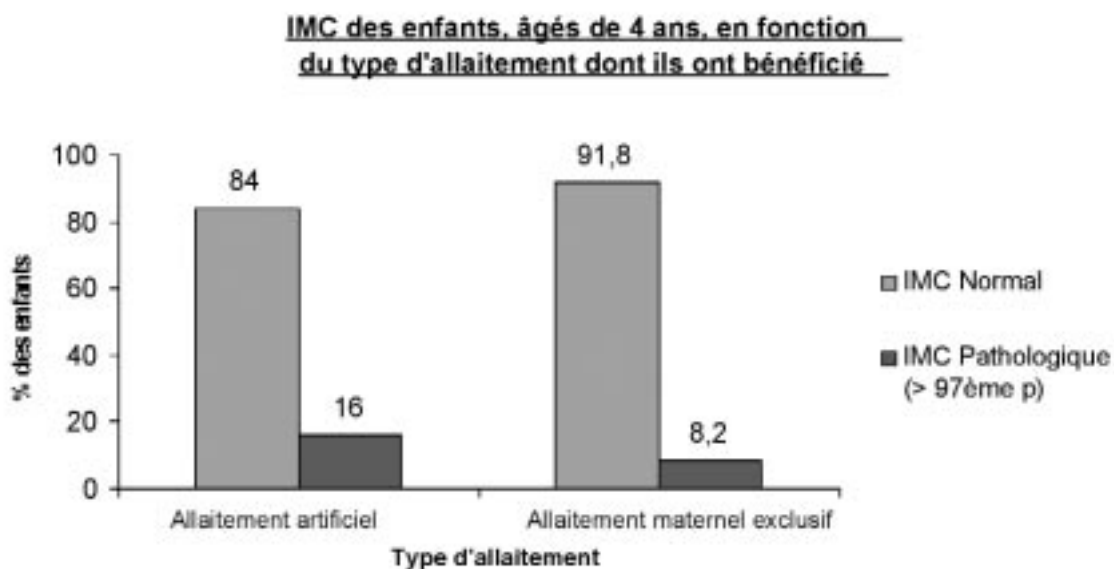
⇒ L'analyse univariée évalue l'influence de l'allaitement maternel exclusif dans la survenue du surpoids et de l'obésité infantiles.

➤ A l'âge de 6 ans, 14,8 % des enfants allaités artificiellement présentent un problème pondéral contre seulement 7,8 % pour les enfants allaités exclusivement au lait maternel pendant au moins un mois ou plus [Risque Relatif (RR) à 0,49 (IC) : 0,28-0,85] $p = 0,0097$.



➤ A l'âge de 4 ans, un effet protecteur de l'allaitement maternel exclusif a été mis en évidence avec un risque relatif de 0,47 [(IC) : 0,27-0,80].

On observe deux fois plus de problèmes pondéraux chez les enfants allaités au biberon par rapport aux enfants allaités au sein.



➤ Par contre, à l'âge de 2 ans, aucune association n'est mise en évidence ($RR = 0,79$ $p > 0,05$), d'où l'hypothèse que la protection offerte par l'allaitement maternel n'apparaît qu'après cet âge.

⇒ **Selon l'analyse multivariée :**

Pour augmenter la puissance de l'étude, il est important de tenir compte de facteurs de confusion.

Ces facteurs peuvent influencer sur la décision d'allaiter au sein ou sur la prise de poids ultérieure, ce qui contribue à obscurcir l'effet propre de l'allaitement maternel.

Tout d'abord il est important de préciser que les variables entrant dans le modèle multivarié ($p < 0,20$) correspondent aux variables significatives ($p < 0,05$) en univarié.

Ainsi, ces variables sont :

- l'allaitement maternel,
- le statut pondéral du père et de la mère,
- le tabagisme maternel après la naissance de l'enfant,
- l'âge de la mère,
- le mode de vie à l'âge de 6 ans,
- la catégorie socio-professionnelle de la mère.

Nous avons réalisé une analyse multivariée pas à pas descendante selon « Hosmer et Lemeshow ». C'est-à-dire que nous avons rentré dans le modèle les variables d'intérêt puis nous avons supprimé celles qui sont non contributives ($p > 0,05$).

→ Il en ressort que les enfants allaités au sein ont significativement un risque 2 fois moindre de développer un surpoids ou une obésité à l'âge de 6 ans que ceux nourris aux préparations lactées.

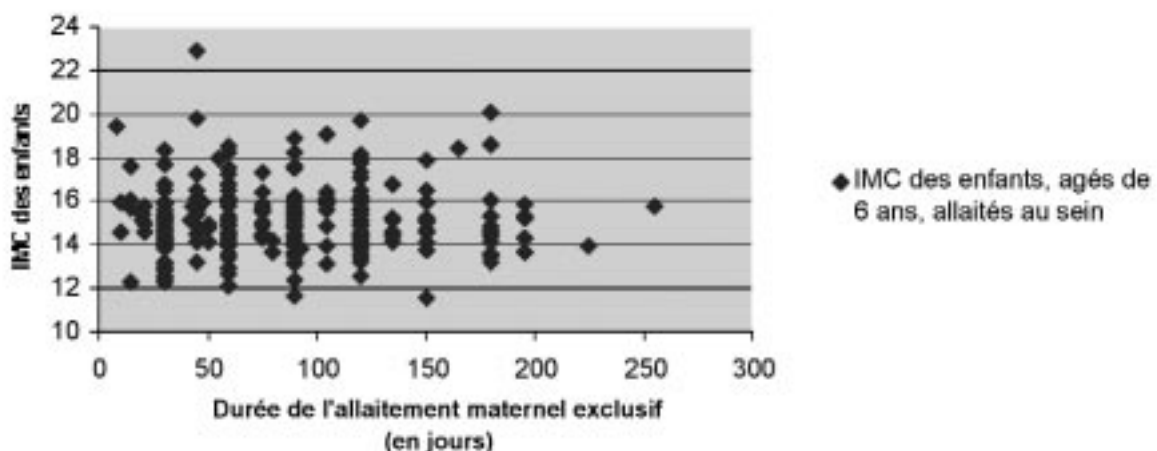
Le risque relatif a été ajusté avec l'âge de la mère, la présence d'un diabète gestationnel et la catégorie socio-professionnelle maternelle [RR = 0,52 (IC) : 0,29 - 0,93], ($p = 0,027$).

5.2. Vérification des hypothèses secondaires

⇒ **Vérification d'une hypothèse secondaire : Le degré de protection, vis à vis du surpoids et de l'obésité, dans la petite enfance, est corrélé à la durée de l'allaitement au sein.**

➤ **A l'âge de 6 ans :** Le risque relatif calculé, étant égal à 1, démontre que la durée de l'allaitement maternel exclusif n'est pas associée significativement au degré de protection qu'il offre ($p = 0,74$). Il n'existe pas de coefficient de corrélation positif entre la durée de l'allaitement maternel et la normalité de l'IMC.

Graphe de régression



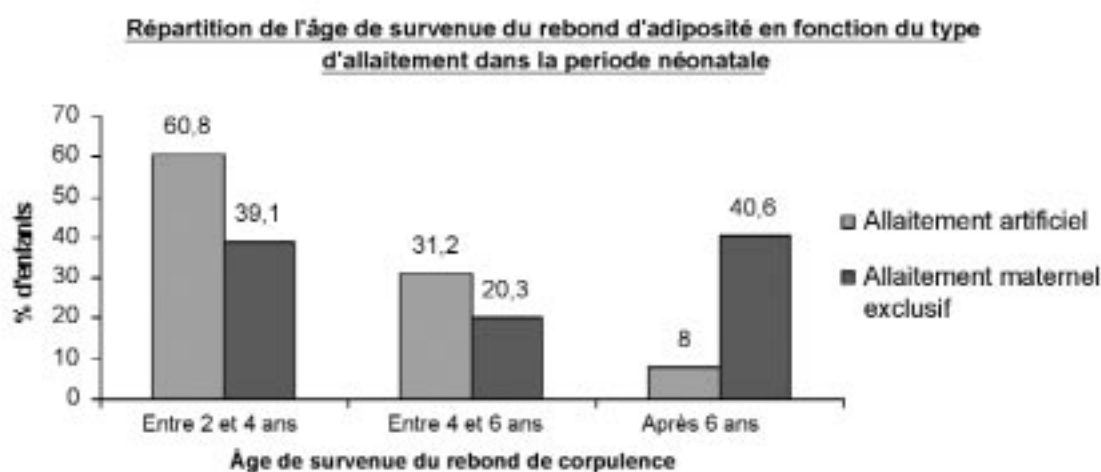
➤ **A l'âge de 2 et 4 ans** : La durée de l'allaitement maternel exclusif n'est pas associée significativement au degré de protection qu'il offre.

⇒ **Vérification d'une hypothèse secondaire : Le rebond d'adiposité survient plus précocement chez les enfants allaités au biberon que chez les enfants nourris exclusivement au lait de mère.**

Pour rappel, de la naissance jusqu'à l'âge de un an, l'IMC augmente et atteint son maximum, habituellement, juste avant l'âge de la marche. Puis, à l'âge de celle-ci, une décroissance normale de l'IMC est observée jusqu'à l'âge de 6 ans. Une nouvelle augmentation de l'IMC, que l'on dénomme le « rebond d'adiposité », est observée classiquement à partir de 6 ans, et ce, jusqu'à la fin de la croissance pour rejoindre les chiffres de l'adulte.

Cette notion de rebond de corpulence physiologique est très importante : un rebond trop précoce, c'est-à-dire survenant avant cet âge, constitue un signe d'alerte majeur de risque d'obésité

Dans notre étude, le rebond d'adiposité a été déterminé en calculant la déviation standard entre les différents âges.



→ Il apparaît que 92 % des enfants nourris artificiellement effectuent leur rebond d'adiposité précocement c'est à dire avant l'âge de 6 ans contre seulement 59,4 % pour les enfants nourris au lait maternel [RR : 0,12 (IC) : 0,07 - 0,22].

Cette différence est statistiquement significative ($p = 0,0001$).

6. Analyse des résultats

Les mécanismes physio-pathologiques pouvant conférer un effet protecteur à l'allaitement maternel s'appuient sur plusieurs hypothèses.

➤ Les aspects comportementaux :

Pendant la période néonatale, se met en place les mécanismes de l'appétit, de la régulation du poids et les gènes qui leurs sont associés.

L'alimentation précoce est déterminante dans la constitution de « l'empreinte métabolique ».

Les nourrissons au sein régulent probablement mieux les quantités de lait qu'ils ingèrent que ceux nourris au biberon. Le menu des nourrissons au sein est sur mesure, et varie en fonction de leurs besoins et du régime alimentaire de la mère.

Ainsi, chez les enfants nourris au sein, le point de satiété est déterminé par la physiologie interne, plutôt que par des indices externes qui sont surtout quantitatifs, comme c'est le cas chez les enfants nourris avec des produits artificiels.

➤ **L'aspect qualitatif du lait maternel :**

Contrairement au lait artificiel, le lait maternel n'a pas un goût, une odeur, une composition constants, et ceci pourrait avoir des conséquences sur les déterminants précoces du comportement alimentaire.

Ainsi, les enfants allaités au sein semblent mieux apprécier par la suite les aliments nouveaux et les goûts différents ; ceci pourrait faciliter une meilleure diversification, au bénéfice des légumes verts et des fruits.

➤ **L'aspect quantitatif du lait de femme :**

La teneur en protéines du lait artificiel est 1,6 à 1,8 fois plus élevée que celle du lait maternel. En effet, pour compenser la moindre digestibilité des protéines de vache, les laits artificiels en contiennent un peu plus que le lait maternel.

A partir d'un groupe d'enfants suivis de 10 mois à 10 ans, Rolland-Cachera suggère un lien entre un apport protéique élevé à l'âge de 2 ans et la précocité du rebond d'adiposité, et l'indice de corpulence à 8 ans.

Ainsi, le lait maternel pourrait contribuer à une prévention de l'obésité, mais ce concept est très controversé.

➤ **Les aspects endocriniens :**

- L'hyperinsulinisme

D'autres mécanismes ont été évoqués. Lucas a retrouvé des insulinémies significativement plus élevées, chez les enfants alimentés artificiellement, par rapport à ceux nourris au sein, ce qui pourrait stimuler le développement des adipocytes et l'adipogénèse.

En effet, on a constaté que, dans les deux à trois heures suivant l'ingestion d'une préparation lactée, ces nourrissons de quatre mois, présentaient des taux d'insuline considérablement plus importants que les nourrissons allaités au sein.

On impute cette hausse à l'apport protéique supérieur des préparations lactées. Ce constat suggère une résistance à l'insuline chez les bébés nourris au biberon. Or, on sait que cette résistance, stimulant le développement des adipocytes, va généralement de pair avec l'obésité.

- Les biofacteurs

Le rôle éventuel de certains biofacteurs présents dans le lait maternel, hormones ou peptides comme l'insuline, l'hormone de croissance (IGF-1), la somatostatine, l'ocytocine, les facteurs de croissance (insulin-like-growth-factor ; facteur de croissance épidermique), le TNF- α , la leptine, dont on sait qu'ils interviennent dans le métabolisme et/ou la différenciation adipocytaire (impact inhibiteur), reste aujourd'hui incertain.

7. Conclusion

Pour réaliser notre étude, nous avons recueilli de nombreuses informations sur d'éventuelles variables de confusion. Cela nous a permis de neutraliser leur influence potentielle et donc d'augmenter la puissance et la fiabilité de notre travail.

Ainsi, en tenant compte des variables de confusion, nous avons prouvé le rôle protecteur de l'allaitement maternel exclusif, d'une durée d'un mois ou plus, à l'égard du surpoids et de l'obésité chez l'enfant âgé de 6 ans.

De plus, il ressort de notre étude que l'alimentation au biberon avance l'âge du rebond d'adiposité, dont le caractère prédictif d'une obésité ultérieure est connu.

Cependant, une hypothèse de recherche n'a pas été confirmée. Celle-ci concerne l'absence de relation entre la durée de l'allaitement maternel exclusif et le degré de corpulence des enfants.

La question essentielle, à laquelle il est encore trop tôt pour répondre, est de savoir si l'existence d'un effet préventif de l'allaitement au sein vis-à-vis de problèmes pondéraux, se poursuit à l'adolescence voire à l'âge adulte.

De plus, de nombreux spécialistes n'ont pu isoler d'explications vraiment majeures de cet effet bénéfique de l'allaitement au sein. Il serait donc bon de multiplier les études pour connaître les éléments qui nuisent aux préparations lactées.

Enfin, l'allaitement maternel, compte tenu des nombreux avantages offerts par celui-ci sur le lait artificiel en terme de santé publique, est à favoriser et à promouvoir, tout en respectant les convictions des femmes.

Les grandes lignes des actions nécessaires au développement de l'allaitement au sein pourraient être les suivantes : mobilisation et formation des professionnels de santé, usage moins systématique de biberons de complément susceptibles de perturber le démarrage de l'allaitement maternel, campagnes d'information du public et respect de la législation du travail dans les entreprises.

COMPARAISON DU TOUCHER VAGINAL ET DE L'ÉCHOGRAPHIE DU COL DANS LA PRISE EN CHARGE DES MENACES D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ IMMINENTE.

S. BENICHOU, F. MAILLARD, F. GOFFINET, D. CABROL, T. SCHMITZ

RESUME

Introduction : La prématurité concerne près de 7,2 % des naissances en France. Pour mieux dépister les femmes à risque d'accouchement prématuré nous disposons de deux outils diagnostiques : le toucher vaginal et l'échographie du col.

Objectifs : (1) Nous avons voulu comparer les valeurs diagnostiques du toucher vaginal et de l'échographie du col sur l'accouchement prématuré imminent ($\leq 48h$ et ≤ 7 jours). (2) Nous souhaitons établir un score simplifié à partir des données de l'examen clinique plus performant que le score de Bishop.

Matériel et méthode : Une étude prospective par fiche descriptive, menée entre janvier 1997 et décembre 2001, a inclus un échantillon de 537 patientes hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré à Port Royal, maternité de niveau III. Cette analyse est réalisée à l'aide du logiciel STATA (test de Fischer exact ou du χ^2). Enfin, l'élaboration de courbes ROC nous a permis de juger de l'efficacité des différents tests.

Résultats : Les résultats obtenus montrent une efficacité comparable de ces deux examens pour les accouchements survenus dans les 48 heures ou les 7 jours qui suivent l'admission. Nous avons retenus les deux items du score de Bishop ayant les meilleures valeurs diagnostiques. Il apparaît que la longueur et la dilatation du col à l'examen clinique est aussi prédictif que le score de bishop et l'échographie du col pour les accouchements prématurés imminents. Passé ce délai, l'échographie du col utérin est supérieure à l'examen clinique.

Conclusion : Au vue de ces résultats, le toucher vaginal s'avère être un très bon marqueur pour diagnostiquer l'imminence de l'accouchement prématuré. Un examen clinique très modifié aux urgences, suffirait à lui seul pour motiver une prise en charge rapide (traitement tocolytique, cure de corticoïdes, transfert in utéro).

Mots-clés : Menace d'accouchement prématuré, Echographie du col , Toucher vaginal.

INTRODUCTION

Bien que nous assistions à un meilleur suivi des grossesses ainsi qu'à de nombreux progrès techniques en obstétrique et en réanimation néonatale, le taux de prématurité ne cesse d'augmenter [1]. La prévention et le dépistage du risque d'accouchement prématuré sont donc au coeur notre pratique clinique quotidienne. Le toucher vaginal, examen clinique de référence en obstétrique, n'apparaît pas suffisamment performant puisque près d'une femme sur deux hospitalisée pour MAP accouchera à terme. D'autres marqueurs ont donc été étudiés comme l'échographie du col utérin qui a rapporté une meilleure valeur prédictive que le toucher vaginal dans la littérature. Depuis lors, l'échographie du col, motive de plus en plus l'hospitalisation pour MAP aux urgences. Celle ci est-elle réellement plus prédictive que l'examen clinique ? Quel examen apprécie au mieux l'imminence de l'accouchement ?

Nous allons dans un premier temps comparer les valeurs prédictives de ces deux techniques retrouvées dans la littérature. Nous présenterons, dans un second temps, après un rappel de nos objectifs et de notre méthode, les résultats de notre étude concernant la comparaison de ces deux moyens diagnostiques aux urgences. Enfin nous terminerons en discutant les résultats ainsi obtenus.

MOYENS DIAGNOSTIQUES DE LA MAP AUX URGENCES

Le toucher vaginal

En France, le toucher vaginal fait partie intégrante de l'examen clinique obstétrical et met en évidence les modifications du col caractéristiques de la menace d'accouchement prématuré. S'il existe une association significative entre modification cervicale et accouchement, la valeur diagnostique du score de bishop reste modeste. A l'image de l'étude de lams où la dilatation du col ≥ 2 cm et un effacement ≥ 50 % ont une sensibilité relativement élevée (62% et 82%) mais une spécificité assez faible (39%). Pourtant, la valeur prédictive du toucher vaginal est loin d'être nulle : l'étude de Hueston et al montre qu'un col court a une sensibilité de 71% et une spécificité de 98% sur un accouchement dans les 7 jours [2].

L'échographie du col :

C'est depuis les années 1990 que l'échographie du col est utilisée comme critère pronostique de la MAP. Elle donne une valeur objective et quantifiable de la longueur du col. Il a l'avantage de dépister des dilatations de l'orifice interne du col alors même que l'orifice externe n'est pas encore modifié. Le critère de « longueur du col » est une variable continue, il n'existe pas de seuil particulier lié à un accouchement prématuré ainsi les mesures seuils les plus discriminants dans la littérature sont des valeurs comprises entre 20 et 30 mm (Tableau 1). Cette technique doit être réalisée par des praticiens expérimentés car une application exagérée de la sonde sur le col peut allonger artificiellement le col et fausser le pronostic de la MAP.

Comparaisons de ces deux outils dans la littérature :

Depuis l'introduction de l'échographie du col dans la prise en charge des MAP, plusieurs études comparatives accordent une supériorité à l'échographie cervicale. Cette dernière bénéficie de meilleures sensibilités et spécificités quant à la prédiction de l'AP (tableau 2). Cependant la plupart de ces études comparent l'efficacité de ces deux outils diagnostiques que pour un âge gestationnel donné. Pourtant, il est essentiel d'apprécier l'imminence de l'accouchement prématuré aux urgences afin d'adapter au mieux la thérapeutique à mettre en place. Une étude récente, menée par Gomez et al., révèle que les patientes présentant une longueur cervicale inférieure à 15 mm ont significativement plus de risque d'accoucher dans les jours qui suivent le diagnostic (OR : 10 dans les 48h, 13 à 7 jours, et 9 à 14 jours). Cette dernière étude conclut que l'efficacité diagnostique de l'échographie du col est bien meilleure que le toucher vaginal (effacement ou dilatation) [10].

ETUDE

Objectifs :

Nous avons voulu voir lequel de ces deux examens diagnostique le mieux les patientes à risque d'accouchement prématuré imminent. Nos objectifs sont les suivants :

- Comparer les valeurs prédictives du toucher vaginal et de l'échographie du col pour prédire l'accouchement dans les 48h et les 7 jours qui suivent l'admission d'une patiente pour MAP. -Etablir un score à partir des données de l'examen clinique plus performant que le score de bishop pour prédire l'AP imminent.

Méthode de recherche :

Il s'agit d'une étude prospective sur dossier se déroulant à la maternité Port Royal de niveau III, entre janvier 1997 et décembre 2001, au sein d'une population se présentant aux urgences pour une menace d'accouchement prématurée. Toute patiente, dont le début de grossesse est certain, hospitalisée pour MAP à membranes intactes entre 24 et 34 SA est incluse dans notre étude. Nous avons exclu les grossesses multiples, les ruptures prématurées des membranes, les pathologies maternelles ou fœtales, les béances anatomiques du col et les interruptions médicales ou thérapeutiques de grossesse. Au vu de ces différents critères, sur les 962 patientes incluses initialement, seules 537 patientes ont été retenues dans notre étude.

Résultats :

Caractéristique de notre population :

L'âge moyen de nos patientes est de 31 ans. Nous avons plus de nullipare que de multipare (53,3% vs 46,7%). Nous remarquons que notre population présente une MAP précoce et sévère puisque 60% de nos patientes ont un score de bishop > 4 et longueur de col < 30 mm. De plus près de 30% de nos patientes accouchent prématurément avant 36SA. Ce fort taux d'accouchement prématuré est notre point fort.

Comparaison des valeurs prédictives du toucher vaginal et de l'échographie du col : Nous allons comparé les courbes ROC des accouchements survenus dans les 48h, dans les 7 jours, et avant 34 SA, du score de bishop et de l'échographie du col construites pour ces trois délais. Nous remarquons que les deux courbes ROC se superposent aussi bien à 48h que dans les 7 jours qui suivent l'hospitalisation d'une patiente (figure1a et 1b). Cependant si nous considérons les accouchement survenus avant 34 SA nous remarquons que l'air sous la courbes ROC de l'échographie du col est significativement plus importante que celle du toucher vaginal (0,72 vs 0,65-).

Score simplifié du score de Bishop :

Nous avons voulu établir un score moins laborieux et plus simple d'utilisation que le score de bishop qui regroupe 5 items (longueur, dilatation, position, consistance du col et hauteur de la présentation fœtale). Nous avons voulu voir lesquels étaient les plus prédictifs de l'accouchement prématuré. Nous avons donc comparé les aires sous la courbe ROC de chacun de ces critères indépendamment les uns des autres. La dilatation et la longueur du col à l'examen clinique ont des aires sous la courbe plus importante et ce quelque soit le délai d'accouchement considéré. De plus les aires sous la courbe ROC de la hauteur de la présentation fœtale avoisinent les 0,5 à 48h (0,52), 7 jours (0,58) ou avant 34 SA (0,52) (tableau 3). Enfin si nous comparons la courbe ROC de ce score simplifié aux deux autres citées précédemment nous remarquons qu'elles se superposent dans les 48h et dans les 7 jours qui suivent l'hospitalisation.

DISCUSSION

Dans notre étude, il apparaît que le toucher vaginal est un bon critère diagnostique quant à la prédiction de l'accouchement prématuré dans les 48h et les 7 jours qui suivent l'admission d'une patiente aux urgences. En effet, un score de bishop ≥ 6 au toucher vaginal est une bonne valeur prédictive de l'accouchement prématuré à 48h (se = 70,4 et spe = 79,2) et à 7 jours (se = 63,6 et spe = 81,3). Néanmoins sa valeur diagnostique est plus faible pour les accouchements spontanés survenus avant 34 SA. Si nous prenons comme seuils un score de bishop ≥ 6 , 56,2% des patientes accoucheront avant 34 SA sans être dépistées. Afin d'optimiser ces résultats, nous avons cherché à déterminer quels critères du score de bishop sont les plus prédictifs. La dilatation de l'OI et l'effacement du col sont les deux items qui se distinguent par rapport aux autres. Leur valeur diagnostique combinée est meilleure que celle retrouvée pour chacun de ces critères utilisés indépendamment. Enfin, il semble que la hauteur de la présentation fœtale ne soit pas un bon critère de prédiction de l'AP. Sa valeur diagnostique est proche du hasard dans notre étude et ce, quel que soit le délai d'accouchement considéré.

Comme de nombreuses publications internationales, nous retrouvons une relation significative entre le raccourcissement de la longueur échographique du col et la survenue d'un accouchement prématuré. Dans notre étude un seuil à 20 mm apparaît optimal puisqu'il obtient une bonne sensibilité (entre 60 et 70,4 %) quel que soit le délai d'accouchement tout en minimisant le nombre de faux positifs. Mais compte tenu de la gravité et des conséquences de l'accouchement prématuré, un seuil à 25 mm peut être retenu afin de dépister un plus grand nombre de patientes à risque d'AP. Nous obtenons de meilleures sensibilités à 48h (70,5%), à 7 jours (76,6 %) ou avant 34 SA (70,5 %). Le choix de ce seuil implique nécessairement une prise en charge plus lourde de patientes qui n'accoucheront pas prématurément.

Il est indéniable que l'échographie du col a une meilleure valeur diagnostique que le toucher vaginal pour les accouchements survenus avant 34 SA, leur aires sous la courbe ROC en témoigne (0,72 vs 0,66*). Ce résultat concorde avec les différentes études comparatives de la littérature pour un âge gestationnel donné [8, 9]. Cependant, en obstétrique il est fondamental d'apprécier l'imminence de l'accouchement prématuré afin d'adapter au mieux la prise en charge des patientes aux urgences [10]. Les études comparatives rapportent également une supériorité diagnostique de l'échographie du col sur l'examen clinique. Mais là encore, le score de bishop dans sa totalité n'est pas pris en compte. Nous avons pourtant démontré que le score de bishop au toucher vaginal et l'échographie du col sont deux examens d'efficacité comparables quant à la prédiction des accouchements prématurés dans les 48h et dans les 7 jours. Mieux encore un score simplifié au toucher vaginal (longueur et dilatation) est aussi prédictif. Le toucher vaginal est réalisable par tous les cliniciens, et ce, de manière quasi instantanée aux urgences. Il permet donc un gain de temps considérable dans la situation d'urgence qu'est l'AP imminent qui nécessite rapidement des traitements thérapeutiques appropriés.

CONCLUSION

La MAP reste la pathologie la plus courante de la grossesse. Le problème majeur réside dans la difficulté à sélectionner les patientes à risque. En plus du diagnostique, il est primordial d'apprécier la sévérité de cette pathologie. Pour ce faire, le toucher vaginal et l'échographie du col sont deux examens de choix. Les publications internationales qui ont comparé ces deux tests mettent en évidence une meilleure valeur diagnostique de l'échographie du col. Toutefois, ces travaux n'étudient pas l'efficacité de ces outils dans les jours qui suivent l'hospitalisation. L'objectif de notre étude était de comparer les valeurs diagnostiques du toucher vaginal, à travers le score de bishop, et de l'échographie du col utérin à 48h, 7 jours et avant 34 SA. Nous avons d'abord confirmé que l'échographie du col est un bon critère prédictif pour dépister les patientes à risque élevé d'accouchement prématuré dans une population symptomatique. Toutefois notre étude nous amène à nuancer les premières conclusions publiées. En effet, il apparaît que le toucher vaginal est aussi prédictif que l'échographie du col sur les accouchements prématurés survenus dans les 48h et les 7 jours qui suivent l'hospitalisation d'une patiente pour MAP. Un score simplifié du bishop, associant longueur et dilatation au toucher vaginal, apparaît aussi prédictif. Ce constat nous permet, en tant que sage-femme, de diagnostiquer rapidement une patiente présentant une MAP à l'aide de notre simple examen clinique. Ce diagnostic rapide ferait gagner un temps précieux dans une situation d'urgence qu'est l'AP imminent (≤ 7 jours) qui nécessite une prise en charge immédiate et appropriée selon la sévérité : administration de tocolytiques associés à une cure de corticoïdes, organisation d'un TIU vers un établissement disposant d'équipements adaptés au risque obstétrico-pédiatrique.

Bibliographie

- [1] B Blondel, K. Supernant, C. Mazaubrun, G. breart 2005 – “Enquête Nationale de périnatalité: situation en 2003 et évolution depuis 1998”
- [2] JW Hueston. Preterm contractions in community settings :II. Presdicing preterm birth in women with preterm contractions. *Obstet Gynecol* 1998; 92:43-9
- [3] JD Iams, RL Goldenberg, PJ Meis, et al. The lenght of the cervix and the risk of spontaneous prematurity delivery. *National Institute of Child Health and Human development Maternal Fetal Medicine Unit Network. N Engl J Med* 1996;334:567-72.
- [4] JD Iams, J Paraskos, MB Iandon, JN Teteris, FF Johnson. Cervical sonography in preterm labor. *Obstet gynecol* 1994;84:40-6.
- [5] R Gomez, M Galasso, R Romero, M Mazor, Y Sorokin, L Goncalves, et al. Ultrasonographic examination of the uterine cervix is better than cervical digital examination as a predictor of the likelihood of premature delivery in patients with preterm labor and intact mambranes. *Am J obstet Gynecol* 1994; 171:956-64.
- [6] P Rozenberg, F goffinet, L Malagrida, Y Giudicelli, M Perdu, I Houssin, et al. Evaluating the risk of preterm delivery: a comparaisn of the fetal fibronectin and transvaginal ultrasonographic measurement of cervical length. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:196-9.
- [7] J M G Crane, M Van Der Hof, B A Armson, R Liston. Transvaginal ultrasound in the prediction of preterm delivery: singleton and twin gestations. *Obstet Gynecol* 1997;90:357-63.
- [8] V Berghella, E Lorge, E Tolosa, J Wapner. Cervical ultrasonography compared with manual examination as a predictor of preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:723-30.
- [9] LS Onderoglü et al. Digital examination and transperineal ultrasonographic measurement of cervical length to assess risk of preterm delivery. *International J Obstet Gynecol* 1997; 59:223-228.
- [10] R Gomez, R Romero, L Medina, et al. Cervicovaginal fibronectin improves the prediction of preterm delivery based on sonographic cervical length in patients with preterm uterine contractions and intact membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:350-9.

Auteurs / valeur seuil	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
Rozenberg 26 mm [4]	75%	73,2%	50%	89,1%
Iams 30 mm [5]	100%	44%	55%	100%
Gomez 18 mm [6]	73%	78%	67%	83%

Tableau 1 : Longueur cervicale prise comme seuil dans la littérature.

Auteurs	Seuil	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN	OR
Crane (1997), 162 patientes admises entre 23 et 33SA, accouchements < 37 SA [7]						
Echo du col	Lg < 30mm	81	65	46	90	0,85
Toucher vaginal	Effacement > 50%	78	43	34	84	1
	Dilatation ≥ 1,5 cm	38	94	70	80	1,55
Berghella (1997), 96 patientes admises entre 14 et 30 SA, accouchement < 35 SA [8]						
Echo du col	Lg < 25mm	59	85	45	91	4,8
Toucher vaginal	25ème perc.	41	77	28	86	2
	16 mm					
Onderoglü (1997), 90 patientes admises entre 25 et 36 SA, accouchement < 37 SA [9]						
Echo du col	Lg ≤ 28 mm	78	83	72	87	5,6
Toucher vaginal	Effacement ≥ 40%	63	69	53	78	2,3
	Dilatation > 2cm	66	72	57	80	2,7

Tableau 2 : Comparaison des valeurs prédictive du TV et de l'échographie du col.

Accouchement dans un délai de 48 h

Accouchement dans un délai de 7 jours

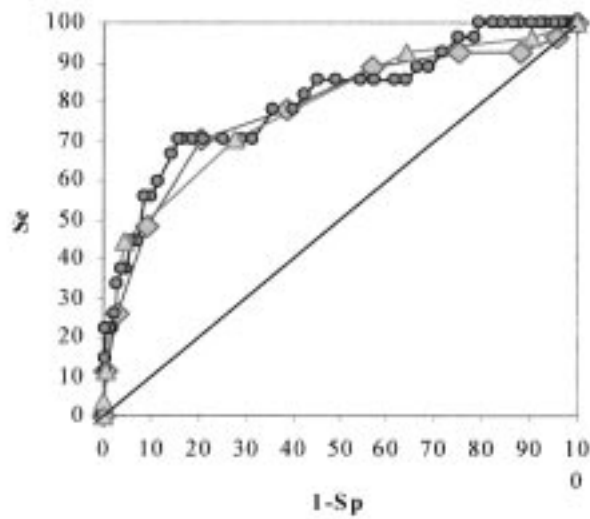


Figure 1a

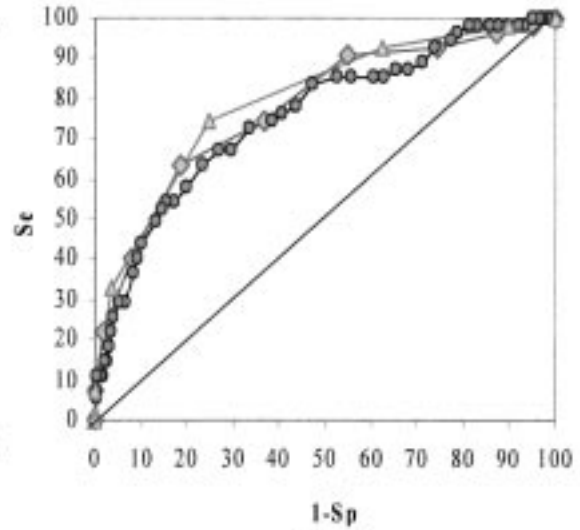
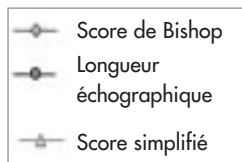


Figure 1b



Items du Bishop	Aire sous la courbe ROC - Délai d'accouchement		
	≤ 48h	≤ 7 jours	≤ 34 SA
Dilatation de l'OI	0,75	0,71	0,63
Longueur du col	0,70	0,74	0,62
Consistance	0,65	0,62	0,61
Position	0,66	0,62	0,56
Hauteur de la présentation	0,52	0,58	0,52

Tableau 3 : relation des aires sous la courbes ROC des chaque item du score de bishop suivant le délai d'accouchement

JEUDI 22 MAI 2008 - APRÈS-MIDI

**PATHOLOGIES SPECIFIQUES
DU BASSIN MEDITERRANEEN :
PRISE EN CHARGE OBSTETRICALE
ET PEDIATRIQUE**



THALASSEMIE, DREPANOCYTOSE PRISE EN CHARGE OBSTÉTRICALE

Nadia BERKANE
Paris

La drépanocytose homozygote est une hémoglobinopathie qui touche les populations noires mais aussi sub-sahariennes et certaines populations d'origine asiatique. Les flux migratoires font que cette pathologie est en augmentation régulière en France. Les patients atteints de cette hémoglobinopathie sévère ont vu leur espérance et leur qualité de vie s'améliorer au point que la maternité qui était une contre indication est devenue une situation tout à fait envisageable. Cependant il s'agit de grossesses à haut risque maternel et foetal. En effet la grossesse peut influencer négativement sur la pathologie maternelle et la drépanocytose accentue le risque de complications gravidiques. D'emblée on peut dire que le suivi doit se faire dans des centres multidisciplinaires.

La drépanocytose correspond à une modification de l'hémoglobine liée à des mutations de la bêta globine. L'hémoglobine normale est qualifiée AA, elle peut être modifiée de manière hétérozygote AS ou AC, homozygote SS ou CC ou hétérozygote composite SC ou associée à un autre type de mutation type β thalassémie (S β thal). Il existe des mutations plus rares O Punjab et autres que nous ne développerons pas. Les patients hétérozygotes AS ne sont pas malades mais peuvent transmettre le gène et doivent bénéficier d'une consultation de conseil génétique. Les formes homozygotes CC ne présentent pas de symptômes majeurs. Ces mutations diverses peuvent être associées à des mutations de l' β thalassémie ce qui aggrave l'anémie.

Les patientes SS, SC, et S β thal sont celles qui présentent une grossesse à risque.

Leur hémoglobine pathologique va entraîner une tendance à la polymérisation de l'hémoglobine avec déformation du globule rouge, obstruction des vaisseaux de petits calibres particulièrement en cas d'acidose, d'hypoxie, de fièvre, ou de déshydratation. Les conséquences sont une falciformation avec hypoxie tissulaire chronique, une asplénie ou des épisodes de séquestration splénique, des crises vasoocclusives, un syndrome thoracique, une atteinte osseuse (ostéomyélite, déformation), une atteinte de la rétine, mais d'autres organes peuvent aussi être altérés (reins, cerveau, cœur, ...).

La grossesse est une situation à risque pour ces patientes fragiles car elle nécessite une augmentation du travail myocardique, de la filtration rénale et elle accentue les risques d'infection, d'anémie, d'hémorragie, de gestes en urgence et la fatigue (efforts de poussée). A l'inverse la drépanocytose favorise l'hypertension gravidique, la pré-éclampsie et le retard de croissance d'origine vasculaire, mais aussi un taux plus élevé d'infections urinaires ou générales, de menace d'accouchement et de prématurité qu'elle soit spontanée ou induite. Il existe aussi des risques de mort foetale in utero et d'hypotrophie. Le taux de césarienne est très élevé. Du point de vue des complications drépanocytaires on retrouve un risque accru de crises vaso-occlusives accrues même chez celle qui ont peu ou pas de crises dans les années précédentes, de syndrome thoracique qui comportent un risque vital, et de nécessité de transfusion. Enfin il existe un risque de mort maternelle très élevé que l'on retrouve entre 0,5 et 5% dans la littérature.

Comment prendre en charge ces patientes.

- La situation idéale est une consultation préconceptionnelle.

A cette occasion on fera le point sur la pathologie drépanocytaire (examen ophtalmologique, échographie cardiaque, créatininémie et clearance de la créatinine, albuminurie, transaminases, bilan osseux) à la recherche de contre indication à la grossesse. On fera le point sur le statut viral de la patiente (HIV, hépatite B, hépatite C, CMV, HTLV 1 et 2) et une recherche d'agglutinines irrégulières. On vérifiera l'électrophorèse de l'hémoglobine du conjoint et on délivrera une information sur les possibilités de diagnostic anténatal. Enfin on propose une mise à jour de la vaccination contre l'hépatite B.

Pendant la grossesse on réalisera un dépistage mensuel de la bactériurie urinaire. On dépistera les pathologies vasculorénales type HTA et hypotrophie par l'évaluation de dopplers aux artères utérines à 22 SA et d'une biométrie mensuelle dès 22 SA, et par la réalisation d'un bilan biologique mensuel (NFS plaquettes, uricémie, transaminases, créatininémie, albuminurie).

- En cas de crises douloureuses :

On ne pourra pas utiliser les AINS au 1er et 3ème trim, et l'usage devra être limité au 2ème trimestre. On pourra prescrire du Paracétamol seul ou associé, per os ou IV éventuellement de la morphine en titration puis en continu. De manière systématique les traitements classiques d'appoint seront associés: réchauffement, hydratation oxygénation.

- En cas de transfusion:

Un contrôle régulier des agglutinines irrégulières devra se faire enfin et on devra utiliser du sang CMV négatif chez les patientes CMV négatif.

- En suites de couches (période à risque maternel) :

La surveillance doit être étroite une hospitalisation en secteur adapté (équivalent d'une unité de soins intensifs les 48 premières heures).

Enfin la contraception pourra être prescrite à ces femmes sur le même modèle que pour toutes les patientes.

- La politique transfusionnelle :

L'attitude adoptée au cours de la grossesse n'est pas clairement établie. En effet 2 courants s'affrontent. Les partisans de la transfusion systématique et ceux qui optent pour une transfusion au coup par coup selon différents critères. Pour notre part nous avons choisi une politique intermédiaire : nous transfusions systématiquement les patientes transfusées ou échangées au long cours, les patientes avec ATCD neurologiques, ou de syndrome thoracique, ou avec ATCD de complications vasculaires obstétricales (MFIU, RCIU, prééclampsie...). Mais aussi les patientes dont l'anémie est mal supportée généralement en dessous de 7 g/ dl et les patientes présentant des crises vasoocclusives résistantes au traitement médical ou récidivantes (au moins 3). Enfin les patientes SS sont systématiquement transfusées à l'accouchement (les SC au cas par cas). On essaie de transfuser au moins 2 culots globulaires sans dépasser 9 g /dl d'hémoglobine, dans ces cas là on pratique un échange transfusionnel sur machine ou au plus simple on associe la transfusion à une saignée.

- Pour conclure :

La grossesse est possible mais à haut risque maternel et foetal. Les patients SC sont aussi à risque de complications sévères. Enfin une connaissance soigneuse de cette pathologie par tous les membres de l'équipe médicale et paramédicale est nécessaire pour prendre en charge ces patientes.

PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ATTEINTS DE MALADIES DE L'HÉMOGLOBINE

*Mariane de MONTALEMBERT
Service de Pédiatrie Générale
Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris*

Physiopathologie et épidémiologie

Les principales maladies de l'hémoglobine ayant une expression clinique sont les syndromes drépanocytaires et thalassémiques majeurs. La drépanocytose est caractérisée par la présence d'une hémoglobine anormale, l'hémoglobine S (HbS), qui remplace l'hémoglobine normale A. En situation de manque d'oxygène, l'HbS polymérise, ce qui aboutit à la déformation du globule rouge qui prend une forme de faucille, devient raide, et perd son aptitude à circuler dans les petits vaisseaux. L'occlusion vasculaire qui en résulte peut être responsable de crise douloureuse (les tissus manquent d'oxygène), d'anémie aiguë (les globules rouges raides sont plus fragiles), ou d'infections graves (la rate est l'objet d'infarctus répétés et perd sa fonction de défense contre les bactéries). Les patients porteurs de drépanocytose sont principalement originaires d'Afrique sub-saharienne, des Antilles, d'Afrique du Nord, du Bassin Méditerranéen. On estime entre 7000 et 10 000 le nombre de malades porteurs d'un syndrome drépanocytairre majeur vivant en France.

Les syndromes thalassémiques sont liés à l'insuffisance de production d'une chaîne de globine, on parle de thalassémie α si ce sont les chaînes α qui sont insuffisamment produites, et de thalassémie β si ce sont les chaînes β . D'autre part, une thalassémie peut être étiquetée « majeure » si la production d'hémoglobine est tellement réduite que les patients doivent être transfusés tous les mois, ou « intermédiaire » s'il existe une production résiduelle d'hémoglobine suffisante pour que les patients ne soient transfusés que de façon épisodique, voire pas du tout. Les patients porteurs de syndromes thalassémiques sont principalement originaires des pays du pourtour méditerranéen, mais peuvent aussi être originaires d'Asie du Sud Est, de Chine, de l'Inde et du Moyen-Orient. L' α -thalassémie touche électivement les personnes d'origine asiatique. Les β -thalassémies sont exceptionnelles dans la population d'origine française, sauf en Corse où l'on retrouve 3% d'hétérozygotes. En France, une enquête nationale récente menée par Isabelle Thuret a répertorié plus de 350 patients thalassémiques atteints de formes de gravité majeure ou intermédiaire, principalement originaires d'Italie et d'Afrique du Nord.

Prise en charge

La prise en charge très précoce des nourrissons drépanocytaires, permise par le repérage des malades par le dépistage néonatal réalisé sous l'égide de l'AFDPHE, réduit la mortalité chez les petits enfants d'environ 8% à moins de 2%. En France, à l'opposé de la majorité des autres pays, le dépistage, est ciblé sur les populations à risque, avec diagnostic chaque année d'environ 300-350 nouveaux cas de syndromes drépanocytaires majeurs (enfants SS, SC- S/ β -thalassémiques). La très grande majorité réside en Ile de France et dans les DOM-TOM. En fait, comme pendant les premiers mois de vie les bébés produisent avant tout de l'hémoglobine fœtale, la drépanocytose est asymptomatique à la naissance. Le dépistage permet la mise en place des mesures préventives : pénicilline préventive quotidienne, vaccin conjugué anti-pneumococcique, hydratation abondante. L'éducation des parents est capitale :

réassurance sur le pronostic de la maladie bien prise en charge, explications sur ses mécanismes et sa transmission, apprentissage de la reconnaissance de la pâleur et de la fièvre, connaissances des circuits d'urgence. Le suivi ultérieur des enfants est à la fois préventif (poursuite de la prophylaxie anti-infectieuse, dépistage de la vasculopathie cérébrale par Doppler trans-crânien notamment) et curatif. Le maillage entre les soins de proximité et les centres de référence est très souhaitable.

L' α -thalassémie peut être responsable d'une anémie néonatale. En revanche, la β -thalassémie est asymptomatique à la naissance. Le diagnostic est parfois porté lors du dépistage néonatal, parfois plus tard, sur la constatation d'une anémie sévère avec hépato-splénomégalie, et parfois ictère. Le diagnostic dans les formes de gravité intermédiaire est plus tardif, en règle après l'âge de 4 ans. La NFS montre une anémie microcytaire hypochrome. L'étude de l'hémoglobine permet le diagnostic ; le pourcentage d'HbF est constamment très augmenté pour l'âge (50 à 98%) ; il persiste (β +) de l'HbA (5 à 45%), ou non (β o). Le diagnostic de l'anomalie du génôme β ne donne qu'une indication sur l'évolution de la maladie, et c'est l'apparition ou non de besoins transfusionnels qui amène à classer la thalassémie en majeure ou intermédiaire. Les enfants atteints de thalassémie majeure nécessitent des transfusions mensuelles qui améliorent spectaculairement le pronostic vital mais apportent de grandes quantités de fer. Ce fer n'a aucune voie naturelle d'évacuation et nécessite l'instauration d'un traitement chélateur pour éviter les dégâts liés à la surcharge en fer : insuffisance cardiaque, endocrinopathies, atteinte hépatique. Depuis peu, des chélateurs du fer oraux sont disponibles.

Les formes sévères de drépanocytose et de thalassémie altèrent nettement la qualité de vie et mettent en jeu le pronostic vital. Un diagnostic prénatal peut être proposé aux couples identifiés comme à risque d'avoir un enfant atteint d'hémoglobinopathie sévère, mais des motifs culturels et religieux expliquent que peu de couples à risque d'avoir un enfant atteint de drépanocytose y recourent. Pour les enfants les plus atteints, une greffe de moelle allogénique peut être proposée quand l'enfant a un donneur HLA-identique dans sa fratrie.

RICKETTSIOSES : FIÈVRE Q ET GROSSESSE

Xaxier CARCOPINO
Service de Gynécologie Obstétrique
Marseille

INTRODUCTION

La fièvre Q est une zoonose ubiquitaire due à *Coxiella burnetii*, une bactérie intracellulaire obligatoire dont les animaux domestiques sont le principal réservoir. Les animaux infectés excrètent la bactérie dans le lait et les produits de la délivrance, en particulier le placenta (1). Les hommes peuvent s'infecter en inhalant des aérosols contaminés. L'infection à *C. burnetii* est le plus souvent asymptomatique. Dans les autres cas, elle se traduit par une symptomatologie polymorphe et non spécifique. La fièvre Q peut être aiguë, et dans ce cas se traduire par un syndrome fébrile éventuellement associé à une pneumopathie et/ou une hépatite. Chez certains patients, la maladie peut devenir chronique et entraîner une endocardite.

Chez la femme enceinte, l'infection à *C. burnetii* est une cause de complications obstétricales, de morbidité et de mortalité néonatale. Les conséquences sont également importantes pour la mère, puisque la grossesse augmente le risque de fièvre Q chronique (2, 3) qui expose tout particulièrement la patiente au risque d'endocardite. Enfin, la fièvre Q peut être réactivée lors d'une grossesse suivante, imposant une surveillance sérologique régulière de ces patientes (3). Malgré sa gravité potentielle chez la femme enceinte, l'incidence de la fièvre Q pendant la grossesse est probablement sous-estimée et cette maladie reste mal connue des obstétriciens et des sages-femmes.

MICROBIOLOGIE

C. burnetii est un coccobacille intracellulaire obligatoire de petite taille (0.3 to 10 µm) (2, 4). Après avoir pénétré passivement par phagocytose dans les cellules hôtes, le germe est capable de survivre dans les phagolysosomes cellulaires dans lesquels le pH acide nécessaire à son métabolisme est présent (pH 4.5) (5, 6). Il est également capable de prendre une forme sporulée lui permettant de survivre dans l'environnement (7).

C. burnetii est capable de prendre deux états antigéniques différents. Les bactéries obtenues directement à partir de patients ou d'animaux sont en phase antigénique I et sont particulièrement virulentes (une seule bactérie en phase I peut suffire à infecter un humain) alors que les bactéries obtenues après culture sur cellules embryonnées sont en phase II et sont moins infectantes (4). Cette variation de phase est le résultat de délétions chromosomiques qui entraînent la modification irréversible des lipopolysaccharides (LPS) (5, 8), facteurs de virulence essentiels de *C. burnetii* (9). C'est la modification des LPS qui rend les protéines de surface accessibles aux anticorps (9). Lors de la phase aiguë de la maladie, la réponse des anticorps est initialement dirigée contre les organismes en phase II (4). Cette particularité antigénique permet de faire la différence sérologique entre la forme aiguë et la forme chronique de la Fièvre Q.

EPIDEMIOLOGIE

La fièvre Q est une zoonose ubiquitaire. Les réservoirs connus sont les mammifères, mais aussi les oiseaux, les poissons, les reptiles, les amphibiens et les arthropodes, essentiellement les tiques (10-13). Les hommes s'infectent principalement au contact d'animaux de ferme comme le bétail, les chèvres et les moutons (4). Les animaux domestiques, en particulier les chats et les chiens sont également un réservoir important de la maladie et peuvent être à l'origine de cas, voire d'épidémies en milieu urbain (14-18).

Les animaux infectés excrètent *C. burnetii* dans le lait, les urines, les fécès, et les produits de la délivrance, en particulier le placenta (19-22), qui peut contenir jusqu'à 109 organismes par gramme (23). Un gramme de placenta infecté peut ainsi contenir assez d'organismes pour infecter 100 millions de cobayes (22). L'infection humaine survient principalement après l'inhalation d'aérosols contaminés par des organismes provenant du liquide amniotique ou du placenta d'animaux infectés (2, 10, 13). De ce fait, les personnes exposées à la fièvre Q sont principalement celles vivant et/ou travaillant à proximité d'animaux de ferme. Du fait de la grande résistance de *C. burnetii* dans l'environnement (forme sporulée), l'infection humaine indirecte est également possible et peut survenir plusieurs mois, voire plusieurs années après que *C. burnetii* ait été excrété par un animal infecté (24). Le vent peut favoriser la dissémination de l'organisme et des particules contaminées peuvent être disséminées sur plusieurs kilomètres (25-27). L'ingestion de lait frais ou de produits laitiers non pasteurisés est un autre mode de contamination (28, 29). Même si elle est rare, la contamination interhumaine est possible. Un cas de fièvre Q survenu après contact au moment de l'accouchement et de la délivrance avec une femme enceinte infectée a été rapporté (30). L'infection verticale du fœtus par voie transplacentaire est également possible (30, 31).

La séroprévalence de *C. burnetii* chez les femmes enceintes à travers le monde est mal connue. Une telle séroprévalence a été estimée à 3.8% au Canada (32) et à 4.7% en Tanzanie (33). L'incidence de la fièvre Q pendant la grossesse serait de 1.3 pour 1000 dans le sud-est de la France (34). Dans cette région, le risque est particulièrement élevé à Martigues, où elle touche au moins une naissance sur 540 (0.19%) (35). En comparaison, la prévalence de l'hépatite B chez les femmes enceintes françaises est de 0.41% (36).

LA FIEVRE Q AIGUE

La présentation clinique de la fièvre Q est polymorphe et non spécifique. Après une période d'incubation de 1 à 3 semaines (2), la fièvre Q aigue se manifeste le plus souvent par un syndrome fébrile éventuellement associé à une pneumopathie et/ou une hépatite. En l'absence de traitement, la fièvre disparaît spontanément après une dizaine de jours (37). La fièvre Q aigue peut également être totalement asymptomatique (2, 38, 39), particulièrement chez la femme enceinte (40).

Le bilan biologique sanguin peut également être perturbé. Le nombre de leucocytes est habituellement normal, mais une thrombopénie et une élévation modérée des enzymes hépatiques est assez évocatrice de la maladie (4). Le taux de mortalité est bas, allant de 1 à 2% dans la population générale (29, 41). Même si elle est rare (<1%), la myocardite est une des premières causes de décès (42), mais n'a pour l'instant jamais été décrite chez la femme enceinte.

LA FIEVRE Q CHRONIQUE

Une fièvre Q chronique peut survenir un mois à plusieurs années après une fièvre Q aigue (43), ou survenir d'emblée (1). Globalement, environ 5% des patients infectés par *C. burnetii* vont développer une forme chronique (4). Les femmes enceintes sont particulièrement exposées au risque de forme chronique de la maladie (44). Il semble que le principal facteur de risque de fièvre Q chronique soit la durée de l'infection pendant la grossesse, et que les patients développent d'autant plus facilement une forme chronique de la maladie qu'elle se sont infectées tôt pendant leur grossesse, principalement pendant le premier trimestre (3, 44).

L'endocardite est la principale complication de la fièvre Q chronique. Dans la population générale, elle complique 60 à 70% des fièvres Q chroniques (1, 45) et survient principalement chez les patients porteurs d'une anomalie valvulaire préexistante ou atteints d'une maladie immunosuppressive (1, 46-49). En l'absence de traitement adapté, l'évolution de l'endocardite à *C. burnetii* est fatale (50). A ce jour, seul un cas d'endocardite à *C. burnetii* a été rapporté pendant la grossesse chez une femme ayant une bioprothèse aortique (44). Cette endocardite a entraîné le décès materno-fœtal à 27 SA.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de fièvre Q repose essentiellement sur la sérologie (4, 45). La séroconversion apparaît habituellement 2-3 semaines après le début de la maladie. La particularité antigénique de *C. burnetii* est extrêmement utile pour la différenciation sérologique entre les formes aiguë et chronique de la maladie. La fièvre Q aiguë se traduit par la présence d'IgM et d'IgG dirigés contre la forme avirulente de *C. burnetii* (phase II) alors que la forme chronique se traduit par des niveaux particulièrement élevés d'IgG et d'IgA dirigés à la fois contre la forme virulente (phase I) et avirulente (phase II) de *C. burnetii* (2).

CONSEQUENCES OBSTETRIQUES

C. burnetii a été mis en évidence dans le placenta d'animaux infectés (51-53), dans le liquide amniotique de bovins (54) et a été décrit comme étant responsable d'avortements, de retard de croissance intra-utérin (RCIU) et d'accouchement prématuré chez la brebis, la chèvre et la souris (23, 51, 55-59). Chez la femme enceinte, comme chez les autres mammifères infectés par *C. burnetii*, la bactérie va coloniser l'utérus, le placenta et les glandes mammaires et s'y multiplier. *C. burnetii* a également été mis en évidence dans le placenta de femmes enceintes infectées et dans les viscères fœtaux, démontrant ainsi la possibilité d'une infection transplacentaire (3, 30, 44, 60).

A ce jour, seuls 74 cas de fièvre Q pendant la grossesse ont été publiés (3, 23, 30, 31, 35, 40, 44, 60-73). Dans une série de 53 cas diagnostiqués et pris en charge dans notre institution entre 1991 et 2005, nous avons récemment évalué les conséquences de l'infection à *C. burnetii* chez la femme enceinte (44). L'analyse de ces cas a permis de démontrer que la fièvre Q pendant la grossesse est une cause significative de morbidité et de mortalité fœtale. Ainsi, elle peut entraîner un avortement spontané, un RCIU, un oligoamnios, un mort fœtale in utero (MFIU) ou encore un accouchement prématuré. De telles complications ont été respectivement observées dans 13.5 %, 27 %, 10.8 %, 27 % et 27 % des patientes n'ayant pas été traitées (44). Aucun cas de tératogénicité n'a été rapporté. La fièvre Q pendant la grossesse ne conduit pas nécessairement à un mauvais devenir fœtal. Sur les patientes que nous avons pris en charge et qui n'ont pas reçu de traitement, 18.9 % ont eu une grossesse d'évolution normale.

Il semble que le pronostic obstétrical dépende du moment de la grossesse auquel la patiente s'infecte. Ainsi, les complications obstétricales sont significativement plus fréquentes chez les patientes qui se sont infectées pendant le premier trimestre de leur grossesse par rapport à celles qui se sont infectées plus tard (44). Il semble que ce soit l'insuffisance placentaire secondaire à des lésions de vascularite et de thrombose vasculaire qui soit à l'origine de complications fœtales telles qu'un RCIU ou un accouchement prématuré (35). La survenue d'une MFIU est significativement corrélée à la présence d'une infection placentaire à *C. burnetii* et elle pourrait être la conséquence directe de l'infection fœtale (44).

TRAITEMENT

En dehors de la grossesse, le traitement de référence de la fièvre Q aiguë repose sur l'administration orale de Doxycycline pendant 14 jours (1). Le traitement de la forme chronique de la maladie requiert un traitement prolongé.

Ainsi les patients atteints d'endocardite à fièvre Q sont traités par l'association de Doxycycline et d'Hydroxychloroquine pour une durée totale du traitement allant de 18-36 mois (74, 75).

Le traitement de la fièvre Q chez la femme enceinte est un vrai défi thérapeutique. La Doxycycline et la Chloroquine sont toutes les deux contre-indiquées pendant la grossesse. Malgré un risqué théorique d'hyperbilirubinémie néonatale lorsqu'il est utilisé juste avant la naissance (76), le Co-trimoxazole peut être utilisé mais n'a qu'une action bactériostatique. Parce qu'un traitement de 3 semaines n'a pas permis de prévenir la survenue d'une MFIU (30), Raoult et al. recommandent l'utilisation prolongée de Co-trimoxazole, définie par l'administration orale quotidienne de 320 mg de Triméthoprim et de 1600 mg de Sulfaméthoxazole, pendant au moins 5 semaines et maintenu ensuite pendant toute la durée de la grossesse (3, 44). Un tel traitement prévient efficacement l'infection placentaire et la MFIU (44). Pour l'instant, aucun cas de MFIU n'a été rapporté sur les 16 femmes enceintes atteintes de fièvre Q ayant reçu ce traitement. Il prévient également efficacement la survenue d'une fièvre Q chronique chez la mère et la nécessité d'un traitement d'éradication du post-partum (44). Enfin, même si la capacité du traitement prolongé par Co-trimoxazole à prévenir une endocardite à fièvre Q n'a pas été démontrée, aucun cas d'endocardite à *C. burnetii* n'a été diagnostiqué parmi les 16 femmes enceintes ayant reçu ce traitement (44).

SUIVI DES PATIENTES ET GROSSESSES FUTURES

Du fait du risque de développer une fièvre Q chronique, les femmes enceintes ayant une fièvre Q aiguë doivent bénéficier d'un suivi sérologique rapproché et régulier (3). Dans le post-partum, un suivi clinico-sérologique est indiqué pour les mêmes raisons. Du fait du risque d'endocardite, la découverte de la persistance d'un profil sérologique de fièvre Q chronique fait indiquer un traitement d'éradication (association de Doxycycline et d'Hydroxychloroquine).

La réactivation de l'infection à *C. burnetii* est à craindre lors d'une grossesse suivante. Ainsi, toute femme ayant un antécédent de fièvre Q doit bénéficier d'un suivi sérologique mensuel maintenu pendant toute la durée de sa grossesse. Un rechute doit faire indiquer un traitement prolongé par Co-trimoxazole. Dans notre expérience, nous avons été impliqués dans le suivi de 25 nouvelles grossesses chez 19 patientes ayant un antécédent d'infection à *C. burnetii* pendant une grossesse précédente. Seulement 6 d'entre elles ont eu besoin d'un traitement prolongé par Co-trimoxazole. Toutes ont eu une évolution normale (44).

DEPISTAGE DE LA FIEVRE Q PENDANT LA GROSSESSE

Il est possible que l'incidence de la fièvre Q pendant la grossesse soit sous-estimé. Deux arguments permettent d'avancer cette hypothèse : la fièvre Q pendant la grossesse est souvent asymptomatique (40), ensuite, cette maladie reste peu connue du monde médical, en particulier des obstétriciens et des sages-femmes. La fièvre Q doit être évoquée chez toute femme enceinte présentant une fièvre résistante à un traitement antibiotique, en particulier chez les femmes présentant un facteur de risque comme une exposition à des animaux à risque. Une sérologie fièvre Q est également indiquée chez toute femme enceinte présentant une fièvre associée à une pneumopathie, une hépatite, une thrombopénie et chez celles ayant des antécédents d'avortement à répétition. Même s'il n'est pas justifié dans la population générale, le dépistage sérologique pourrait être envisagé chez les femmes enceintes vivant en zone d'endémie ou étant au contact d'animaux à risque. Il est par contre indispensable en cas de contexte épidémique. Parce qu'elle expose les patientes à un risque important d'endocardite à *C. burnetii* (46, 49, 77), dont l'évolution peut être fatale, l'existence d'une valvulopathie même minime impose une plus grande vigilance des équipes soignantes. Enfin, la fièvre Q pourrait être associée dans le groupe des TORCH (toxoplasmose, listériose, hépatite B, HIV, rubéole, cytomegalovirus et herpes). Une sérologie fièvre Q pourrait ainsi faire partie des infections recherchées dans le bilan d'un RCIU ou d'une MFIU.

PREVENTION

Tout comme les patients immunodéprimés et ceux porteurs d'une valvulopathie, les femmes enceintes devraient éviter toute situation et comportement à risque. Ainsi, le contact avec des animaux de ferme comme le bétail, les moutons, les chèvres et en particulier ceux ayant mis bas récemment doit être évité.

Comme les autres mammifères, les femmes enceintes infectées par *C. burnetii* excrètent la bactérie dans les produits de la délivrance et dans le lait. De ce fait, l'accouchement d'une femme atteinte de fièvre Q expose le nouveau-né, le personnel médical et paramédical et les proches à un risque important de contamination et impose certaines précautions (30). La salle d'accouchement doit être tenue fermée et soigneusement décontaminée après utilisation. Toutes les personnes impliquées doivent porter des gants et un masque et prendre de grandes précautions lors de la manipulation du placenta. Enfin, du fait du risque de passage de *C. burnetii* dans le lait, l'allaitement maternel est contre-indiqué chez toutes les femmes ayant présenté une fièvre Q pendant leur grossesse.

CONCLUSION

Pendant la grossesse, la fièvre Q peut être responsable de graves complications materno-fœtales et est d'autant plus grave qu'elle survient précocement. Elle expose l'enfant à naître au risque d'avortement spontané, de RCIU, d'oligoamnios, de MFIU et d'accouchement prématuré. La survenue d'une complication obstétricale et en particulier d'une MFIU est liée avec la présence d'une infection placentaire. Pour la femme enceinte, la fièvre Q expose au risque de forme chronique de la maladie. Le traitement prolongé par Co-trimoxazole permet de prévenir l'infection placentaire, la survenue d'une complication obstétricale et surtout d'une MFIU. Il est également d'un réel avantage pour la mère en prévenant l'apparition d'une fièvre Q chronique. Il doit être prescrit à toute femme enceinte atteinte de fièvre Q. Le dépistage de la fièvre Q doit être systématiquement envisagé chez les patientes ayant un ou plusieurs facteurs de risque d'exposition à *C. burnetii*, mais aussi chez celles qui sont atteintes d'une valvulopathie.

Références

1. Parker NR, Barralet JH, Bell AM. Q fever. *Lancet*. 2006 Feb 25;367(9511):679-88.
2. Maurin M, Raoult D. Q fever. *Clinical microbiology reviews*. 1999 Oct;12(4):518-53.
3. Raoult D, Fenollar F, Stein A. Q fever during pregnancy: diagnosis, treatment, and follow-up. *Archives of internal medicine*. 2002 Mar 25;162(6):701-4.
4. Fournier PE, Marrie TJ, Raoult D. Diagnosis of Q fever. *Journal of clinical microbiology*. 1998 Jul;36(7):1823-34.
5. Hackstadt T, Williams JC. Biochemical stratagem for obligate parasitism of eukaryotic cells by *Coxiella burnetii*. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 1981 May;78(5):3240-4.
6. Maurin M, Benoliel AM, Bongrand P, Raoult D. Phagolysosomes of *Coxiella burnetii*-infected cell lines maintain an acidic pH during persistent infection. *Infection and immunity*. 1992 Dec;60(12):5013-6.
7. McCaul TF. The developmental cycle of *Coxiella burnetii*. In: Williams J, Thompson HA, editors. *Q fever: the biology of Coxiella burnetii*. Boca Raton: CRC Press; 1991. p. 224-58.
8. Toman R, Skultety L. Structural study on a lipopolysaccharide from *Coxiella burnetii* strain Nine Mile in avirulent phase II. *Carbohydrate research*. 1996 Mar 22;283:175-85.

9. Hackstadt T. The role of lipopolysaccharides in the virulence of *Coxiella burnetii*. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1990;590:27-32.
10. Hirai K, To H. Advances in the understanding of *Coxiella burnetii* infection in Japan. *The Journal of veterinary medical science / the Japanese Society of Veterinary Science*. 1998 Jul;60(7):781-90.
11. Lang G. Coxiellosis (Q fever) in animals. In: Marrie T, editor. *Q fever, the disease*. Boca Raton: CRC Press; 1990. p. 23-48.
12. Marrie TJ, Embil J, Yates L. Seroepidemiology of *Coxiella burnetii* among wildlife in Nova Scotia. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 1993 Nov;49(5):613-5.
13. Woldehiwet Z. Q fever (coxiellosis): epidemiology and pathogenesis. *Research in veterinary science*. 2004 Oct;77(2):93-100.
14. Higgins D, Marrie TJ. Seroepidemiology of Q fever among cats in New Brunswick and Prince Edward Island. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1990;590:271-4.
15. Langley JM, Marrie T, Covert A, Waag DM, Williams JC. Poker player's pneumonia. An urban outbreak of Q fever following exposure to a parturient cat. *New Engl J Med*. 1988;319:354-6.
16. Marrie TJ, Durant H, Williams JC, Mintz E, Waag DM. Exposure to parturient cats: a risk factor for acquisition of Q fever in Maritime Canada. *The Journal of infectious diseases*. 1988 Jul;158(1):101-8.
17. Marrie TJ, MacDonald A, Durant H, Yates L, McCormick L. An outbreak of Q fever probably due to contact with a parturient cat. *Chest*. 1988 Jan;93(1):98-103.
18. Morita C, Katsuyama J, Yanase T, Ueno H, Muramatsu Y, Hohdatsu T, et al. Seroepidemiological survey of *Coxiella burnetii* in domestic cats in Japan. *Microbiology and immunology*. 1994;38(12):1001-3.
19. Arricau Bouvery N, Souriau A, Lechopier P, Rodolakis A. Experimental *Coxiella burnetii* infection in pregnant goats: excretion routes. *Veterinary research*. 2003 Jul-Aug;34(4):423-33.
20. Berri M, Souriau A, Crosby M, Crochet D, Lechopier P, Rodolakis A. Relationships between the shedding of *Coxiella burnetii*, clinical signs and serological responses of 34 sheep. *The Veterinary record*. 2001 Apr 21;148(16):502-5.
21. Marrie T. Epidemiology of Q fever. In: Marrie T, editor. *Q fever, the disease*. Boca Raton: CRC Press; 1990. p. 49-65.
22. Stoker MG, Marmion BP. The spread of Q fever from animals to man; the natural history of a rickettsial disease. *Bulletin of the World Health Organization*. 1955;13(5):781-806.
23. Babudieri B. Q fever: a zoonosis. *Adv Vet Sci*. 1959;5:81-102.
24. Valero F, de Groot P, Millaire A, Raoult D, Wattré P, Ducloux G. Pericardial effusion as the initial feature of Q fever. *American heart journal*. 1995 Dec;130(6):1308-9.
25. Hawker JJ, Ayres JG, Blair I, Evans MR, Smith DL, Smith EG, et al. A large outbreak of Q fever in the West Midlands: windborne spread into a metropolitan area? *Communicable disease and public health / PHLS*. 1998 Sep;1(3):180-7.
26. Tissot-Dupont H, Amadei MA, Nezri M, Raoult D. Wind in November, Q fever in December. *Emerging infectious diseases*. 2004 Jul;10(7):1264-9.
27. Tissot-Dupont H, Torres S, Nezri M, Raoult D. Hyperendemic focus of Q fever related to sheep and wind. *American journal of epidemiology*. 1999 Jul 1;150(1):67-74.
28. Fishbein DB, Raoult D. A cluster of *Coxiella burnetii* infections associated with exposure to vaccinated goats and their unpasteurized dairy products. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 1992 Jul;47(1):35-40.
29. Tissot Dupont H, Raoult D, Brouqui P, Janbon F, Peyramond D, Weiller PJ, et al. Epidemiologic features and clinical presentation of acute Q fever in hospitalized patients: 323 French cases. *The American journal of medicine*. 1992 Oct;93(4):427-34.
30. Raoult D, Stein A. Q fever during pregnancy--a risk for women, fetuses and obstetricians. *The New England journal of medicine*. 1994;330:371.
31. Ludlam H, Wreghitt TG, Thornton S, Thomson BJ, Bishop NJ, Coomber S, et al. Q fever in pregnancy. *The Journal of infection*. 1997 Jan;34(1):75-8.
32. Langley JM, Marrie TJ, Leblanc JC, Almudevar A, Resch L, Raoult D. *Coxiella burnetii* seropositivity in parturient women is associated with adverse pregnancy outcomes. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2003 Jul;189(1):228-32.
33. Anstey NM, Tissot Dupont H, Hahn CG, Mwaikambo ED, McDonald MI, Raoult D, et al. Seroepidemiology of *Rickettsia typhi*, spotted fever group rickettsiae, and *Coxiella burnetii* infection in pregnant women from urban Tanzania. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 1997 Aug;57(2):187-9.
34. Rey D, Obadia Y, Tissot-Dupont H, Raoult D. Seroprevalence of antibodies to *Coxiella burnetii* among pregnant women in South Eastern France. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2000 Dec;93(2):151-6.
35. Stein A, Raoult D. Q fever during pregnancy: a public health problem in southern France. *Clin Infect Dis*. 1998 Sep;27(3):592-6.

36. Denis F, Tabaste JL, Ranger-Rogez S. [Prevalence of HBs Ag in about 21,500 pregnant women. Survey at twelve French University Hospitals. The Muticentric Study Group]. *Pathologie-biologie*. 1994 May;42(5):533-8.
37. Derrick E. "Q" fever, a new fever entity: clinical features, diagnosis and laboratory investigation. *The Medical journal of Australia*. 1937;2:281-9.
38. Raoult D. Q fever: still a mysterious disease. *Qjm*. 2002 Aug;95(8):491-2.
39. McQuiston JH, Childs JE. Q fever in humans and animals in the United States. *Vector borne and zoonotic diseases (Larchmont, NY)*. 2002 Fall;2(3):179-91.
40. Tissot-Dupont H, Vaillant V, Rey S, Raoult D. Role of sex, age, previous valve lesion, and pregnancy in the clinical expression and outcome of Q fever after a large outbreak. *Clin Infect Dis*. 2007 Jan 15;44(2):232-7.
41. Kermode M, Yong K, Hurley S, Marmion B. An economic evaluation of increased uptake in Q fever vaccination among meat and agricultural industry workers following implementation of the National Q Fever Management Program. *Australian and New Zealand journal of public health*. 2003;27(4):390-8.
42. Fournier PE, Etienne J, Harle JR, Habib G, Raoult D. Myocarditis, a rare but severe manifestation of Q fever: report of 8 cases and review of the literature. *Clin Infect Dis*. 2001 May 15;32(10):1440-7.
43. Fenollar F, Fournier PE, Carrieri MP, Habib G, Messana T, Raoult D. Risks factors and prevention of Q fever endocarditis. *Clin Infect Dis*. 2001 Aug 1;33(3):312-6.
44. Carcopino X, Raoult D, Bretelle F, Boubli L, Stein A. Managing Q fever during pregnancy: the benefits of long-term cotrimoxazole therapy. *Clin Infect Dis*. 2007 Sep 1;45(5):548-55.
45. Raoult D, Marrie T. Q fever. *Clin Infect Dis*. 1995 Mar;20(3):489-95; quiz 96.
46. Tobin MJ, Cahill N, Gearty G, Maurer B, Blake S, Daly K, et al. Q fever endocarditis. *The American journal of medicine*. 1982 Mar;72(3):396-400.
47. Raoult D, Levy PY, Dupont HT, Chicheportiche C, Tamalet C, Gastaut JA, et al. Q fever and HIV infection. *AIDS (London, England)*. 1993 Jan;7(1):81-6.
48. Raoult D, Brouqui P, Marchou B, Gastaut JA. Acute and chronic Q fever in patients with cancer. *Clin Infect Dis*. 1992 Jan;14(1):127-30.
49. Fenollar F, Thuny F, Xeridat B, Lepidi H, Raoult D. Endocarditis after acute Q fever in patients with previously undiagnosed valvulopathies. *Clin Infect Dis*. 2006 Mar 15;42(6):818-21.
50. Stein A, Raoult D. Q fever endocarditis. *European heart journal*. 1995 Apr;16 Suppl B:19-23.
51. Stein A, Lepidi H, Mege JL, Marrie TJ, Raoult D. Repeated pregnancies in BALB/c mice infected with *Coxiella burnetii* cause disseminated infection, resulting in stillbirth and endocarditis. *The Journal of infectious diseases*. 2000 Jan;181(1):188-94.
52. Parker RR, Bell EJ, Lackman DB. Experimental studies of Q fever in cattle: I. Observations on four heifers and two milk cows. *American journal of hygiene*. 1948;48:191-7.
53. Luoto L, Huebner RJ. Q fever studies in southern California; IX. Isolation of Q fever organisms from parturient placenta; of naturally infected dairy cows. *Public health reports*. 1950 Apr 21;65(16):541-4.
54. Abinanti FR, Lennette EH, Winn JF, Welsh HH. Q fever studies. XVIII. Presence of *Coxiella burnetii* in the birth fluids of naturally infected sheep. *American journal of hygiene*. 1953 Nov;58(3):385-8.
55. Waldhalm DG, Stoenner HG, Simmons RE, Thomas LA. Abortion associated with *Coxiella burnetii* infection in dairy goats. *Journal of the American Veterinary Medical Association*. 1978 Dec 15;173(12):1580-1.
56. Stoker MG, Thompson JF. An explosive outbreak of Q fever. *Lancet*. 1953 Jan 17;1(3):137-9.
57. Stoenner HG. Experimental Q fever in cattle--epizootiologic aspects. *Journal of the American Veterinary Medical Association*. 1951 Mar;118(888):170-4.
58. Palmer NC, Kierstead M, Key DW, Williams JC, Peacock MG, Vellend H. Placentitis and Abortion in Goats and Sheep in Ontario Caused by *Coxiella burnetii*. *Can Vet J*. 1983 Feb;24(2):60-1.
59. Berri M, Rousset E, Champion JL, Russo P, Rodolakis A. Goats may experience reproductive failures and shed *Coxiella burnetii* at two successive parturitions after a Q fever infection. *Research in veterinary science*. 2007 Aug;83(1):47-52.
60. Kaplan B, Rabinerson D, Ben-Ari S, Neri A, Merlob P. An isolated case of Q-fever during pregnancy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 1995 Nov;74(10):848-9.
61. Gaburro D, Del Campo A. Considerazioni epidemiologiche e cliniche su un' infezione de *Coxiella burnetii* in tre gemelle immature. *Mal Inf Parsit*. 1956;8:384.

62. Tellez A, Sanz Moreno J, Valkova D, Domingo C, Anda P, de Ory F, et al. Q fever in pregnancy: case report after a 2-year follow-up. *The Journal of infection*. 1998 Jul;37(1):79-81.
63. Syrucek L, Sobeslavsky O, Gutvirth I. Isolation of *Coxiella burnetii* from human placentas. *Journal of hygiene, epidemiology, microbiology, and immunology*. 1958;2(1):29-35.
64. Riechman N, Raz R, Keysary A, Goldwasser R, Flatau E. Chronic Q fever and severe thrombocytopenia in a pregnant woman. *The American journal of medicine*. 1988 Aug;85(2):253-4.
65. McGivern D, White R, Paul ID, Caul EO, Roome AP, Westmoreland D. Concomitant zoonotic infections with ovine *Chlamydia* and 'Q' fever in pregnancy: clinical features, diagnosis, management and public health implications. Case report. *British journal of obstetrics and gynaecology*. 1988 Mar;95(3):294-8.
66. Marrie TJ. Q fever in pregnancy: report of two cases. *Infect Dis Clin Pract*. 1993;2:207-9.
67. Jover-Diaz F, Robert-Gates J, Andreu-Gimenez L, Merino-Sanchez J. Q fever during pregnancy: an emerging cause of prematurity and abortion. *Infectious diseases in obstetrics and gynecology*. 2001;9(1):47-9.
68. Hellmeyer L, Schmitz-Ziegler G, Slenczka W, Schmidt S. [Q Fever in pregnancy: a case report and review of the literature]. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*. 2002 Sep-Oct;206(5):193-8.
69. Friedland JS, Jeffrey I, Griffin GE, Booker M, Courtenay-Evans R. Q fever and intrauterine death. *Lancet*. 1994 Jan 29;343(8892):288.
70. Ellis ME, Smith CC, Moffat MA. Chronic or fatal Q-fever infection: a review of 16 patients seen in North-East Scotland (1967-80). *The Quarterly journal of medicine*. 1983 Winter;52(205):54-66.
71. Dindinaud G, Agius G, Burucoa C, Senet JM, Deshayes M, Magnin G, et al. [Q fever and fetal death in utero. Two cases]. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. 1991;20(7):969-72.
72. Bental T, Fejgin M, Keysary A, Rzotkiewicz S, Oron C, Nachum R, et al. Chronic Q fever of pregnancy presenting as *Coxiella burnetii* placentitis: successful outcome following therapy with erythromycin and rifampin. *Clin Infect Dis*. 1995 Nov;21(5):1318-21.
73. Wagstaff DF, Janney JH, Crawford KJ, Dimijian GG, Joseph JM. Q fever studies in Maryland. *Public health reports*. 1959;80(12):1095-9.
74. Raoult D, Houpikian P, Tissot Dupont H, Riss JM, Arditi-Djiane J, Brouqui P. Treatment of Q fever endocarditis: comparison of 2 regimens containing doxycycline and ofloxacin or hydroxychloroquine. *Archives of internal medicine*. 1999 Jan 25;159(2):167-73.
75. Maurin M, Benoliel AM, Bongrand P, Raoult D. Phagolysosomal alkalinization and the bactericidal effect of antibiotics: the *Coxiella burnetii* paradigm. *The Journal of infectious diseases*. 1992 Nov;166(5):1097-102.
76. Lim WS, Macfarlane JT, Colthorpe CL. Treatment of community-acquired lower respiratory tract infections during pregnancy. *Am J Respir Med*. 2003;2(3):221-33.
77. Raoult D. Host factors in the severity of Q fever. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1990;590:33-8.

MUCOVISCIDOSE : ASPECTS GÉNÉTIQUES

Perrine MALZAC
Génétiennne
Département de Génétique Médicale de la Timone
Marseille

La mucoviscidose est une des plus fréquentes parmi les maladies génétiques graves. L'incidence est variable selon les régions (1/3000 en Bretagne – 1/5000 dans le Sud de la France) et selon les origines géographiques (exceptionnelle chez les asiatiques ou les noirs africains).

C'est une maladie récessive autosomique. Les hétérozygotes sont « asymptomatiques ». On estime la prévalence de hétérozygotes dans la population générale en France à 1/30.

C'est en 1985 que, par analyse de liaison, le gène de la mucoviscidose a pu être localisé sur le bras long du chromosome 7 en 7q31. La démarche de génétique inverse a permis d'aboutir à l'identification du gène, publié en 1989 (Tsui et Collins). Dans cette publication, les auteurs déduisaient de la séquence nucléotidique du gène, la séquence polypeptidique de la protéine CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane conductance Regulator) codée par ce gène. Ils rapportaient aussi une mutation retrouvée sur près de 70% des allèles, la mutation F508del.

Le gène de la mucoviscidose est un gène de grande taille relativement complexe à explorer.

Il code pour une protéine transmembranaire intervenant dans le transport du chlore. Elle est localisée au niveau de la membrane cellulaire au pôle apical des cellules épithéliales sécrétoires des bronches et bronchioles, du tube digestif, des canaux excréteurs hépatiques et pancréatiques, de la peau et, chez l'homme, des vésicules séminales et des canaux déférents.

Lorsque cette protéine est absente ou déficiente, les troubles pulmonaires ou digestifs résultent notamment du caractère anormalement épais et concentré des sécrétions muqueuses liées à l'anomalie de transfert ionique.

En réalité, le terme de mucoviscidose s'applique à une symptomatologie d'une grande variabilité, allant des formes classiques (qui associent une atteinte pulmonaire, digestive, des voies ORL et une infertilité chez l'homme), à des formes atypiques touchant préférentiellement un organe (formes pulmonaires ou formes digestives), voire des formes atténuées (par exemple une simple infertilité masculine par agénésie bilatérale des canaux déférents).

Dans tous les cas, lorsqu'un diagnostic de mucoviscidose est suspecté, un test de la sueur, dont le principe consiste à déterminer la concentration de chlore sudoral, est indiqué. De réalisation difficile, il doit être fait par un laboratoire expérimenté. Il est considéré normal lorsque le chlore sudoral est bas ($\text{Cl}^- < 40 \text{ mEq/l}$), anormal lorsqu'il est élevé ($\text{Cl}^- > 60 \text{ mEq/l}$). Cependant, ce test est à l'origine de faux négatifs (notamment pour les formes atypiques de mucoviscidose) et parfois de faux positifs.

D'un point de vue génétique, la mucoviscidose apparaît lorsque les deux exemplaires du gène sont mutés. Sur le plan moléculaire, un individu malade peut être homozygote (si les deux mutations sont identiques) ou hétérozygote composite (si elles sont différentes).

De très nombreuses mutations ont été retrouvées dans le gène CFTR. Actuellement, plus de 1000 mutations différentes ont été décrites, tout le long de la séquence du gène.

La F508del est la mutation la plus fréquente. Sa fréquence varie selon les populations. En France, on la retrouve en moyenne sur 70% des allèles mutés, avec un pic de fréquence à 80% en Bretagne et une fréquence minimum à 60% dans le sud.

La quasi totalité des mutations retrouvées dans le gène CFTR sont des mutations ponctuelles (c'est à dire qui entraînent le changement, la perte ou le gain d'une ou de quelques paires de base). Plus rarement il peut s'agir de grandes délétions emportant tout ou partie du gène. Leur fréquence respective est différente selon les origines géographiques. Ainsi, il a pu être défini des spectres de mutations caractéristiques en fonction des populations considérées.

L'identification des mutations du gène CFTR confirme le diagnostic mais donne peu d'indications pronostiques sauf pour certaines mutations (notamment F508del) retrouvées en général dans les formes sévères de la maladie.

En raison du grand nombre de mutations connues, des difficultés à l'explorer ce gène et du fait que certaines mutations seulement sont retrouvées de façon fréquentes, la recherche se fait souvent en deux étapes.

Au cours de la première étape, seules les mutations les plus fréquentes sont recherchées, de façon ciblée, à l'aide de kits adaptés. Environ 36 mutations peuvent ainsi être identifiées, ce qui représente, selon les populations, entre 70 et 90% des allèles mutés. Ces méthodes de diagnostic sont accessibles à tous les laboratoires de biologie moléculaire et sont faciles à mettre en œuvre.

Lorsque le diagnostic de la maladie est cliniquement certain, mais que les deux mutations n'ont pu être identifiées, une deuxième étape consiste à réaliser un balayage systématique de toutes les régions codantes du gène, ainsi que des régions régulatrices, afin de rechercher des mutations rares. Ces recherches ne sont réalisées que par quelques laboratoires de référence en France. Elles permettent d'identifier 98% des allèles mutés.

Actuellement, les laboratoires français se sont organisés en réseaux, financés par un budget ministériel annuel pérenne, afin que le génotypage des mutations, même les plus rares, puisse être accessible à l'ensemble des patients atteints ou suspects d'être atteints de mucoviscidose.

La recherche des mutations du gène CFTR est indiquée dans plusieurs circonstances :

- pour l'aide au diagnostic dans les formes classiques ou modérées de mucoviscidose
- lors du dépistage néonatal après dosage de la Trypsine-Immuno-Réactive (TIR)
- pour le conseil génétique à destination des couples en âge de procréer dont l'un des membres est apparentés à un sujet atteint de mucoviscidose ou à un sujet porteur hétérozygote
- lors du diagnostic prénatal (ou du diagnostic préimplantatoire) pour les couples à risque d'avoir un enfant atteint de la mucoviscidose
- pour le diagnostic prénatal sur signe d'appel échographique (hyperéchogénicité intestinale)

Ces études moléculaires doivent être réalisées selon le cadre législatif et réglementaire établies par la loi de bioéthique (Août 2004) à propos des examens des caractéristiques génétiques de la personne.

PRISE EN CHARGE DIÉTÉTIQUE D'ENFANTS ATTEINTS DE MUCOVISCIDOSE

Gersende GROSS - Marseille

Le dépistage systématique permet une prise en charge précoce des enfants atteints de mucoviscidose.

La prise en charge diététique va dépendre du bilan clinique, des marqueurs biologiques et de la détermination du degré d'insuffisance hépatique.

La prise en charge nutritionnelle est importante dès le plus jeune âge, il a été démontré qu'il existe un lien entre l'état nutritionnel et l'état pulmonaire. Ainsi la prise en charge diététique s'intègre dans la prise en charge pluridisciplinaire de ces enfants.

50% des enfants présentent dès la naissance une insuffisance du pancréas exocrine, justifiant la prise d'extraits pancréatiques. Ces extraits sont peu adaptés aux nourrissons et leur prise nécessite une éducation de la maman.

En général l'apport énergétique de ces enfants est supérieur à ceux des autres enfants.

Concrètement plusieurs situations peuvent se présenter nécessitant une prise charge adaptée :

Lorsqu'il n'y a pas d'insuffisance pancréatique, on conseillera l'allaitement maternel en première intention ou l'utilisation de laits classiques pour nourrissons, l'apport énergétique total sera évalué en fonction de la courbe staturale pondérale de l'enfant.

Dans le cas d'une insuffisance pancréatique, l'apport recommandé est de 110% de l'apport énergétique total.

Chaque prise alimentaire nécessite la prise d'extraits pancréatiques qui seront prescrits par le médecin. On utilisera toujours en première intention le lait maternel ou les laits premier âge classiques. En général, les nourrissons adaptent spontanément leur consommation en fonction de leur besoin, la recommandation est donc de ne pas freiner la demande de l'enfant.

Si la courbe staturale pondérale n'est pas bonne malgré la prise des extraits pancréatiques, on pourra enrichir les biberons avec des malto dextrines et des triglycérides à chaînes moyennes afin d'augmenter l'apport énergétique.

Dans le cas particulier d'un ileus méconial à la naissance ou d'une intolérance digestive, on utilisera des hydrolysats de protéines enrichis en malto dextrine et TCM.

Des situations particulières, encombrements, infections respiratoires, troubles digestifs peuvent nécessiter le recours à une nutrition entérale par sonde naso gastrique.

La diversification se fera en général vers l'âge de six mois de la même manière qu'un enfant non atteint de mucoviscidose .

Il est à noter qu'il existe un lait adapté à la mucoviscidose mais nous l'utilisons peu du fait de son coût.

Enfin la mucoviscidose engendre des pertes importantes en sels ainsi, les biberons pourront être enrichis en sels.

Les enfants seront aussi supplémentés dès la naissance en vitamines liposolubles ADE, K.

En conclusion, la prise en charge diététique s'intègre dans la prise en charge globale de l'enfant et nécessite un suivi régulier, l'adaptation de l'apport énergétique dépend des courbes staturales pondérales. Chaque prise en charge est adaptée à chaque enfant en fonction du bilan clinique, des marqueurs biologiques et de la courbe de poids.

VENDREDI 23 MAI 2008 - MATIN

DEMARCHE QUALITE



L'ÉVALUATION DES PRATIQUES UN MOYEN DE PRIMER LA QUALITÉ

Jean-Michel CHABOT
Paris

« Les lois sont des institutions particulières et précises de la législature ; et les mœurs et les manières des institutions de la nation, en général. De là suit que lorsqu'on veut changer les mœurs et les manières, il ne faut pas les changer par les lois, cela paraîtrait trop tyrannique : il vaut mieux les changer par d'autres mœurs et d'autres manières.... C'est une très mauvaise politique de changer par les lois, ce qui doit être changé par les manières. Il y a des moyens pour empêcher les crimes : ce sont les peines ; il y en a pour faire changer les manières : ce sont les exemples »

Montesquieu. De l'esprit des lois, livre XIX, chapitre XIV.

INTRODUCTION

Jusqu'à la fin des années 80, l'exercice médical s'accompagnait naturellement d'une exigence implicite des « meilleurs soins ». Depuis cette échéance, l'exigence est devenue de plus en plus explicite et les conditions d'exercice de la médecine se sont sensiblement modifiées.

Cette évolution - finalement très rapide et perceptible en France comme dans l'ensemble des pays développés s'est déroulée sous trois influences principales qui ne se démentent pas :

- celle des patients, dont l'accès à la connaissance est désormais débridé et qui portent une attention de plus en plus aiguë aux résultats des soins qui leurs sont prodigués ; de plus les associations qui les représentent sont évidemment tentées d'installer un pouvoir d'inspiration consumériste et d'infléchir le droit et le règlement dans le même sens ;
- celle des gestionnaires et financeurs, publics ou privés, mais soucieux de mieux maîtriser les dépenses fortement croissantes liées à la santé ;
- enfin celle des médecins eux-mêmes (et plus généralement de l'ensemble des personnels-soignant) naturellement impliqués pour trouver les moyens de traiter au mieux les malades.

La vie quotidienne des professionnels s'en est donc trouvée de plus en plus laborieuse afin, d'une part de continuer de répondre aux demandes des patients et, d'autre part de satisfaire aux contraintes croissantes liées à un environnement gestionnaire, réglementaire et professionnel de plus en plus exigeant.

Au tout début des années 2000, ce sont des auteurs américains et britanniques, issus des secteurs privés et publics, qui se sont unis pour mieux apprécier les conséquences de l'évolution des conditions de l'exercice médical ¹.

1. Edwards N, Kornacki, NJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done ? BMJ 2002; 324: 835-8

L'encadré ci-contre, produit par ces auteurs, résume la transition douloureuse entre les valeurs traditionnelles et les nouveaux impératifs de l'exercice médical.

Valeurs traditionnelles	Nouveaux impératifs	
<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie professionnelle • Garantie d'activité et sécurité professionnelle • Déférence et respect des patients et de la société 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilité croissante • Nécessité de centrer son action sur le patient • Assurer les malades et leur entourage d'une disponibilité et d'une attention personnalisée • Assumer un risque de judiciarisation 	<ul style="list-style-type: none"> • S'impliquer dans un travail en équipe multidisciplinaire en adhérant à des protocoles d'amélioration de la qualité • S'inscrire dans des procédures d'évaluation des pratiques cliniques incluant l'avis des malades

Dans ce contexte, deux nouvelles obligations, pesant aujourd'hui sur les épaules des médecins et à terme sur le million de professionnels de la santé sont actuellement mises en œuvre :

➤ **La première est une obligation de formation continue** (en réalité régulièrement évoquée depuis plus de quinze années).

La volonté de limiter les variabilités constatées en développant la formation continue s'est initialement traduite par une recherche de ce que pouvait être la meilleure médecine possible. D'où le mouvement de promotion de l'evidence-based medicine (EBM, acronyme qui pourrait également signifier Exercer la Bonne Médecine) et la mise en œuvre des différentes méthodologies d'analyse de la littérature, de procédure de consensus, puis de production de recommandations.

Cette stratégie procédait d'un pré-supposé selon lequel il suffirait de faire émerger la « bonne médecine » pour que les médecins l'appliquent prioritairement.

Dès le début des années 90 il est apparu que le succès n'était pas au rendez-vous, en tous les cas beaucoup trop partiellement. En conséquence, un grand nombre de travaux expérimentaux ont alors recherché les meilleures conditions de diffusion, puis dans un deuxième temps, les meilleures conditions d'appropriation par les médecins du terrain de cette bonne médecine.

L'ensemble de ces travaux a été l'occasion d'une redécouverte des données de base élaborées par les spécialistes des sciences de l'éducation et plus généralement des sciences sociales au cours des années 60 à 80.

Selon ces données, le savoir n'est que l'un des facteurs qui déterminent la démarche diagnostique ou thérapeutique de chaque médecin. En réalité, une série de facteurs interagissent pour déterminer le comportement des professionnels en activité.

Et ces différents facteurs – où se mêlent les conditions d'exercice du médecin, son environnement professionnel, les relations qu'il peut entretenir avec le patient ou son entourage, etc... - n'interviennent pas avec la même efficacité selon le profil du médecin concerné et dans la plupart des cas, il ne s'agit que d'une efficacité partielle. De là, les programmes complexes, qui associent les techniques de formation continue ou d'information et qui nécessitent des interventions multiples et diversifiées. Ces programmes sont expérimentés depuis plusieurs années, mais les résultats restent notoirement insuffisants.

Au point qu'il faut se demander si l'on ne pourrait pas changer radicalement de stratégie.

Selon cette évolution stratégique, les approches fondées sur l'actualisation des connaissances seraient mises au

second plan au bénéfice d'une négociation avec les professionnels, pour rechercher les conditions d'une réorganisation de l'exercice professionnel (vraisemblablement dans le cadre d'équipes pluriprofessionnelles) axée sur l'application prioritaire de « protocoles » issus des recommandations et adaptés/actualisés à la lumière de l'évaluation des résultats cliniques qui seraient obtenus. Une telle évolution est fondée sur le constat de plus en plus largement partagé selon lequel l'organisation du système de soins est davantage en cause que la somme des comportements individuels des médecins, quand il s'agit de rechercher l'amélioration de la qualité des soins et l'efficacité des moyens engagés.

➤ **La seconde est une obligation d'évaluation des pratiques professionnelles**

Il faut espérer que les modalités d'application de ces deux obligations tendent à une coordination et une simplification optimales.

UNE EVOLUTION DE LA CULTURE MEDICALE

On connaît le rationnel de ces dispositions légales, au demeurant préparées de longue date. Le fonctionnement de notre système de soins – comme tous ceux des pays de l'OCDE, qu'ils soient d'inspiration publique ou privée – doit être régulé. Cette nécessaire régulation peut se faire de différentes manières plus ou moins contraignantes. Le choix a été fait de fonder cette régulation sur la qualité (... des services offerts aux patients par le système). Et pour garantir et le cas échéant accroître cette qualité, il faut développer l'évaluation.

En réalité, il s'agit bien davantage d'un changement de culture que d'une simple modification légale ; d'où la réflexion de Montesquieu placée en exergue de ce texte.

Cependant ce changement suscite quelquefois l'indifférence ou l'incrédulité du corps professionnel.

Cela tient sans doute à des raisons de deux ordres.

Tout d'abord, nombre de médecins (ou de sages – femmes) considèrent déjà qu'ils font de leur mieux et que les procédures d'évaluation auxquelles ils semblent promis risquent surtout d'alourdir un exercice quotidien qui leur paraît désormais marqué par une avalanche croissante de contraintes .

Ensuite la qualité est une notion issue du monde de l'entreprise et il n'est pas acquis que cette notion soit adaptée aux problématiques de santé. Surtout, les conséquences qui pourraient résulter dans l'exercice médical quotidien de la démonstration éventuelle d'un gain supplémentaire (ou d'un déficit) de qualité des soins ne sont pas encore à ce stade suffisamment précisées.

DES POINTS D'ACCORD MECONNUS

Pour autant et dès lors qu'elles ne provoquent pas de réactions d'intolérance, toutes les questions qui concernent la qualité des soins et son précurseur inévitable, l'évaluation, peuvent être traitées autour des principaux points d'accord suivants :

- D'abord le constat que les mêmes politiques sont mises en œuvre, quasi simultanément, dans tous les pays dont le système de soins a été développé au cours des 60 dernières années, c'est-à-dire notamment les pays de l'OCDE. Ces politiques comportent invariablement des « obligations » de formation et d'évaluation.

S'agissant de la France, ces contraintes ne sont pas faciles à accepter. En effet, rien dans la formation initiale des médecins et peu de choses dans la formation des sages – femmes ne les avait préparés à cette évolution. D'où l'ardente nécessité d'en parler aux étudiants d'aujourd'hui de la manière la plus positive possible.

- Ensuite le débat en cours, qui porte sur les fondements de l'exercice médical.

Pour beaucoup l'exercice clinique continue de se dérouler dans le cadre du colloque singulier où s'exprime la liberté du choix réciproque du patient et du professionnel.

Pour d'autres, l'exercice médical devrait – sans renier la dimension personnelle - de plus en plus évoluer vers la mise en œuvre de « recommandations de bonne pratique », incluses dans des schémas d'organisation de la prise en charge des malades, faisant intervenir des équipes pluriprofessionnelles ;

- Enfin, il est de plus en plus généralement admis que la qualité des soins admet deux composantes principales.

D'abord, bien sûr une composante liée à la compétence individuelle de chaque professionnel de santé

Ensuite, une composante correspondant à l'organisation du système de soins et des diverses structures et administrations qui contribuent à son fonctionnement. Cette seconde composante a été longtemps méconnue par les médecins. Elle était cependant portée par les gestionnaires et financeurs du système de santé eux-mêmes en miroir, insuffisamment attentifs aux points de vue des médecins.

L'enjeu d'aujourd'hui est donc que ces deux composantes, compétence individuelle et organisation efficiente voient leurs effets se cumuler au bénéfice de la qualité du service rendu aux patients ².

C'est dans ce sens que les britanniques depuis quelques années, ont promu le concept de « *Clinical governance* » pour accroître l'efficacité de leur *National Health Service* (NHS).

C'est également dans ce sens que les hollandais ³, synthétisant des travaux menés des deux côtés de l'atlantique, nous invitent à poursuivre en proposant l'intégration des deux approches portées, pour la première par les cliniciens et pour la seconde par les managers. En réalité, cette invitation est plutôt impérative, en aval du constat qu'ils font du gouffre (d'un abîme, chasm en langue anglaise) existant entre les deux approches :

« *De nombreuses initiatives distinctes contribuent à améliorer les différentes composantes de la qualité. Au moyen des recommandations de pratique et des audits, les cliniciens développent la dimension « evidence-based » de leur activité. De leur côté les managers et les qualitateurs organisent les procédures d'accréditation ou de certification, tandis que d'autres gestionnaires/managers s'impliquent dans les systèmes d'information médicalisée ou de rationalisation des ressources. La plupart du temps, cependant, toutes ces initiatives sont conduites séparément et les équipes travaillent chacune pour elle-même, dans l'ignorance des autres ».*

EVALUER : QUOI ET COMMENT ?

Se posent ensuite des questions d'ordre technique : comment faire pour réaliser l'évaluation des pratiques médicales ?

Au cours des cinquante dernières années, deux écoles de pensée se sont intéressées à cette question, de manière indépendante l'une de l'autre.

Il y a eu d'une part l'approche managériale développée autour des travaux réalisés par les « qualitateurs ».

Cette approche s'est appliquée au monde de l'entreprise industrielle, commerciale, puis de plus en plus au secteur des services. Elle consiste principalement à formaliser les procédures ou les processus suivis, à établir des standards et à s'assurer que les productions sont autant que possible conformes aux standards (ce qui inclut évidemment l'analyse des éventuelles erreurs).

Il y a eu d'autre part, l'approche pédagogique, développée autour des travaux réalisés par les medical

2. Donaldson JD, Muir Gray A . *Clinical governance: a quality duty for health organisations. Quality in health care* 1998; 7(Suppl) : S 37-S 44

3. Berg M, Schellekens W, Bergen C. *Bridging the quality Chasm. Int J Qual Health Care* 2005 ;17 : 75-82

educators de culture anglo-saxonne. Cette approche s'est appliquée aux médecins en formation initiale ou continue, dès lors que l'objectif s'est déplacé de la traditionnelle évaluation des connaissances vers celle plus délicate des compétences. Différents programmes expérimentaux d'analyse du comportement professionnel et de description des compétences avaient alors été réalisés au cours de la décennie 70/80 par des pionniers comme Christine Mc Guire ou Howard Barrows, mais ces recherches étaient restées cantonnées dans le champ limité de la pédagogie sans relation avec le fonctionnement du système de soins.

C'est précisément la convergence entre ces deux approches, jusque là ignorantes l'une de l'autre qui est en train de se réaliser.

Pour conclure à ce stade, il faut surtout rappeler que cette recherche permanente d'amélioration de la qualité n'est pas nouvelle pour les professionnels de santé ; elle a été de tout temps présente à leur esprit. Il se trouve cependant que ce qui était le plus souvent implicite va devenir de plus en plus explicite.

Cette explicitation est cependant susceptible de provoquer des difficultés essentiellement de deux ordres :

➤ d'abord difficultés techniques : les évaluations des pratiques vont faire intervenir des procédures et des méthodes. Il est essentiel que les médecins et les sages - femmes se retrouvent dans ces procédures et n'aient pas le sentiment d'être submergés par une bureaucratie triomphante.

Au delà des premières expérimentations, il faut aussi souhaiter que l'évaluation se généralisant, il ne sera plus nécessaire de plaquer sur l'exercice médical des méthodes ou des procédures, mais que l'évaluation se trouvera intégrée dans des formes rénovées de l'exercice clinique. C'est déjà le cas aujourd'hui au sein des services cliniques qui mettent en œuvre des revues de morbi-mortalité ou des séances de révision de dossiers ou de bibliographie commentée, au terme desquelles les protocoles de prise en charge sont continuellement réadaptés. C'est également ce qui se passe dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires en oncologie, tout comme dans nombre de réseaux de soins et de « maisons médicales » au sein desquelles des équipes pluriprofessionnelles coopèrent sur la base de protocoles de soins écrits et continuellement réactualisés à la lumière des résultats obtenus.

➤ ensuite difficultés culturelles : aujourd'hui encore les évaluations peuvent être considérées comme des contrôles conduisant systématiquement à des sanctions. Au contraire, l'évaluation ayant pour finalité première une amélioration du service rendu est encore méconnue. C'est ce modèle dénommé « évaluation formative », relativement étranger à la culture latine, qu'il convient de développer de manière privilégiée (voir ENCADRE).

LES LIMITES DES DISPOSITIFS DE FORMATION ET D'ÉVALUATION

Ces limites avaient été utilement soulignées par les auteurs d'une analyse publiée dans le JAMA en septembre 2004. Les auteurs de cette analyse ⁴ sont des membres actifs et influents de l'ABIM (*American Board of Internal Medicine*) qui regroupe aux États-Unis plus de 200 000 des 700 000 médecins actifs.

Ils y font le constat que les médecins américains sont plutôt en retrait au sein du mouvement d'amélioration de la qualité des soins. Ce retrait s'explique selon eux pour deux motifs principaux.

Le premier motif concerne l'évolution récente de la politique de qualité des soins aux États-Unis.

Elle a été avant tout marquée par la publication en 1999 d'un rapport ⁵, élaboré par l'*Institute of Medicine* et intitulé « *To Err Is Human* ». L'un des points soulignés par ce rapport était l'importance d'une iatrogénie à l'origine d'une létalité conséquente (et potentiellement évitable) dans les hôpitaux américains.

4. Brennan TA, Horwitz RI, Duffy FD. The role of Physician Specialty Board Certification Status in the Quality Movement. JAMA 2004 292: 1038-1043

5. IOM. *To Err Is Human*. Nov 1999. Rapport accessible sur le site www.iom.edu

En conséquence, des actions concertées avaient été engagées ; elles étaient fondées sur l'identification des 6 composantes suivantes, dont l'ensemble constituait la qualité des soins : la sécurité, l'efficacité, l'efficience, la juste adaptation (opportunité), l'équité, et bien entendu l'importance centrale accordée au patient. Mais dans la réalité, la plupart des actions correctrices ont été ciblées sur la sécurité des soins et les modifications engagées ont surtout concerné les systèmes et les organisations et non les médecins eux-mêmes qui sont donc restés au second plan.

Le second motif concerne les difficultés signalées par les experts de l'ABIM pour évaluer et garantir les compétences des médecins américains.

Cet aspect renvoie à la politique de recertification professionnelle (régulièrement promue par l'ABIM depuis 1936 (!) et qui avait été instituée avec le premier Board d'ophtalmologie dès 1917.

Depuis lors, l'ABIM a constamment tenté d'améliorer la validité et la fiabilité (**voir ENCADRE**) de ses procédures conduisant à la recertification, sans pour autant parvenir à un résultat satisfaisant.

Ainsi, la mesure de la qualité des prestations de chaque praticien pris individuellement reste considérée comme un défi, en dépit des procédures de plus en plus lourdes et complexes. Aujourd'hui ces procédures associent la démonstration d'activités de formation continue et d' (auto-)évaluation, la vérification de la capacité cognitive de résolution de problèmes cliniques et l'analyse de la performance en pratique clinique, incluant l'avis d'autres professionnels et des patients.

Néanmoins les résultats obtenus ne sont pas assez fiables pour que la qualité des médecins américains puisse être, dans l'absolu, garantie.

Cela confirme à la fois l'intérêt et les limites des politiques de formation continue et d'évaluation des compétences. En réalité ces limites sont bien connues ; elles ont été signalées à maintes reprises au cours des dix dernières années ^{6,7}. Il apparaît en particulier que les efforts constants de formation et l'attention croissante portée à l'évaluation restaient très souvent sans effet durable dès lors qu'ils ne se traduisent pas également par une réorganisation de l'exercice médical.

C'est précisément cette avancée – essentielle – qui vient d'être concrétisée par une équipe de collègues universitaires américains.

Pour cela ils ont étudié ⁸ les démarches et les données cliniques de près de 2 millions de patients suivis pendant une année dans près de 120 practice groups (cabinets de groupe médical). Au terme de l'étude, il apparaît clairement que la prise en charge des patients suivis dans des groupes fonctionnant de manière intégrée – où les échanges entre les différents professionnels sont permanents, tout comme le recours à des bases de données - est supérieure [sur la base de six critères de bonne validité clinique] à celle de malades comparables pris en charge dans des cabinets où les médecins travaillent de manière indépendante, isolée.

Bien entendu, de nombreux commentaires et limitations pouvant être adjoints aux conclusions de cette étude. Il reste que les médecins et les sages – femmes qui se sont engagés en France dans des modes d'exercice rénovés tels qu'ils s'imposent au sein des maisons médicales ou dans le cadre de réseaux de soins ou de groupes de pairs, auraient pu anticiper les résultats publiés en décembre 2006 dans *Annals of internal medicine*.

6. Dauphinee WD. Assessing clinical performance : where do we stand and what might we expect ? JAMA;1995;274:741-3.

7. Landon B, Normand SL, Blumenthal. Physician clinical performance assessment : prospect and barriers. JAMA; 2003;290:1183-9.

8. Mehrota A, Epstein A, Rosenthal A. Do integrated Medical Groups Provide Higher-Quality Medical Care than Individual Practice Associations? *Annal Intern.Med.* 2006;145:826-833.

CONCLUSION

Ce constat doit encourager l'évolution vers une formation continue et une évaluation des médecins qui ne seraient pas limitées à un dispositif constituant sa propre finalité. Au contraire, formation permanente et évaluation sont les éléments constitutifs de ces modes d'exercice renouvelés – le cas échéant au sein d'équipes multiprofessionnelles – dont on voit bien qu'ils représentent les conditions de pratique pour l'avenir.

Dès lors l'évaluation des pratiques, loin d'apparaître comme une obligation légale à satisfaire, deviendra synonyme d'amélioration des conditions d'exercice et des pratiques cliniques.

ÉVALUATION : VADEMECUM

Pr Jean-Michel Chabot

L'évaluation est dans le secteur de la santé, tout comme dans celui de l'éducation et de la formation, une préoccupation croissante. Cela tient sans doute à ce que les moyens humains et matériels mis en œuvre sont de plus en plus conséquents et, surtout, à cette heureuse évolution qui fait que l'analyse des effets produits par la mise en jeu des moyens, est désormais associée à tout programme d'action mené de manière responsable.

Ainsi, il est aujourd'hui acquis que toute action inclut sa propre évaluation, ou plus simplement que l'évaluation d'une action fait partie intégrante de cette action, ou encore plus radicalement : il n'y a pas d'action sans évaluation.

Dès lors, il devient licite de s'intéresser à l'évaluation, à ses qualités, à ses caractéristiques et à ses finalités ; toutes choses qui ont été trop longtemps méconnues ou négligées.

Trois qualités

D'une manière quasi unanime¹⁻⁴ trois notions principales sont avancées, dès lors que l'on discute des qualités que doit présenter, autant que possible, toute évaluation.

Ces trois qualités sont sa **validité**, sa **commodité** et sa **robustesse**. Derrière ces trois termes qui empruntent volontiers au langage familier, se cachent une série de caractéristiques métrologiques, le plus souvent d'inspiration anglo-saxonne. Traduites en français, ces caractéristiques métrologiques s'expriment par un ensemble de néologismes, inégalement compréhensibles et quelquefois irritants pour le lecteur non spécialiste.

À ce stade, il est essentiel de noter que ces trois qualités potentielles d'une évaluation sont applicables aussi bien à l'échelle d'une institution (politique d'évaluation) que d'une organisation (procédure d'...), que d'un programme particulier (instrument d'...), ou même que d'un élément constitutif d'un programme (critère /indicateur d'...).

- Parmi ces trois qualités, la **commodité** s'entend aisément. Elle renvoie à la faisabilité – pour l'évaluateur - et à l'acceptabilité – pour l'évalué - que doit rechercher toute évaluation.

Force est de reconnaître que cette commodité est trop souvent négligée.

C'est en particulier le cas lorsque le questionnaire (d'une évaluation) est trop long, inutilement détaillé, ou bien, par exemple, quand l'utilisation de questions « ouvertes » rend laborieux le traitement des données recueillies ; c'est également le cas quand l'objectif de l'évaluation déclenche la défiance ou provoque l'opposition – plus ou moins larvée – de celui qui se sent mis sur la sellette.

- La **robustesse** est également facilement décodable : elle regroupe sous ce seul terme la fiabilité, l'objectivité, la reproductibilité que chacun est en droit d'espérer de toute évaluation, d'autant que des décisions seront susceptibles d'en découler.

- La **validité** reste la notion la plus délicate à préciser ; c'est pourtant la qualité première d'une évaluation, comme la suite va le montrer. Cette délicatesse tient sans doute au caractère polysémique que la langue française confère à ce substantif et à l'adjectif correspondant.

On peut également préciser que validité et pertinence sont deux termes qui recouvrent sensiblement la même notion. Et ainsi convenir que la validité est pour un programme d'évaluation ce que la pertinence signifie pour la formation.

En pratique, en matière d'évaluation, la validité apprécie dans quelle mesure, une politique, une procédure, un instrument ou un critère (d'évaluation) permettent effectivement « de mesurer ce qu'ils ont pour objet de mesurer ».

La validité d'une évaluation rend donc compte de la capacité de cette évaluation de bien traduire ce qu'il importe d'analyser. Dans cette mesure, il est préférable de renoncer à une évaluation dont la validité serait trop faible ou même incertaine ; d'autant que sa commodité serait elle-même médiocre.

Un critère (ou un instrument) d'évaluation sont ainsi réputés de bonne validité quand les données recueillies permettent certainement d'analyser ce qu'ils prétendent analyser. Dès lors qu'un instrument d'évaluation – comme peut l'être un examen de faculté par exemple - est préparé, l'enseignant responsable peut s'assurer de sa bonne validité, c'est à dire que les points qui paraissent devoir être vérifiés le sont bien et qu'aucun de ces points n'est hors programme. Ce faisant l'enseignant responsable s'assure de la bonne « validité de contenu » de son examen. On peut aussi s'intéresser – entre autres - à la « validité de construction » et à la « validité prédictive » de chaque politique, procédure, instrument ou critère d'évaluation, mais il s'agit alors d'une affaire de spécialiste dont l'utilité et l'efficacité (voir tableau) au quotidien sont sûrement moindres.

Quatre caractéristiques

Au-delà des trois notions de validité, commodité et robustesse, il reste quatre caractéristiques à exposer pour être tout à fait à l'aise avec l'évaluation : ces caractéristiques sont portées par les termes d'évaluation « **formative** » ou « **sommative** » et d'évaluation « **critériée** » ou « **normée** » (ainsi que différentes combinaisons possibles entre ces quatre termes).

Selon le modèle le plus communément admis, l'évaluation comporte trois temps successifs :

- d'abord le recueil des données,
- ensuite la formulation de l'appréciation (jugement)
- et, le cas échéant, la prise de décision résultante.

Sous ce même modèle, il faut distinguer deux types d'évaluation, principalement distinctes en raison de l'utilisation qui en est faite (c'est-à-dire leur finalité). Ces deux types sont l'évaluation **formative** et l'évaluation **sommative**.

- L'évaluation **formative** est plutôt étrangère à notre culture, c'est ce qui fait sa difficulté.

Elle consiste – comme toute évaluation – à obtenir des données (qui traduisent l'objet à évaluer) de manière à porter une appréciation. Cependant, dans l'évaluation formative, cette appréciation n'a pour seule finalité que de favoriser un progrès permanent, à l'exclusion de toute autre utilisation, notamment sommative ou sanctionnante.

Ainsi, l'évaluation formative (*formative assessment* des anglo-saxons) se traduit comme une approche dynamique, axée vers l'amélioration continue de l'objet évalué.

- De son côté, l'évaluation sommative – dont la synonymie riche reconnaît les termes de « finale » ou « certifiante » ou « sanctionnante » – a pour finalité la prise de décision au terme d'une procédure d'évaluation.

Ainsi, l'évaluation sommative se traduit par le constat d'un état (par exemple la reconnaissance d'une compétence) à un moment donné (vision statique ou stabilisée). C'est ce type d'évaluation - et les menaces qui s'y rattachent en cas d'un résultat insuffisant – qui se trouve totalement associé à notre culture dominante; d'où la difficulté d'envisager sans crainte l'évaluation.

Critériée ou normée ?

Les deux dernières caractéristiques d'une évaluation concernant son cadre « **critérié** » ou au contraire « **normé** ».

- Identifier un (ensemble de) critère(s), puis recueillir des données, avant de les apprécier par rapport à ces critères, voilà qui définit l'**évaluation critériée**. On peut ainsi, par exemple, identifier l'ensemble des critères qui constituent une prévention du risque cardiovasculaire, puis analyser (apprécier) les données d'activité d'un ou plusieurs médecins pendant un temps d'observation plus ou moins long.

Cette **évaluation critériée** permettra de situer le comportement professionnel de chacun ou du groupe des médecins observés, par rapport à la liste des critères prédéterminés.

- D'une toute autre essence est l'évaluation normée, où le but n'est pas de situer les objets évalués par rapport à des critères prédéterminés, mais par rapport les uns aux autres ; le but est donc d'établir un classement (une hiérarchie), sans se soucier de la valeur intrinsèque de chacun des objets évalués.

Le propos n'est pas d'opposer évaluation normée et évaluation critériée et d'en privilégier une par rapport à l'autre ; le propos est simplement de les distinguer, en observant **qu'elles n'ont pas la même finalité** et en constatant que l'on passe souvent – à son insu – de l'une à l'autre, ce qui peut provoquer des désagréments.

Reste les combinaisons. Il revient au lecteur intéressé de reconstituer ces combinaisons et d'en déduire les distinctions entre des évaluations « critériée formative » ou « critériée sanctionnante » ou même « normée sommative ». **Au delà, ces distinctions permettent, par exemple, de différencier aisément un indicateur d'allocation de ressource, d'un indicateur de benchmarking ou encore d'un critère de performance.**

De nombreux exemples traduisant la mise en oeuvre de ces évaluations dans le secteur de la santé peuvent être donnés.

En particulier les deux suivants, porteurs d'impacts considérables sur l'exercice clinique quotidien des médecins et l'état des malades. Évidemment, il s'agit d'évaluations de forte validité et de très bonne commodité...

La première ⁵ concerne la réalisation des coloscopies de dépistage et le taux d'adénomes identifiés qui en résulte.

Trois critères simples exprimant la qualité de la coloscopie (temps de retrait du coloscope, préparation du côlon et amplitude de la visualisation du cæcum au rectum) et donc l'utilité clinique qui en découle ont ainsi été identifiés confirmés.

La seconde ⁶ concerne l'indication des β -bloquants en post-infarctus, dont l'utilité avait été démontrée il y a 25 ans (evidence based...) mais dont la prescription effective restait insuffisante (encore moins de 60 % des malades éligibles en 1998).

Les autorités médicales américaines viennent d'indiquer que la quasi-totalité des malades éligibles recevaient un β -bloquant - enfin - et qu'en conséquence l'analyse de cet indicateur allait être suspendue, l'objectif étant atteint.

De telles évaluations peuvent parfaitement être conduites dans un cadre formatif (amélioration de la qualité) ou sommatif (p. ex. politique d'allocation de ressources).

C'est aux professionnels et aux tutelles responsables d'en décider.

Références bibliographiques

- 1 Dauphinee WD. *Assessing clinical performance: where do we stand and what might we expect ?* JAMA 1995;274:741-3.
- 2 Landon B, Normand SL, Blumenthal. *Physician clinical performance assessment: prospects and barriers.* JAMA 2003;290:1183-9.
- 3 Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. *Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care.* Ann Intern Med 2005;142:260-73.
- 4 Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A. *Research Methods used in developing and applying quality indicators in primary care.* BMJ 2003; 3 326: 816-819.
- 5 Lieberman D. *Measuring the quality of colonoscopy.* N Engl J Med 2006;355:2188-9.
- 6 Lee TH. *Eulogy for a quality measure.* N Engl J Med 2007;357:1175-7.

IMPACT DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES LE PARTOGRAMME

A. LAFOUGE, C. BIZET, C. GUIGLION, G. MOUNAL

*Service gynéco-obstétrique
Centre Hospitalier Général d'Hyères*

Le partogramme : ses objectifs...

Le partogramme a été créé dans le but de diminuer la mortalité maternelle et néonatale. Son objectif principal est d'être un outil d'aide à la décision tout au long du travail. Pour y parvenir, plusieurs éléments de surveillance ont été étudiés puis intégrés au document. Au final, le partogramme se définit comme un schéma de la progression du travail et une synthèse des éléments de surveillance maternelle et fœtale.

Aujourd'hui, on lui attribue encore plus d'importance, notamment dans sa forte implication médico-légale. Bien tenu, les informations qu'il fournit facilitent la compréhension des faits par les experts judiciaires.

Le dernier objectif, défini par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé dans son rapport de janvier 2000 (1), est l'utilisation du partogramme comme support de référence pour l'enseignement, la recherche clinique et l'évaluation des pratiques. C'est en développant ce dernier item que nous allons aborder l'importance d'évaluer cet outil de travail intégré au cœur de notre pratique de sage-femme.

Le partogramme : son évolution dans le temps...

Ce n'est qu'à la deuxième moitié du XX^{ème} siècle qu'apparaît le partogramme. En 1954, Friedmann démontre l'existence de deux phases : latence et active. Il introduit la première analyse graphique de la progression du travail au travers du « cervicographe » (qui prendra le nom de partogramme). Ces courbes représentent la cinétique de la dilatation du col par rapport à la durée du travail chez une primipare. (figure 1)

Puis en 1960, Lacomme ajoute la surveillance materno-fœtale dans son diagramme d'accouchement. L'objectif de cette surveillance est d'améliorer la réactivité des équipes donc de dépister précocement les anomalies du déroulement de l'accouchement. (figure 2)

En 1972, Philpott souhaite créer un outil destiné au personnel peu nombreux et sans formation spécifique des pays du Tiers Monde. L'objectif est toujours de diminuer la mortalité en dépistant précocement les disproportions foeto-pelviennes et les inerties utérines. Pour ce faire, il a établi un partogramme à deux lignes. La première étant « la ligne d'alerte » pour faire réagir les équipes. La deuxième est « la ligne d'action » où l'intervention est immédiate. (figure 3)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'inspirera de ces travaux afin de mettre en place un partogramme aujourd'hui très répandu dans les pays du tiers-monde. (figure 4)

Figure 1 : Cervicographe d'après Friedman (1)

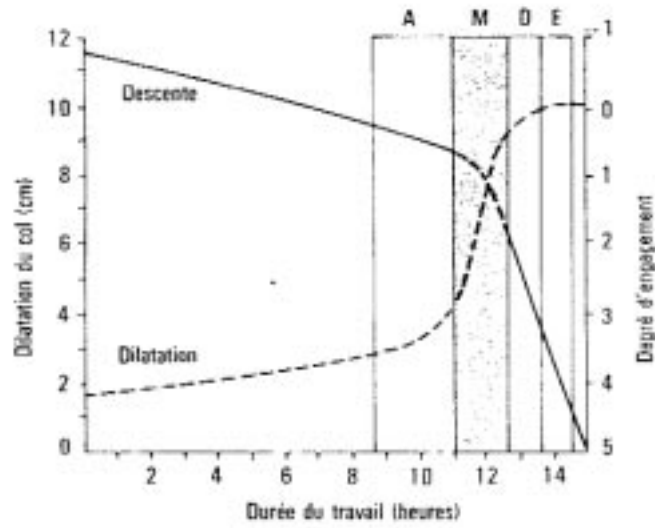


Figure 2 : Diagramme de Lacomme (1)

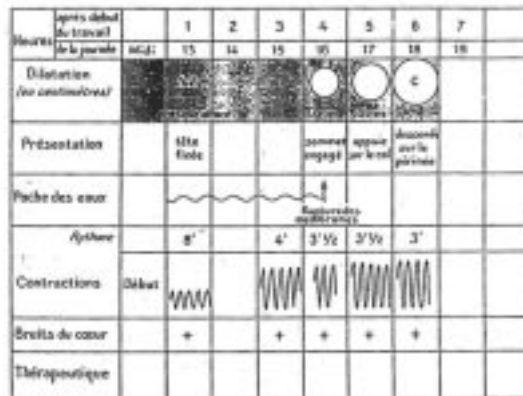


Figure 3 : Partogramme à deux lignes pour la primipare d'après Philpott (1)

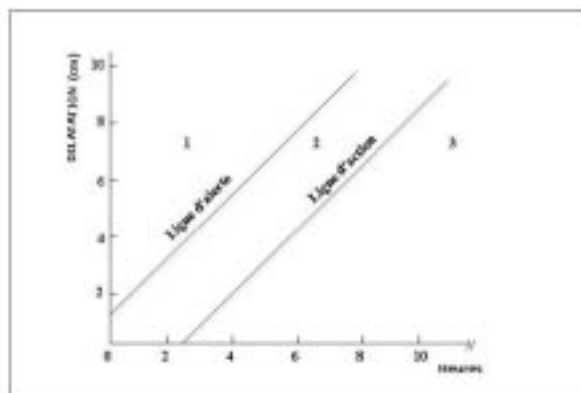
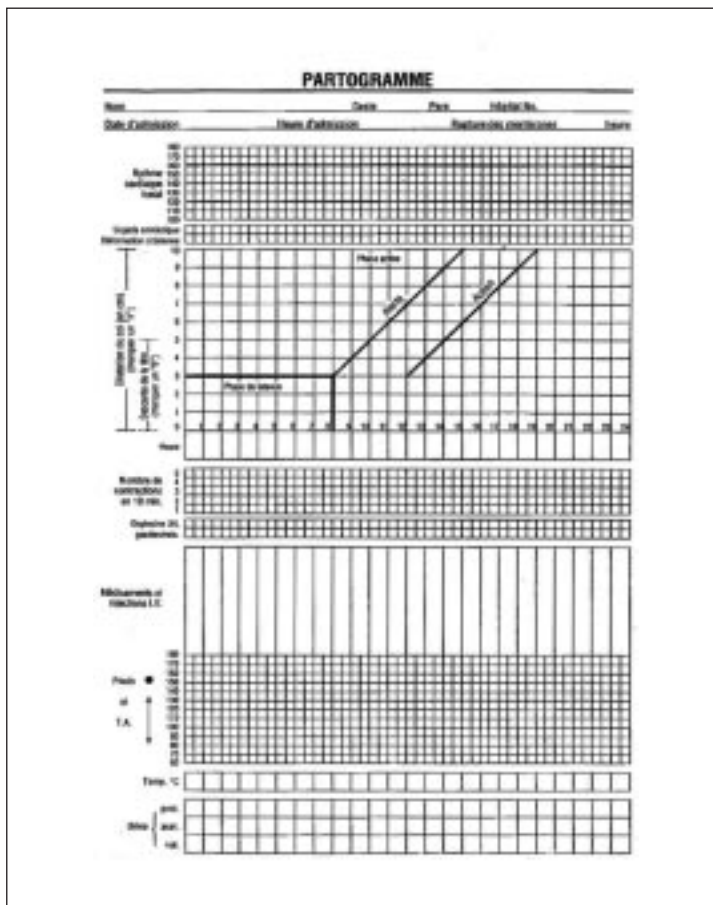
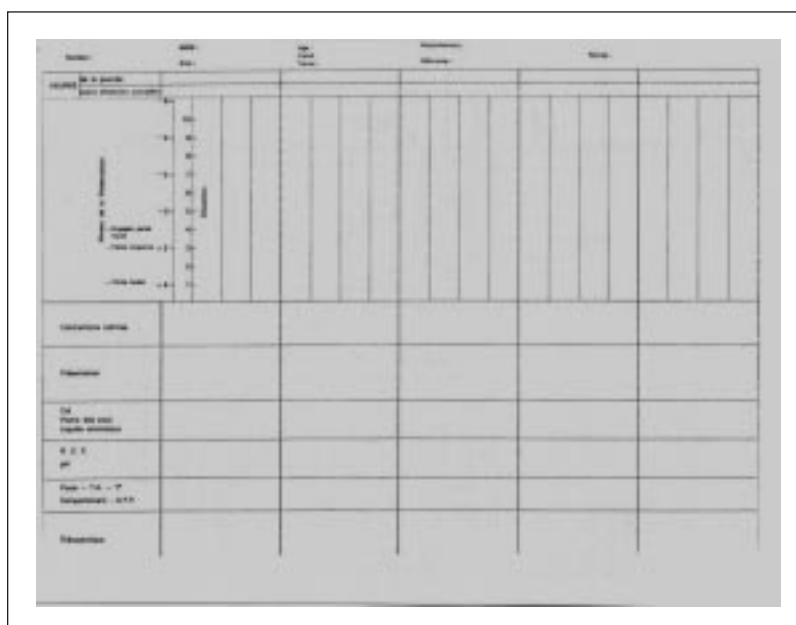


Figure 4 : Partogramme d'après l'OMS (1)



Depuis les années 1970, le partogramme que l'on retrouve dans les pays occidentaux a peu évolué. Il a été établi à partir du graphique proposé par Friedman mais il contient également l'ensemble des paramètres de la surveillance materno-fœtale. Il existe aujourd'hui quelques versions informatisées légèrement différentes, amenées à se développer.

Figure 5 : Diagramme de l'accouchement selon Merger (2)



Le partogramme : au cœur de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)...

Aucun texte réglementaire ne définit avec précision les éléments devant figurer dans le partogramme. Son contenu varie ainsi d'une équipe médicale à l'autre. Seul le décret n°92.329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical (3) oblige d'indiquer le compte-rendu d'accouchement.

Après analyse de la bibliographie et avis des experts, l'ANAES a établi dans son rapport sur « L'évaluation de la qualité de la tenue du partogramme » (1) les différents éléments constituant le fond du document. On doit y retrouver :

- Des observations concernant la mère. Elles regroupent aussi bien la surveillance médicale (l'évaluation de l'état du col utérin, le rythme des contractions utérines...) que l'état psychologique.
- Des observations concernant le fœtus. Le type et la hauteur de la présentation seront notés ainsi que la surveillance du rythme cardiaque fœtal voire le ph si nécessaire. Tout autre élément pouvant informer sur l'état du fœtus doit être noté.
- Les thérapeutiques et actes réalisés. Toute prescription doit faire l'objet d'un enregistrement. On doit retrouver la durée, la posologie, la voie d'administration et la signature du prescripteur pour chaque médicament utilisé. La sage-femme étant apte à prescrire certaines drogues pendant le travail, elle doit également respecter la rigueur de traçabilité de la prescription.
- Les événements majeurs du déroulement du travail. Les heures d'appel et d'arrivée des médecins ou la décision de césarienne suivie du départ au bloc opératoire doivent figurer sur le partogramme. Il est évident que cet item a une valeur médico-légale importante.

Ainsi, par son contenu, le partogramme est un des reflets de la qualité de la prise en charge materno-fœtale. Son évaluation est alors inscrite dans une politique d'amélioration de la qualité des soins en obstétrique.

EPP... :

Qu'est-ce ?

Le décret du 14 avril 2005 définit l'EPP comme : « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et qui inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration (ou de maintien) des pratiques. » (4)

Donc le partogramme est tout à fait adapté à l'évaluation puisque l'on peut comparer son contenu à un référentiel proposé par l'ANAES.

L'évaluation peut se décliner en un niveau individuel (le médecin) et en un niveau collectif (allant de l'équipe jusqu'à la structure de soin) (5). Actuellement, aucun texte ne définit l'EPP au niveau individuel pour les sages-femmes. Nous sommes seulement intégrées, au même titre que toutes les catégories professionnelles, dans l'EPP collectif au travers de la version 2 du manuel de certification.

Comment réaliser cette EPP ?

L'audit Clinique :

« L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer ». (6)

Il est composé d'un cycle comportant différentes phases :

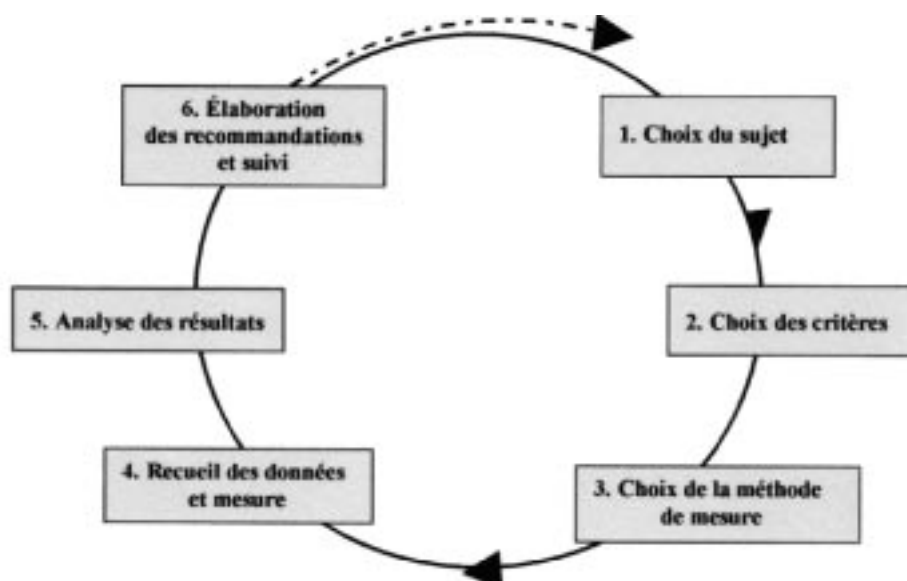


Figure 6 : La spirale de l'audit clinique d'après le rapport de l'ANAES sur l'évaluation de la qualité de la tenue du partogramme. (1)

A l'usage, l'audit clinique est apparu comme un outil efficace sur les résultats avec un potentiel d'amélioration important mais la mise en place d'action d'améliorations restait souvent de l'ordre de l'intention. Les causes résultaient d'une démotivation des équipes due au délai trop long de réalisation de l'audit. (7)

Pour éviter ce désintérêt, en 2004/2005, des **Audits Cliniques Ciblés** ont été élaborés en segmentant les critères de différents audits cliniques afin de gagner du temps. Les trois **audits cliniques ciblés** (ACC), créés par l'ANAES, concernant le partogramme sont:

- PARTOten : la tenue du partogramme (avec l'objectif d'améliorer la qualité de l'écrit) comportant 6 critères.
- PARTOobs : la traçabilité du déroulement du travail comportant 12 critères.
- PARTOeve : la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail, comportant 11 critères.

Le partogramme : exemple de l'Audit Clinique Ciblé Parto-Eve au Centre Hospitalier Général d'Hyères.

Nous avons choisi de vous présenter les résultats du troisième tour de notre Audit clinique ciblé : PARTOeve. Ainsi, nous espérons vous montrer plus clairement les intérêts de cet outil d'évaluation.

Les critères définis par l'ANAES concernant l'ACC Parto-Eve ont pour objectif d'évaluer la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail.

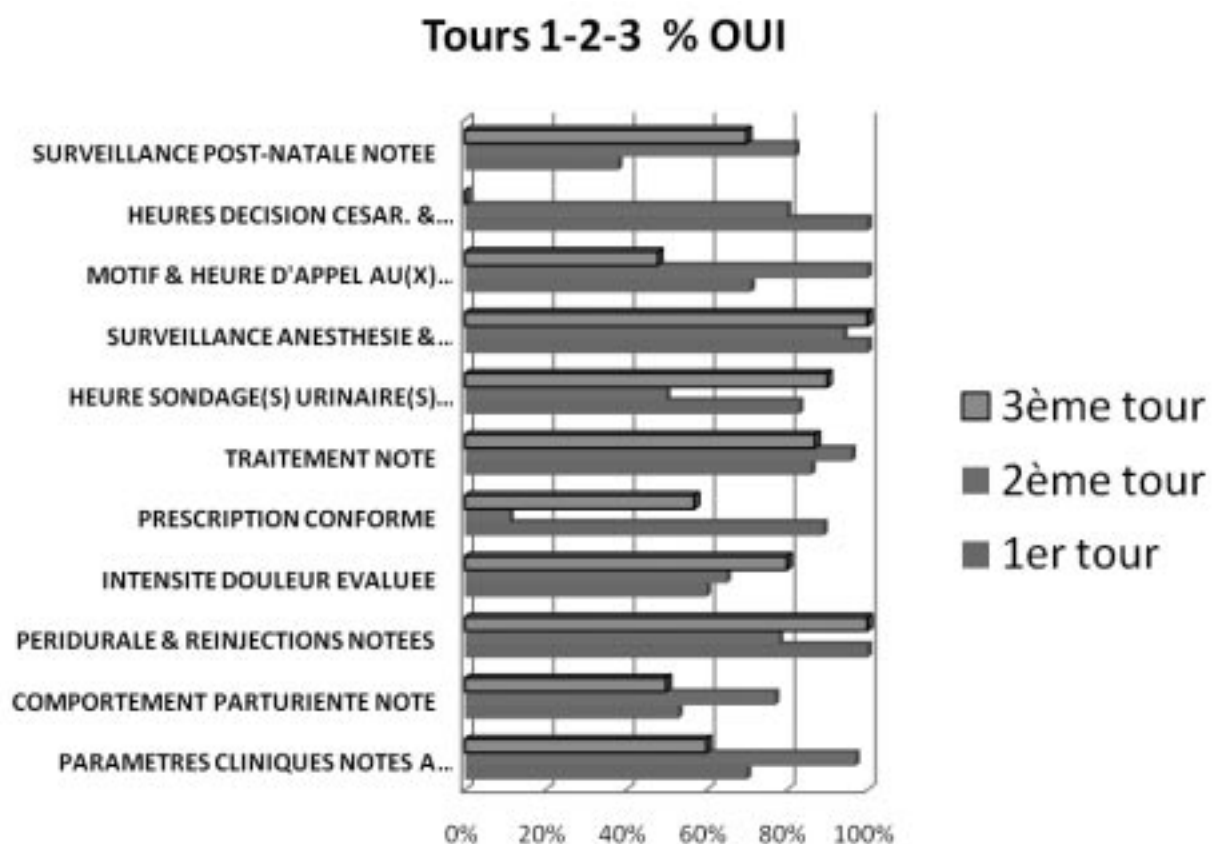
Critères
C11-SURVEILLANCE POST-NATALE NOTEE
C10-HEURES DECISION CESAR. & TRANSFERT BLOC NOTEES
C9-MOTIF & HEURE D'APPEL AU(X) MEDECIN(S) NOTES
C8-SURVEILLANCE ANESTHESIE & ANALGESIE
C7-HEURE SONDAGE(S) URINAIRE(S) NOTEE
C6-TRAITEMENT NOTE
C5-PRESCRIPTION CONFORME
C4-INTENSITE DOULEUR EVALUEE
C3-PERIDURALE & REINJECTIONS NOTEES
C2-COMPORTEMENT PARTURIENTE NOTE
C1-PARAMETRES CLINIQUES NOTES A L'ENTREE

Ces items font clairement apparaitre le risque médico-légal qu'ils engendrent ainsi que la grande implication des sages-femmes.

Après avoir sélectionné 30 dossiers au hasard, nous avons rempli la grille de recueil de données fournie par l'ANAES (8). Ensuite, les résultats ont été regroupés afin de comparer les réponses du troisième tour d'audit aux deux autres déjà réalisés.

Il est important de rappeler qu'un audit sert à évaluer des pratiques. Donc lorsqu'une équipe choisit un sujet, elle n'a aucun intérêt à prendre un thème où elle est déjà performante et/ou s'il ne s'agit pas de pratiques fréquentes.

L'objectif de l'ACC après la mise en place d'actions est de se rapprocher au maximum du 100% de réponse positive pour chaque critère.



Pour chaque critère, les résultats ont été analysés séparément et les causes recherchées.

Nous avons estimé que pour ce troisième cycle d'audit, l'objectif était atteint pour :

- C3-PERIDURALE & REINJECTIONS NOTEES
- C6-TRAITEMENT NOTE
- C7-HEURE SONDAGE(S) URINAIRE(S) NOTEE
- C8-SURVEILLANCE ANESTHESIE & ANALGESIE

Le critère « C4-INTENSITE DOULEUR EVALUEE » était amélioré mais notre objectif d'au moins 90% n'était pas atteint. Suite à ce résultat, nous prévoyons conjointement avec le Comité de LUtte contre la Douleur (CLUD) une réunion d'information sur les différentes méthodes d'évaluation de la douleur chez les parturientes ainsi qu'un rappel des différents moyens applicables pour accompagner ces patientes. Nous avons souhaité élargir le thème de cette réunion à la prise en charge de la douleur dans le post partum. Ce sujet pouvant faire à lui seul, l'objet d'une évaluation.

Concernant les six autres critères, les objectifs fixés n'ont pas été atteints. Parfois, les résultats sont mêmes inférieurs à ceux du premier tour. Nous avons essayé de comprendre l'origine de telles disparités.

- En premier lieu, les personnes référentes de l'audit étaient différentes entre le deuxième et le troisième tour. On peut alors se demander si les critères ont été appliqués avec la même rigueur à chaque cycle. Les deux premiers tours étaient pour nous l'occasion de nous familiariser avec cette nouvelle méthode d'évaluation. La rigueur a certainement dû laisser place à l'interprétation positive pour certains critères, sans que la réponse attendue ait été clairement identifiée.
- Ensuite, il faut se poser la question du « turn-over » des sages-femmes. Les nouvelles embauchées n'ont pas toutes été informées des habitudes du service sur la rigueur de la tenue du partogramme.
- Nous nous sommes également questionnés sur l'impact des résultats de la V2 sur le moral des équipes. En fixant des réserves à l'hôpital, bien que l'obstétrique ne soit pas pleinement concernée, elle a démotivé pendant un long moment notre service avant que cela ne revienne.
- Finalement, il peut s'agir d'un défaut d'organisation du service ou d'un partogramme intégré à un dossier médical et administratif non adapté à l'augmentation continue de notre activité.

La réponse est sans doute dans ces quatre propositions.

Impacts de cet ACC Parto-Eve :

Suite à l'analyse des résultats, plusieurs lignes de conduites sont ressorties :

- Des éléments pratiques.

Installer un thermomètre dans chaque salle permettra un gain de temps en évitant de chercher le matériel. Par la même occasion, le critère intitulé « C1-PARAMETRES CLINIQUES NOTES A L'ENTREE » sera satisfait.

Nous allons également installer des imprimantes sur nos moniteurs maternels afin de ressortir toute la surveillance des paramètres à la sortie de salle d'accouchement.

Concernant le partogramme, plusieurs changements vont être apportés. Nous allons intégrer une partie dédiée à l'accouchement dystocique (comprenant le nom des intervenants, l'heure d'appel et d'arrivée des médecins, l'indication de la manœuvre, le sondage...), une feuille réservée et adaptée à la surveillance du post partum immédiat a été intégrée, et d'autres items seront plus précis afin que la réponse induite soit sans équivoque (heure de délivrance, redéfinir le comportement...). De plus, une feuille optionnelle spécifique en cas d'hémorragie de la délivrance a été créée.

Dans l'absolu, il ne s'agit pas de modifier complètement le partogramme. Si cet outil est utilisé depuis 1970 et qu'il n'a pratiquement pas subi de modification, c'est très certainement qu'il est assez bien adapté et assez complet pour répondre à l'exigence de nos pratiques. Mais il nécessite cependant quelques mises à jour afin de répondre spécifiquement aux besoins de notre service.

- Des éléments organisationnels.

Des réunions « sages-femmes » mensuelles ont été mises en place afin de discuter des pratiques induisant des problèmes organisationnels. Concernant le partogramme, l'objectif est de recueillir les idées de chacun afin d'établir un outil permettant d'harmoniser les pratiques. Ces séances sont également le moyen de rappeler le risque médico-légal de nos pratiques en insistant sur l'importance de la rigueur à remplir les documents administratifs. Finalement, ces réunions sont aussi l'occasion de former et de s'inspirer des connaissances des nouvelles sages-femmes.

En plus de l'analyse des résultats, la participation de toute l'équipe à cet ACC a mis en évidence :

- Du dynamisme.

La courte période de l'ACC motive l'équipe à participer et à s'impliquer dans cette démarche. Au-delà de l'impact majeur de cet ACC sur le partogramme pour le CHG d'Hyères en répondant aux exigences de la certification (V2), les résultats ont été tels que nous nous sommes questionnés sur la possibilité de mettre en place une EPP individuelle « sage-femme » sur d'autres thèmes en prévision de l'intégration des EPP à l'obligation de Formation Médicale Continue.

De plus, le service s'est spontanément engagé dans une nouvelle EPP concernant l'évaluation de la prise en charge des hémorragies de la délivrance.

Conclusions

Dans une atmosphère médico-légale toujours présente, l'évaluation des pratiques professionnelles apporte des solutions concrètes et rapides à instaurer.

Son but est d'améliorer la qualité des soins dans l'intérêt du patient, mais ces EPP restent néanmoins une démarche administrative obligatoire pour les établissements de santé, dans le cadre de la certification.

Outre ce poids administratif, vite écarté, l'intérêt de cette évaluation sur nos pratiques ne se fait pas attendre. L'analyse des résultats met en évidence des points forts et d'autres à améliorer. L'objectif de cette démarche est alors de maintenir les acquis tout en améliorant les faiblesses. L'intérêt de cette méthode serait de l'intégrer à nos pratiques au quotidien. D'autant que les différentes possibilités de sujet d'EPP sont aussi nombreuses que les difficultés rencontrées au fil des jours...

Concernant le partogramme, les conséquences pratiques ont abouti à la construction d'un nouveau support plus adapté et plus précis afin d'éviter au maximum tout risque d'oubli. Des réunions mensuelles entre sages-femmes ont été rétablies afin de mettre en évidence les difficultés rencontrées par chacune et d'y trouver des solutions communes. Cela dans l'objectif d'homogénéiser nos pratiques.

Un autre intérêt de l'évaluation des pratiques est de permettre aux médecins de valider leurs points de Formation Médicale Continue. A savoir que les sages-femmes seront probablement concernées très prochainement par cette démarche individuelle. Les modalités d'applications sont actuellement en discussion.

Références

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme. Janvier 2000 43 pages.
2. Merger R, Levy J, Melchior J. Diagramme de l'accouchement. In: Précis d'obstétrique. Paris : Masson, 1974. P.107.
3. Décret n°92.329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical.
4. F. Vendittelli, V. Tessier, C. Crenn-Hebert, C. Lejeune L'évaluation des pratiques professionnelles Vocation Sage-femme, N°57, Novembre-Décembre 2007, pages 9-15.
5. Collège National des Sages-femmes F. Vendittelli, V. Tessier L'évaluation des pratiques professionnelles : en quoi les sages-femmes sont concernées ?
Adresse URL : www.cnsf.asso.fr/images/5emejournee/E.P.P%20F-VENDITTELLI.pdf
6. Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale. L'Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique. Paris : ANDEM ; 1994.
7. Haute Autorité de Santé Evaluation des pratiques professionnelles.
Rapport de l'expérimentation nationale. Audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme. Octobre 2006 31 pages.
8. Haute Autorité de Santé cd-rom sur l'audit Clinique Ciblé en établissements de santé. Juin 2007.

HEMORRAGIE DU POST PARTUM : L'EXPERIENCE CONCRETE D'UN AUDIT INTERNE

B. CASTÉRAN,
Sage-femme hôpital J. Ducuing à Toulouse
Avec l'aide du Dr B. GUYARD-BOILEAU,
Hôpital Paule De Viguier à Toulouse

L'hémorragie du post partum (HPP) est une complication de l'accouchement à laquelle nous sommes tous confrontés quelle que soit la maternité dans laquelle nous travaillons.

Elle est responsable de morbidité (anémie, accidents transfusionnels, chirurgie etc.) et de mortalité.

Que peuvent faire les professionnels impliqués dans la prise en charge de l'HPP pour faire diminuer cette morbi-mortalité ?

Depuis 2005, MATERMIP, le réseau des maternités de la région Midi-Pyrénées, a débuté un travail à multiples facettes sur ce sujet, afin d'améliorer la prise en charge des patientes.

1. Evaluation des pratiques :

➤ Dans un premier temps une étude rétrospective a permis de quantifier le nombre d'HPP sur l'année, de connaître les habitudes et les pratiques de chaque établissement. Suite à l'analyse de cette étude, des protocoles sur la surveillance de la délivrance et sur les « CAT » en cas d'hémorragie ont été écrits, validés par les membres du réseau et diffusés à l'ensemble des maternités à de nombreuses reprises, grâce entre autre à une réunion en visio transmission.

Afin de faciliter le suivi médical, une fiche de recueil de données concernant la surveillance de la prise en charge de l'HPP a été proposée.

➤ Dans un deuxième temps une étude prospective a été effectuée entre avril 2006 et mars 2007. Les référents de chaque maternité ont eu pour mission de recenser les hémorragies graves ayant entraîné une transfusion sanguine et /ou une chirurgie ou radiologie interventionnelle et /ou une hospitalisation en soins intensifs et de transmettre les dossiers par fax à la cellule du réseau. Ce recensement a permis d'aborder deux aspects, une analyse quantitative et une analyse qualitative permettant de discerner les difficultés rencontrées par les équipes et les problèmes organisationnels existants. Au cours de cette période, l'établissement français du sang a transmis au réseau la liste mensuelle du nombre de patientes ayant bénéficié de commande de produits sanguins ce qui a permis une étude exhaustive par la relance des établissements un à un. L'analyse des dossiers a permis de dégager de nouvelles actions d'amélioration et une sensibilisation des équipes.

2. Mise en place de revue de dossiers et actions d'amélioration :

➤ La présentation de dossiers d'HPP au cours de la réunion régionale annuelle de Revue de morbi-mortalité a permis au groupe de travail de choisir des actions d'amélioration : élaboration d'un sous-main sur la surveillance des accouchées en salle de réveil, création d'un « magnet » décrivant le mode d'utilisation et la surveillance du Nalador® (à mettre sur les réfrigérateurs). Ces outils ont été distribués aux maternités de la région.

➤ A la demande de certains établissements, MATERMIP a participé à des revues de cas d'HPP avec les équipes permettant des propositions d'actions d'amélioration spécifique à chaque maternité.

3. Amélioration des techniques chirurgicales :

Une enquête a été menée auprès des professionnels des maternités sur les techniques chirurgicales utilisées dans le traitement de l'HPP. Un film à visée pédagogique a été réalisé, décrivant les différentes techniques chirurgicales conservatrices, mêlant images réelles de gestes chirurgicaux et animations en pâte à modeler pour mieux expliquer les différentes techniques. Ce film a été diffusé dans le réseau.

4. Réalisation d'audit interne sur la prise en charge de l'HPP :

Parallèlement à l'étude prospective effectuée entre avril 2006 et 2007 il a paru intéressant de mettre en place des audits internes, ces audits ayant pour but d'approcher au mieux les problèmes d'organisation spécifiques à l'environnement de chaque établissement.

La méthode audit permet de mesurer les écarts entre la pratique et la référence, de définir et de mettre en œuvre des actions d'amélioration et enfin par la réalisation d'un nouvel audit de s'assurer de l'efficacité des actions d'amélioration.

Aide à la réalisation de l'audit :

➤ Le réseau MATERMIP a organisé pour des auditeurs volontaires dans chaque établissement de la région une formation gratuite. Les représentants de quatorze maternités ont participé à ces deux journées de formation.

➤ Pour réaliser cet audit interne, des grilles de questions ont été élaborées par deux médecins du réseau MATERMIP et par une sage-femme, à partir des deux protocoles concernant la surveillance de la délivrance et la conduite à tenir en cas d'hémorragie du post partum, ces grilles devant être utilisables par toutes les maternités du réseau. Les questions se sont intéressées à la connaissance des protocoles mais aussi à l'organisation des services impliqués dans la prise en charge de l'HPP (maternité, bloc opératoire, laboratoire d'analyses biologiques, EFS...), au besoin en personnel, en matériel et en médicaments.

➤ La présentation du projet d'un établissement pilote a été diffusée par vidéo transmission aux maternités de la région.

Réalisation de l'audit dans une maternité toulousaine : un exemple concret.

Comment avons nous réalisé cet audit à l'hôpital J.Ducuing à Toulouse en juin 2006 ?

➤ L'annonce de l'audit a été faite quinze jours avant sa réalisation. Une réunion de service a permis d'expliquer au personnel les objectifs, le déroulement de l'audit et de rappeler les référentiels utilisés. Un supplément d'information été fait par des affiches apposées dans plusieurs sites du service détaillant les dates, le lieu, les professions auditées et les référentiels. Des rencontres individuelles ont permis de vérifier le degré d'information retenue par les audités et de leur expliquer que l'audit n'était pas un moyen de surveillance ou de jugements ni un contrôle des connaissances mais que l'audit portait sur l'organisation dans laquelle ils agissaient.

➤ Un médecin et d'une sage-femme ont composé l'équipe d'auditeurs. Les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens et les anesthésistes ont été audités. L'audit a été réalisé sur une période courte de deux jours ceci afin de conserver la motivation de l'équipe et la dynamique de l'audit. Les personnes auditées ont été celles présentes dans l'hôpital le jour de l'audit.

Les questions ont été posées par les auditeurs, elles ont été ciblées en fonction du niveau d'intervention des professionnels et les réponses ont été notées par les auditeurs dans des tableaux de recueil.

➤ Pour faciliter l'analyse des résultats, les questions ouvertes ont été transformées de façon à obtenir des réponses binaires oui/non et l'ensemble des réponses binaires a été reporté dans un tableau type Excel.

➤ Les résultats de cet audit ont montré que la prise en charge initiale des patientes était conforme aux référentiels et que la dotation en matériel et médicaments semblait suffisante aux audités. Cependant cet audit a mis en évidence des méconnaissances du matériel d'urgence, des modalités de l'acte transfusionnel et des contraintes de l'hémovigilance, ainsi que des besoins d'amélioration organisationnelle.

L'analyse des résultats de l'audit a permis de proposer trois axes d'amélioration : information au personnel, formation du personnel, organisation des services.

➤ Des mesures correctives ont été mises en place, dont voici quelques exemples.

Afin d'améliorer la coordination entre service, le cadre médico-technique du laboratoire a été convié à une réunion à la maternité sur le thème de l'HPP ce qui lui a permis de présenter, entre autre, le fonctionnement de son service et d'expliquer les délais nécessaires pour l'obtention des résultats de bilans sanguins.

Au cours de cette même réunion, une sensibilisation sur la prise en charge de l'HPP a été réitérée, des rappels ont été faits, par exemple, sur l'importance de la traçabilité de la surveillance et de la prise en charge de l'HPP, sur les lieux de stockage du matériel et des médicaments.

Une formation en hémovigilance a été suivie par dix sept sages-femmes, ceci afin de corriger les méconnaissances sur la transfusion sanguine et sur les modalités de commande des produits sanguins.

L'étude rétrospective des dossiers d'HPP ayant nécessité l'utilisation de PSL associée à l'augmentation de la capacité d'accueil de notre service a démontré qu'un dépôt de sang était indispensable, il sera mis en place dans notre établissement au premier semestre 2008.

Un protocole de vérification du chariot de réanimation adulte a été amélioré dans les semaines qui ont suivi l'audit par le médecin chef des anesthésistes en coordination avec la pharmacienne.

Nouvel audit

Afin de vérifier l'action des mesures correctrices, un nouvel audit a été réalisé en novembre 2007. Son déroulement a été quasi identique au premier audit, il a été réalisé sur une période plus longue, d'une semaine et les anesthésistes n'ont pas pu être audités pour des raisons organisationnelles.

Les résultats des deux audits ont été recensés dans des tableaux comparatifs ce qui a permis d'évaluer le degré d'amélioration des actions correctrices.

Les résultats du deuxième audit ont montré que les mesures correctrices mises en place suite au premier audit ont apportées des améliorations. Par exemple la vérification du chariot de réanimation a été définie clairement par un protocole et est effective, la quantification de la perte sanguine par l'utilisation d'un sac à recueil de sang a été améliorée et le fonctionnement du laboratoire mieux connu. Les connaissances dans le domaine de l'hémovigilance ont

été perfectionnées, ce qui a été confirmé par un projet ciblé d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), réalisée auprès de toutes les sages-femmes, concernant le contrôle ultime au lit du malade.

➤ En 2008, des actions d'amélioration sont prévues.

La formation en hémovigilance va être programmée pour le personnel ne l'ayant pas encore suivie.

Une formation aux gestes d'urgence sera réalisée pour l'ensemble du personnel de la maternité.

5. CONCLUSION :

Depuis 2005 le réseau MATERMIP travaille sur l'amélioration de la prise en charge de l'hémorragie du post partum, en faisant le choix d'orienter ses actions dans différentes directions. L'équipe de la maternité de l'hôpital J. Ducuing s'est impliquée dans ce travail en participant à la mise en place d'un audit interne et grâce à une vidéo transmission a partagé son expérience d'établissement pilote avec les maternités de la région.

Au niveau de notre établissement, l'expérience de cet audit a été très enrichissante.

L'annonce de chaque audit sur l'HPP a clairement motivé les personnels autour de ce sujet. Il a permis de renforcer la cohésion de l'équipe autour de ce projet et a favorisé l'intégration des personnes nouvellement arrivées dans l'établissement. Des améliorations au-delà de notre sujet d'audit ont été apportées grâce à la collaboration du cadre médico-technique du laboratoire à une des mesures correctrices choisies.

Ainsi, en partageant notre expérience nous souhaitons encourager d'autres établissements à faire une démarche d'évaluation de la qualité de ses soins, l'audit étant un outil possible.

CESARIENNE EN URGENCE BILAN DE LA MISE EN PLACE DES CODES COULEURS AU SEIN D'UN SERVICE (2000-2007)

René-Charles RUDIGOZ*

Isabelle SAYEGH**

Pernelle du MESNILDOT***

Olivier DUPUIS****

Henri-Jacques CLEMENT*****

Cyril HUISSOUD*****

**Professeur des Universités – Praticien Hospitalier.*

Hospices Civils de Lyon Service de Gynécologie Obstétrique– Hôpital de la Croix-Rousse – 103, Grande Rue de la Croix-Rousse – 69317 LYON Cedex 04

Université Claude Bernard Lyon 1 – U.E.R. LYON-NORD – 8, avenue Rockefeller – 69008 LYON

Equipe d'accueil INSERM 4129 ; Santé, individu, société.

Expert agréé par la Cour de Cassation

*** Praticien hospitalier*

Hospices Civils de Lyon - Service de Gynécologie Obstétrique– Hôpital de la Croix-Rousse – 103, Grande Rue de la Croix-Rousse – 69317 LYON Cedex 04

**** Interne des Hôpitaux de Lyon*

Hospices Civils de Lyon - Service de Gynécologie Obstétrique– Hôpital de la Croix-Rousse – 103, Grande Rue de la Croix-Rousse – 69317 LYON Cedex 04

***** Praticien hospitalier*

Hospices Civils de Lyon - Service de Gynécologie Obstétrique– Hôpital de la Croix-Rousse – 103, Grande Rue de la Croix-Rousse – 69317 LYON Cedex 04

****** Praticien Hospitalier Anesthésie Réanimation*

Hospices Civils de Lyon - Service de Gynécologie Obstétrique– Hôpital de la Croix-Rousse – 103, Grande Rue de la Croix-Rousse – 69317 LYON Cedex 04

****** Praticien hospitalier*

Hospices Civils de Lyon - Service de Gynécologie Obstétrique– Hôpital de la Croix-Rousse – 103, Grande Rue de la Croix-Rousse – 69317 LYON Cedex 04

L'obstétrique est une discipline de contraste, tantôt il convient d'être patient, tantôt il faut décider et agir vite, parfois même très vite. La gestion optimale de l'urgence et de l'extrême urgence n'est pas chose aisée si l'on n'a pas pris le soin de s'organiser à l'avance.

Ces situations ont une grande importance médicale puisqu'il existe, à l'évidence, des cas où chaque minute compte ; mais également une très grande importance médico-légale puisqu'il n'est pas rare que l'on reproche à une équipe d'avoir agi avec retard.

A vrai dire, les recommandations officielles en la matière ne sont pas très fiables, même s'il est communément admis qu'il convient de ne pas excéder un délai de trente minutes entre la décision de césarienne et la naissance. Cette recommandation avancée par l'ACOG il y a plusieurs années (1) a été reprise en Grande Bretagne (2) et en Allemagne (3) où le délai est même abaissé à vingt minutes. Cette notion figure encore dans des articles récents (4).

En réalité, ce délai ne repose sur aucune donnée objective, même si l'on sait que la durée de tolérance à l'anoxie d'un fœtus à terme n'excède certainement pas une quinzaine de minutes.

Ce délai, en réalité, est bien souvent dépassé comme le mentionnent de nombreuses publications provenant de différents pays développés (5,6,7,8,9,10).

Au cours de l'accouchement, lorsqu'une situation de détresse fœtale grave survient, si les conditions sont réunies pour réaliser une extraction instrumentale dans de bonnes conditions, nous avons montré dans un précédent travail (11) qu'une extraction instrumentale, forceps ou ventouse, permet un gain de temps significatif par rapport à la réalisation d'une césarienne. Dans les cas où une extraction instrumentale n'est pas possible, force est de recourir à une césarienne en urgence.

Nous nous sommes intéressés à ce problème à plusieurs titres :

- Comme médecin, il convient de tout mettre en oeuvre pour faire face avec efficacité à une situation souvent imprévue, cela est devenu encore plus important depuis l'introduction de nouvelles techniques de surveillance du travail, électrocardiogramme fœtal notamment, qui impose théoriquement, en cas d'évènement porteur de risque vital, d'intervenir dans un délai très bref (20 minutes).
- En tant que chef de service, afin que soient mises en oeuvre des procédures connues de tous, testées, applicables rapidement, sans affolement.
- En tant qu'expert judiciaire, tant il est vrai que l'on est souvent amené à analyser des dossiers dans lesquels on éprouve beaucoup de difficultés à repérer les éléments qui permettent d'apprécier la vitesse avec laquelle une situation a été reconnue et prise en charge.

Même si nous sommes convaincus qu'il est impossible de définir un délai idéal pour les césariennes urgentes ou extrêmement urgentes (12), nous avons souhaité, dans une première étape, faire le point de la situation existant dans notre service puis, ensuite, en nous basant sur la classification de LUCAS (13), nous avons décidé de mettre en place des codes couleurs dont nous avons ensuite testé l'efficacité et la pertinence.

MATERIEL ET METHODE

La maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse est une maternité hospitalo-universitaire de niveau III assurant 3000 accouchements annuels. Obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, sont présents sur place 24 H sur 24.

* Dans une première période, **phase A**, du 1er Janvier 2000 au 30 juin 2000, nous avons fait le point de l'existant, reprenant les dossiers de césariennes réalisées au cours du travail, en nous attachant tout particulièrement à étudier deux délais, celui séparant la décision de réaliser une césarienne et l'arrivée de la patiente en salle d'opération (délai décision-salle d'opération **DDO**) et le temps écoulé entre la prise de décision et la naissance (intervalle décision-naissance **DDN**).

Nous avons, pour ce faire, classé nos patientes selon la classification de LUCAS qui comporte 4 groupes :

- Les césariennes extrêmement urgentes, qui se définissent comme les situations où il existe une menace immédiate pour le pronostic vital maternel et/ou fœtal
- Les césariennes urgentes où il existe une menace à court terme du pronostic maternel et/ou fœtal
- Les césariennes intra-partum où il n'y a pas de danger maternel ou fœtal à court terme
- Les césariennes prophylactiques réalisées en dehors du travail.

Nous avons, bien entendu, centré notre étude sur les césariennes urgentes ou très urgentes.

* Dans une deuxième période, **phase B**, nous avons étudié du 15 Avril 2003 au 14 Octobre 2003, le premier bilan de la sensibilisation des équipes à l'urgence ; c'est au cours de cette période que nous avons mis en place les codes couleurs :

- Les césariennes code « **rouge** » correspondant aux césariennes très urgentes pour lesquelles nous avons mis en place un protocole dont les principales caractéristiques avec un objectif de délai décision-naissance inférieur ou égal à 15 minutes.
- Les césariennes code « **orange** » correspondant aux césariennes urgentes, pour lesquelles l'objectif de délai décision-naissance est inférieur ou égal à 30 minutes
- Enfin les césariennes en cours de travail, non urgentes, code « vert », pour lesquelles l'objectif de délai décision-naissance est de 60 minutes.

* Nous avons par la suite, étudié et discuté avec les équipes, systématiquement, tous les dossiers de césariennes très urgentes et nous avons fait le point dans une troisième période, phase C, du 1er Janvier 2007 au 30 Juin 2007.

RESULTATS

1) Fréquence :

Si les césariennes urgentes (code orange) sont assez fréquentes :

- environ 5 % des accouchements, 30 % du total des césariennes et 50 % des césariennes non programmées, la nécessité de recourir à une césarienne très urgentes (code rouge) est une éventualité, à vrai dire, assez rare : environ 1 % des accouchements, 6% du total des césariennes et 10 % des césariennes non programmées.

2) Evaluation du délai décision – naissance (DDN) :

Nos résultats permettent de constater qu'il est possible, dans un service hospitalo-universitaire dont la salle d'opération est située à proximité immédiate des salles d'accouchement, disposant de la présence permanente d'un obstétricien et d'un anesthésiste senior, ayant mis en place des procédures prévues, testées et diffusées de gestion des urgences, évaluant régulièrement la qualité de l'application des protocoles, d'obtenir des résultats très satisfaisants :

- Pour les césariennes très urgentes, le délai décision-naissance moyen est passé de 24,9 minutes en période A à 10,7 minutes en période C.
- Pour les césariennes urgentes, le délai décision- naissance moyen est passé de 42,4 minutes en période A à 24 minutes en période C
- Pour l'ensemble, césariennes urgentes et césariennes très urgentes (code rouge + orange), le délai décision-naissance moyen est passé de 39,5 minutes en phase A à 21,6 minutes en phase C.

Toutes ces différences sont significatives.

L'étude précise des différentes phases a montré que l'on a pu progresser aussi bien sur la période de transfert en salle d'opération (- 60 %) sur le délai salle d'opération-incision, ce qui correspond à la période d'induction d'anesthésie (- 60 %), mais également dans le délai incision-naissance (- 50 %).

3) Respect des objectifs de délai :

Pour les césariennes très urgentes, l'objectif DDN inférieur à 15 minutes initialement atteint, une fois sur cinq, l'est en période C dans 83% des cas.

Pour les césariennes urgentes, le DDN inférieur à 30 minutes, atteint initialement dans 43 % des cas, est atteint en période C dans 82,5 % des cas.

Pour l'ensemble césariennes urgentes et césariennes très urgentes (code rouge et orange), le DDN inférieur à 30 minutes, initialement atteint dans 49 % des cas, est atteint dans plus de 85% des cas.

Pour les césariennes très urgentes (code rouge), nous avons observé en phase C deux cas supérieurs à 15 minutes : 16 minutes pour un ST EVENT, 20 minutes pour un échec de forceps avec anomalie du rythme cardiaque foetal.

4) Pertinence du codage couleur :

Nous avons étudié, pour la période la plus récente (période C), la pertinence du codage des douze césariennes effectuées en code rouge, ainsi que des 66 césariennes effectuées en code orange :

- pour l'une des patientes (ST EVENT), un code orange aurait pu suffire alors qu'il a été choisi de réaliser une césarienne en code rouge (sans atteindre l'objectif de délai d'ailleurs).

Nous n'avons pas retenu de dossier réalisé en code orange qui aurait dû bénéficier d'un code rouge.

Signalons également que deux patientes prévues initialement au code rouge ont été transformées, avant le début de la césarienne, en code orange.

5) Mortalité, morbidité maternelle des césariennes effectuées en urgence :

Une patiente a dû être reprise pour un hématome pariétal dans un contexte d'embolie amniotique avec coagulopathie :

deux cas d'infection pariétale modérée.

6) Résultats néonataux ; utilité limitée du code couleur

Les résultats néonataux ont été globalement bons dans les trois périodes, deux enfants sont décédés en période A (anoxie brutale dans un contexte d'embolie amniotique, tableau poly-malformatif).

Un enfant a été certainement sauvé par la rapidité de l'intervention dans un cas d'embolie amniotique : délai décision-naissance : 8 minutes, pH dans l'artère ombilicale : 6,84 – évolution favorable à 1 an.

Nous n'avons pas eu d'échec dans les cas étudiés, c'est-à-dire d'enfant décédé malgré la rapidité d'intervention ; il s'agit là d'une éventualité que nous avons rencontrée à deux reprises en dehors des périodes étudiées : un DPPNI et un syndrome de BENKHISER survenus en salle d'accouchement.

7) Evènement naissance :

En réalité, la bonne gestion de l'extrême urgence ne dépend pas uniquement de la rapidité de la réalisation d'une césarienne, mais de la qualité de la prise en charge totale de la patiente.

Nous avons pu étudier le délai évènement-naissance (DEN) dans les dossiers de la phase C : pris en charge en code rouge.

Ce DEN a été une fois sur quatre, inférieur à 15 minutes, deux fois sur trois compris entre 15 et 30 minutes une fois sur douze, supérieur à 30 minutes.

Il apparaît évident que l'obtention de bons résultats néonataux passe par une bonne gestion de l'ensemble du délai évènement-naissance et non pas seulement de la bonne gestion du délai décision-naissance.

DISCUSSION

Nous aborderons, successivement, des aspects purement médicaux, puis des aspects médico-légaux.

A- ASPECTS MEDICAUX

1) Délai décision-naissance spontané :

Comme nous l'avons déjà mentionné, avant toute réflexion spécifique, avant toute action organisationnelle, il apparaît dans toutes les études publiées que l'objectif d'un DDN inférieur ou égal à 30 minutes pour les césariennes urgentes ou très urgentes, n'est atteint qu'entre 50 et 70 % des cas (2,10,14,15,16).

Ce délai étant très peu influencé par le niveau d'expérience de l'opérateur, par la technique opératoire choisie et le moment de l'intervention (garde, hors garde).

Ce délai apparaît par contre très dépendant de facteurs organisationnels, notamment le temps de transfert de la patiente en salle d'opération qui représente près de la moitié du délai décision-naissance (10), le type de l'anesthésie (10,17), mais également le type de fonctionnement de la maternité, le délai moyen étant plus court de 27 minutes lorsqu'une équipe obstétrico-anesthésique est sur place 24 H sur 24 que lorsque les praticiens sont d'astreintes à leur domicile (18).

2) Amélioration du délai décision-naissance :

L'amélioration des résultats passe par une réflexion globale au sein des services visant à améliorer chaque étape pour les césariennes urgentes ou très urgentes. Cela passe certainement par une sensibilisation des équipes afin de réduire aux maximum le délai décision-passage en salle d'opération (10), ceci passe également par l'utilisation systématique d'une anesthésie générale pour les césariennes très urgentes (10,17) et dans une moindre mesure, par le choix d'une technique plus rapide, type incision de Joël COHEN.

Cette sensibilisation des équipes est indispensable (19), mais un relevé simple des délais ne semble pas suffisant (20). La mise en place des codes couleur permettant de préciser immédiatement le degré d'urgence nous paraît un excellent moyen d'améliorer les résultats permettant, associés à une réflexion permanente et un bilan régulier, dans notre expérience, une réduction des délais moyens supérieurs à 50 %.

La nécessité de bilans réguliers paraît importante à toutes les équipes qui se sont penchées sur le problème, notamment l'équipe de HELMY (5).

Grâce à ce type de protocole, certaines équipes sont arrivées à tenir les objectifs de DDN à 30 minutes dans 100 % des cas (21).

3) Pertinence de l'évaluation du degré d'urgence :

Il faut, bien entendu, être très vigilant pour l'évaluation du degré d'urgence, compte tenu des procédures choisies qui comportent potentiellement des risques maternels.

Des césariennes très urgentes, code rouge, doivent rester peu fréquentes environ 1 % des accouchements dans notre expérience, 0,7 % pour HILLEMANN (3). Il convient donc de vérifier régulièrement la fréquence des césariennes très urgentes afin de ne pas abuser des codes rouges, mais également de ne pas sous estimer le degré d'urgence dans certains cas.

Nous pensons qu'il est indispensable de vérifier régulièrement la pertinence du codage afin d'éviter les dérives, certaines équipes font en effet état d'une erreur d'appréciation du degré d'urgence dans près de 30 % des cas (22).

4) Complications maternelles :

La littérature rapporte bien souvent une légère augmentation de la morbidité maternelle en cas de césarienne très urgente (23,24), essentiellement infection pariétale et hématome, ce qui justifie la pratique d'une prophylaxie antibiotique systématique, mais également, à notre avis, d'être particulièrement vigilant dans le deuxième temps de la césarienne après la sortie de l'enfant afin de parfaire l'hémostase notamment.

5) Résultats néonataux :

Dans la plupart des séries publiées, les résultats néonataux ne sont pas différents, en cas de césarienne urgente, selon que le délai DDN inférieur aux 30 minutes a été respecté ou non (12.,25).

Ceci témoigne certainement de la difficulté que l'on a d'apprécier le degré d'urgence et la valeur prédictive positive faible des rythmes cardiaques fœtaux anormaux ou suspects. Toutefois, il serait dangereux de sous estimer la valeur d'alarme de certaines anomalies du rythme cardiaque fœtal et nous avons vu également qu'il existe des situations, très rares il est vrai, où une césarienne même réalisée dans des conditions d'urgence exceptionnelle, est incapable d'assurer une survie de l'enfant.

On peut également penser que dans certains cas, les bons résultats néonataux témoignent de l'efficacité d'une action rapide.

6) Délai évènement- naissance (DEN) :

À la réflexion, il me semble que s'il est indispensable et très intéressant d'apprécier la réactivité d'une équipe face à l'urgence en étudiant le délai de DDN qui permet d'estimer l'efficacité des soins apportés, il serait certainement plus utile d'étudier l'ensemble du délai séparant la survenue d'un évènement indésirable porteur de risque (anomalie grave du RCF, hémorragie, procidence du cordon, etc...) et la naissance qui permet d'étudier non seulement le délai décision-naissance, mais également la qualité de la surveillance de la patiente, la capacité de réunir rapidement une équipe et la vitesse de prise de décision face à l'urgence. Ce délai évènement-naissance est en général plus long, dans notre expérience de 5 à 20 minutes que le délai décision-naissance et cela dans une maternité niveau III, il est très vraisemblable que dans des maternités où l'équipe obstétrico-anesthésique n'est pas présente sur place 24 H sur 24, ce délai évènement naissance est encore beaucoup plus long.

B – ASPECTS MEDICO-LEGAUX

Certains points doivent être abordés, aussi à l'attention des responsables d'unités que des experts obstétriciens.

- Pour les responsables d'unités :

S'il apparaît évident qu'un délai décision-naissance inférieur à 30 minutes ne peut pas être considéré, en lui-même, comme un délai idéal pour tous les cas, il n'en demeure pas moins que, dans notre discipline, il est des situations où il convient d'agir très rapidement sauf à mettre en péril le pronostic vital de l'enfant et de la mère. Il est donc du devoir des responsables d'unités de s'organiser pour pouvoir faire face, le moment venu, à ces situations d'extrême urgence nécessitant le recours à une césarienne dans les plus brefs délais.

Nous conseillons donc fortement aux responsables d'unités :

- de réaliser un bilan de l'existant afin d'évaluer leurs propres performances
- de mener au sein de leur équipe une réflexion pluridisciplinaire faisant intervenir les sages femmes, les infirmières, les anesthésistes, les néonatalogues, les obstétriciens mais également les responsables administratifs, pour mettre en place une procédure d'urgence, utilisant par exemple le système des codes couleurs. Cette procédure devant être admise par tous, écrite, disponible et diffusée régulièrement.
- tenir des réunions d'analyse des cas afin de faire le bilan d'efficacité de ces césariennes urgentes

Discuter plus largement, non seulement du délai décision-naissance, mais également du délai évènement-naissance.

- Pour les experts :

Il n'est pas pensable pour un expert de résumer son intervention à l'évaluation de la tenue d'un délai décision-naissance inférieur à 30 minutes puisque l'on sait que ce délai n'est, bien souvent, pas nécessaire pour obtenir un état néonatal satisfaisant et que dans d'autres cas, il est insuffisant pour obtenir la survie d'un enfant.

Ce délai décision-naissance n'est qu'un reflet partiel de l'efficacité d'une équipe.

Il convient, pour un expert amené à donner son avis sur un dossier, d'étudier un certain nombre de points successivement :

- Quel était le degré d'urgence réel dans le dossier étudié, un délai décision-naissance inférieur à 30 minutes était-il suffisant ou non nécessaire ?
- Existait-il dans le dossier considéré, des facteurs de risques supplémentaires (terme dépassé, RCIU, température maternelle, etc...) : ont-ils été retenus à temps et pris en compte de façon adéquate dans la gestion de l'accouchement ?

Le délai de reconnaissance d'un évènement indésirable net (anomalie gavage du rythme cardiaque fœtal) a-t-il été bref, ce qui permet d'apprécier la qualité de la surveillance des parturientes ?

Des procédures d'appel et de réunion des équipes existaient-elles et ont-elles été appliquées sans délai excessif ?

Une fois l'équipe réunie sur place, la prise de décision a-t-elle été rapide ou non, conforme aux données du dossier ?

Enfin, le délai décision-naissance a-t-il été acceptable, adapté au degré d'urgence, conforme aux possibilités offertes par le plateau technique.

Tous ces éléments permettent finalement d'apprécier la réactivité d'une équipe obstétricale, de façon à réduire le délai évènement-naissance, l'analyse d'un dossier ne peut pas se résumer à un chronométrage du délai décision-naissance.

Il est en effet certain qu'il existe des cas où il faut agir vite, voire très vite et, quand la matière, comme dans bien d'autres, le temps perdu ne se rattrape jamais ; mais que bien souvent également, pour éviter des complications maternelles, il ne faut pas confondre vitesse et précipitation.

Bibliographie

- 1 - Chauhan SP, Magann EF, Scott JR et al. Emergency cesarean delivery for nonreassuring fetal heart rate tracings. Compliance with ACOG guidelines. *J.Reprod.Med.*2003.48:975-81.
- 2 - Tuffnell DJ, Wilkinson K, Beresford N. Interval between decision and delivery by caesarean section - are current standards achievable ? *BMJ* 2001;322:1330-3.
- 3 - Hillemanns P, Hepp H, Rebhan H, Knitza R. Emergency cesarean section-organization and decision-to- delivery time. *Geburt-shilfe Frauenheilkd* 1996.56:423-30.
- 4 - Berglund S, Grunewald C, Pettersson H, Cnattingius S. Severe asphyxia due to delivery-related malpractice in Sweden 1990-2005 ; *BJOG* 2008;115:316-323.
- 5 - Helmy WH, Jolaoso AS, Ifaturoti OO et al. The decision-to-delivery interval for emergency caesarean, section :is 30 min a realistic target ? *Br.J.Obstet.Gynaecol.* 2002;109:505-8.
- 6 - Schauburger CW, Rooney BL, Beguin EA et al. >Evaluating the thirty minute interval in emergency cesarean sections *J.Am.Coll.Surg.*1994;179:151-5.
- 7 - Mac Kenzie IZ, Cooke I. Prospective 12 months study of 30 min decision to delivery intervals for emergency caesarean section. *BMJ* 2001;322:1334-5.
- 8 - Mac Kenzie IZ, Cooke i. What is a reasonable time from decision-to-delivery by caesarean section ? Evidence from 415 deliveries. *BJOG* 2002;109:498-504.
- 9 - Quinn AJ, Kilpatrick A. Emergency caesarean section during labour : response time and type of anaesthesia. *Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol.* 1994;54:25-9.
- 10 - Sayegh I, Dupuis O, Clement HJ, Rudigoz RC. Evaluating the decision-to-delivery interval in emergency caesarean sections. *Eur.J.Obstet.Gynecol.and Reprod.Biol.* 2004;116:28-33.
- 11 - Dupuis O, Dubuisson J, Moreau R et al. Rapidité d'extraction respective des césariennes et des forceps réalisés en urgence. *J.Gynecol.Biol.Reprod.* 2005;34:789-794.
- 12 - Pierre F, Rudigoz RC. Césarienne en urgence : existe-t-il un délai idéal ? *J.Gyn.Obstet.et Biol.Reprod.* 2007;sous presse.
- 13 - Lucas DN, Yentis SM, Kinbsella SM et al. Urgency of cesarean section : a new classification. *J.R.Soc.Med.* 2000;93:346-50.
- 14 - Bloom SL, Leveno KJ, Spong CY, et al. Decision-to-incision times and materna land infant outcomes. *Obstet.Gynecol.* 2006.108:6-11.
- 15 - Livermore LJ, COCHRANE RM. Decision to delivery interval :a retrospectiv e study of 1,000 emergency caesarean sections. *J.Obstet.Gynecol.*2006;26:307-310.
- 16 - Lurie S, Sulema V, Kohen-Sacher B, et al. The decision to delivery interval in emergency and noàn-urgent cesarean sections. *Europ. J.Obstet.Gynecol.* 2004;113:182-185.
- 17 - McCahon RA, Catting s. Time requiered for surgical readiness in emergency caesarean section :;spinal compared with general anaesthesia. *Int.J.Obstet.Anesth.*2003;12:178-82.
- 18 - Spencer MK, MacLennan AH. How long does it takes to deliver a baby by emergency caesarean section ? *Aust N Z J Obstet.Gynaecol.* 2001;47:7-11.
- 19 - Nielsen PE, Goldman MB, Mann S et al. Effects of teamwork training oçn adverse outcomes and process of care in labo rand delivery. *Obstet. & Gynecol.* 2007;109:48-55
- 20 - Bruce D, Stone S, Harding K. Evaluation of emergency caesarean sections-completion of the audit cycle in a central London teaching hospital. *J. Obstet. Gynaecol.* 2002;22:273-8.
- 21 - Lim Y, Shah MK, Tan HM. Evaluation of surgical and anaesthesia response times for crash caesarean sections – An audit of a Singapore Hospital. *Ann.Acad.Med.Singapore* 2005;34:606-10.
- 22 - Moriarty KT, Onwuzurike B, Jones JJ, Jones MH. The 30 minutes decision-to-delivery interval for «urgent» caesarean sections :An elusive target. *J.Obstet.Gynaecol.* 2006;26:736-739.
- 23 - Kwek K, Yeap ML, Tan KH et al. Crash caesarean section – decision-to-delivery interval. *Acta Obstet.Gynecol.Scand.* 2005;84:914-915.
- 24 - Kinsella SM, Lucas DN, Yentis SM et al. Caesarean section urgency – use clinical definitions (letter). *BMJ* 2001;323:930.
- 25 - Holcroft CJ, Graham EM, Aina-Mumuney A, Rai KK et al. Cord gas analysis, decision-to-delivery interval, and the 30-minutes rule for emergency cesareans. *J. Perinat.* 2005;25:229-235.

DÉMARCHE DE QUALITÉ DANS UNE ÉCOLE DE SAGE-FEMME

Evelyne MOTHÉ
Paris

Les écoles de sage-femme ont pour mission d'assurer la formation initiale et la formation continue de la profession.

Des textes précis définissent les programmes de formation initiale et la formation continue s'impose à toute sage-femme pendant sa vie professionnelle.

Parler de démarche qualité au sein d'une structure de formation n'est pas si simple et peut même paraître redondant.

La mission des centres de formation est de diplômer des professionnels compétents, donc de qualité. La logique voudrait qu'il ne soit possible de former des professionnels de qualité qu'avec une formation de qualité. Encore faut-il savoir ce qu'implique une démarche Assurance Qualité et faire la preuve de sa mise en place.

Après avoir envisagé certains des éléments qui nous amènent à mettre en œuvre une démarche qualité dans une école de sage-femme, nous examinerons ce que cela exige.

Contexte

Historiquement, la politique de qualité en formation s'est développée, rapidement après que les textes concernant la formation continue des professionnels soient parus dans les années 70.

Par contre, les démarches d'assurance qualité en formation initiale ne se sont pas généralisées. Principalement parce qu'en France, le système encadré de délivrance des diplômes, le regard des tutelles (éducation nationale, enseignement supérieur et de la recherche, santé), ont jusqu'à ce jour servi de garde-fou et créer un cadre qui contenait en lui-même un certain processus qualité du professionnel diplômé.

La décentralisation d'abord et l'autonomie accordée récemment aux universités font éclater ce système pyramidale de conception de la formation et de son contrôle.

Les pays anglo-saxons qui depuis longtemps ont expérimenté le principe d'universités autonomes ont dû, pour être crédibles, cultiver la transparence de leurs parcours de formation, la transparence des objectifs et des moyens mis en œuvre ainsi que celle des coûts engendrés. Dans un système libéral, chacun doit prouver ce qu'il fait s'il veut en recevoir les retombées. Plus le système de formation est autonome, plus il doit être transparent pour se faire valoir. Ceci suscite une émulation et de la compétitivité entre centres de formation. Chacun s'efforce d'être reconnu comme pôle d'excellence dans sa spécialité.

Pour être reconnu comme pôle d'excellence et viser à être le meilleur, il faut un système de communication développé. Il faut communiquer pour recruter, pour motiver les candidats pendant leur formation, pour que les employeurs les recrutent.

La société est demandeuse d'un enseignement supérieur de qualité. Les contraintes du secteur économique s'appliquent de plus en plus aux établissements d'enseignement.

Les étudiants de leur côté, veulent être formés de façon optimale pour être assurés de pouvoir répondre aux exigences du monde du travail.

L'Europe mène une réflexion pour unifier les parcours de formation et permettre la mobilité des étudiants et des professionnels.

Certains éléments nous motivent pour appliquer des règles de qualité dans la formation des futures sages-femmes et des sages-femmes confirmées.

Motivations

Tout d'abord, les valeurs fondamentales de la profession de sage-femme qui restent un socle prégnant et qui justifient la notion d'obligation de dispenser une formation de qualité.

Ces valeurs regroupent des règles morales personnelles, de conscience professionnelle aboutissant au travail bien fait, des règles déontologiques « être conforme aux données actuelles de la science », des règles éthiques de respect du niveau des compétences professionnelles dû aux patientes.

En formation, le recours à la Science pédagogique et la certification de diplômés capables de répondre aux compétences attendues est en lien avec ces valeurs.

Ceci répond à la mission de santé publique confiée aux sages-femmes : assurer la sécurité des mères et des enfants.

D'autre part, la notion de qualité au service du soin s'est développée et les hôpitaux sont en phase de certification V2. La qualité devient une culture dans le milieu de la santé tout comme elle s'est imposée auparavant dans les milieux technologiques et industriels.

Enfin, dans le secteur de l'éducation, l'ouverture européenne a fait pression pour créer des outils de comparaison pour faciliter la circulation des diplômés, des étudiants et des enseignants.

Le Processus de Bologne pose, comme objectifs, des principes d'Assurance Qualité dans l'enseignement supérieur et un système d'accréditation.

La qualité, selon la Déclaration Mondiale de l'Enseignement Supérieur (ONU), intéresse toutes les dimensions de l'enseignement supérieur : le contenu des programmes académiques et les modalités des enseignements, la recherche, les ressources humaines et les services, les étudiants, les locaux et leurs équipements...

Comment peut-on apprécier la qualité de la formation dispensée par un établissement ?

Critères d'appréciation de la qualité en formation.

La qualité est " l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites" (normes ISO 8402)

L'Assurance Qualité c'est l'ensemble des moyens pour lesquels un établissement peut garantir avec confiance et certitude que les normes et la qualité de l'enseignement qu'il dispense soient maintenues et améliorées. La production, à l'issue de la formation, de professionnels compétents suppose de tenir compte de nombreux éléments disparates.

Le centre formateur ne justifie plus sa qualité par le nombre de diplômés délivrés.

La qualité de la formation a longtemps été appréciée à travers les compétences professionnelles du chargé de cours et la notoriété qui rejaillissait sur le centre de formation.

Le but de la formation est d'instruire des individus en tenant compte des évolutions sociétales.

Globalement, l'enseignement s'attache en premier lieu à créer des savoirs et à les transmettre. Il organise le système de formation en mobilisant des capacités à intégrer les changements de la société.

Depuis les années 80, l'ingénierie de la formation et les capacités pédagogiques développées par les chargés de cours deviennent un critère de développement et d'appréciation de la qualité en formation.

La démarche d'Assurance Qualité formalise le parcours pédagogique proposé à l'étudiant pendant sa formation. Elle rend compte des choix managériaux faits pour arriver à diplômer un professionnel doté de capacités et de compétences qui répondent aux critères réglementaires et aux besoins de la population ainsi qu'aux attentes des employeurs.

Le processus d'Assurance Qualité applicable aux établissements européens d'enseignement supérieur est énoncé en 2005, dans le rapport de l'Association européenne pour l'assurance qualité dans l'enseignement supérieur (ENQA). Ces normes internes sont sous la surveillance d'organismes nationaux d'évaluation.

Les établissements mettent en place, avec le concours des étudiants et des partenaires, une politique d'Assurance Qualité, avec des procédures clairement identifiées.

Les procédures d'évaluation dont les mécanismes doivent être connus et rendus publics concernent de multiples secteurs : les étudiants, les enseignants, les chercheurs, les résultats avec analyse de l'adéquation entre les programmes et les choix pédagogiques, les systèmes d'information.

Tels que définis par la Déclaration Mondiale sur l'Enseignement Supérieur, les critères d'appréciation doivent être conformes aux normes utilisées dans l'appréciation de la qualité en formation et être ceux qui ont cours au niveau européen. Un référentiel qualité sert de base pour l'appréciation des pratiques.

Il est important de définir les personnes chargées d'évaluer et d'apprécier la qualité de la démarche.

Après une auto-évaluation, menée par les équipes de l'établissement dans un audit interne, suivie de réajustements, intervient un audit externe. L'auto-évaluation est la compilation et la synthèse de tous les avis des différents participants à la vie de l'établissement, y compris les étudiants, les collaborateurs externes ...

L'audit externe est assuré par des structures nationales indépendantes ayant une expertise internationale.

Les conditions de réussite dans la culture Qualité supposent de prendre conscience des obligations, des limites et des avantages d'une telle démarche.

Contraintes et avantages d'une démarche d'Assurance Qualité

Une démarche d'Assurance Qualité suppose des engagements.

Les contrats qui sont actuellement le plus souvent implicites doivent devenir explicites. Ces engagements sont propres à la structure de formation et évoluent avec elle et avec son environnement.

L'accréditation est délivrée par un organisme faisant autorité. Elle concerne les organismes ou formateurs chargés de dispenser de la formation ou de la contrôler. L'accréditation signe la valeur de la compétence spécifique de ces organismes ou formateurs.

La certification de la formation ou du diplôme, permet de donner le niveau de l'enseignement dispensé et le niveau atteint par le candidat.

Une démarche qualité implique des personnes et entraîne des négociations.

Les équipes managériale et pédagogique du centre ou de la structure de formation sont bien sûr concernées.

Les apprenants de formation initiale ou de formation continue sont partie prenante, parce qu'ils sont les destinataires du contrat de formation.

Les intervenants qui dispensent les enseignements théoriques ou cliniques auprès des patients ont à s'exprimer. Ils portent un regard sur leur propre implication et sur les interactions qu'ils ont avec l'équipe organisatrice de la formation et les individus qui apprennent.

Les usagers de la formation, encore appelés apprenants, ont des attentes, des à priori, des présupposés, des capacités et chaque génération aborde différemment ses apprentissages.

Les utilisateurs de la formation sont aussi bien les patients que les employeurs. Si ces derniers sont au service des patients, ils sont aussi soumis à des contraintes organisationnelles qui leur donnent des exigences différentes.

Les dispensateurs de la formation qu'il s'agisse des concepteurs (équipe stratégique et ou logistique) des formateurs, des tuteurs de stages, ont des attentes, des contraintes parfois divergentes.

Les financiers, parfois employeurs, apportent un cadre possiblement contraignant.

Les besoins de ces partenaires, parties prenantes de la formation, ne sont pas nécessairement homogènes et cohérents. Tous n'ont pas les mêmes degrés d'intérêt, en termes de résultats attendus et n'ont pas les mêmes savoirs pour analyser les éléments en présence.

Afin de répondre valablement à ces attentes inhomogènes c'est un objectif de qualité négociée qui est posée. Chaque participant analyse selon ses objectifs propres l'organisation pédagogique et matérielle de la formation. La qualité ne consiste pas à répondre aux besoins d'un seul partenaire, mais de rechercher un consensus entre tous.

Il faut se demander dans quelle mesure et dans quelles limites les employeurs ont à se prononcer sur la qualité de la formation qu'ils attendent pour les personnels qu'ils emploient, au moins sous la forme d'enquête « écoute client ».

Une démarche qualité implique des textes.

Le contrat d'Assurance Qualité ne peut prendre de liberté avec les textes réglementaires. Il doit répondre à toutes les obligations de convention de fonctionnement.

Les politiques fixées par les autorités, tutelles ministérielles ou régionales, par les règlements intérieurs, des universités et des écoles ou des hôpitaux, bornent d'une certaine manière l'autonomie de fonctionnement des systèmes de formation. Des conseils divers, conseil de perfectionnement, conseils techniques, commissions définissant les projets de formation continue... donnent des directives plus ou moins contraignantes.

Un contrat d'Assurance Qualité va émettre les lignes de conduite à respecter, des pratiques admises comme bonnes et permettant la production d'une formation de qualité. Les documents tels que les guides des études, les chartes de l'apprenant édictent les pratiques attendues, tant des étudiants eux-mêmes des organisateurs de la formation.

Une démarche qualité implique des évaluations et des évolutions.

La qualité définie hier, n'est pas la qualité d'aujourd'hui et ne sera pas celle admise demain. La qualité est toujours estimée par rapport aux contextes dans lesquelles elle se développe, besoins, vie sociale, évolutions des connaissances...

Porter un regard sur la qualité de la formation, c'est postuler que l'objectif est de tirer des conclusions et d'apporter des modifications qui à leur tour seront évaluées.

L'objectif de l'évaluation est d'estimer l'importance, la place, le développement ou les effets d'un élément donné. L'évaluation n'acquière de sens que si elle est faite avec un objectif de progression, de changement, d'amélioration.

Quel que soit le motif qui fait rentrer dans un projet qualité, l'évaluation est positionnée pour faire le bilan de l'existant et en analysant le niveau de pertinence, puis pour améliorer le score obtenu.

L'évaluation est un outil de progression.

Si l'on exclut le principe stérile de l'autosatisfaction, il y aura les points satisfaisants et très satisfaisants... et les autres.

La notion de qualité est en constante évolution et une qualité satisfaisante ne sera maintenue que si le contexte qui la sous-tend est pris en compte. La qualité moindre ne sera améliorée que si de nouvelles approches et des parcours nouveaux sont élaborés

Comme tout projet, l'élaboration d'une démarche Assurance Qualité suit un développement précis

Etapes d'une démarche qualité

L'objectif poursuivi peut être l'autoévaluation seule avec comité de vigilance issu du groupe de pilotage ou bien l'accréditation.

Pour les écoles de sage-femme, en formation initiale il n'est pas question de certification, en effet le Diplôme d'état est réglementé.

L'inscription dans un processus de démarche qualité est tout d'abord un acte volontaire qui se doit d'être obtenu par l'équipe de direction.

La procédure va consister à interroger, au cours de l'autoévaluation, tous les partenaires, internes et externes, sur un certain nombre de points déclinés dans un référentiel.

L'analyse permettra de définir des propositions d'améliorations. Une fois retenues les modifications à apporter, un calendrier d'application est élaboré.

Lorsque la période déterminée pour la mise en place des réformes est écoulée, c'est un organisme extérieur qui est mandaté pour un audit externe.

Cet organisme, classiquement relèvera les points qui répondent aux indicateurs du référentiel, ceux positifs et ceux à améliorer. Les dispositions d'organisation, de suivi, et de pilotage prévus pour assurer ces engagements sont aussi énoncées.

A terme cette évaluation de la démarche qualité débouchera sur une meilleure connaissance interne des fonctionnements, donnera matière à communiquer avec les partenaires tels que les tutelles, les financeurs, etc...

Ce travail d'évaluation de la qualité de la formation permettra de présenter en détails les engagements de l'école vis-à-vis des apprenants.

L'ensemble des capacités acquises confronté au programme des études et au référentiel de compétences de la profession de sage-femme sera objectivé et pourra ainsi développer la confiance du public et des partenaires.

Une démarche d'Assurance Qualité s'appuie sur un référentiel mis à la disposition de toutes les parties, dans le but de recueillir leurs besoins, leurs propositions et d'aboutir à un compromis. Ce compromis suppose de se focaliser sur les points essentiels, de définir les moyens adaptés pour assurer l'enseignement, de tenir compte de la faisabilité et des principes de réalité. L'efficacité de la formation en dépend.

L'adéquation entre compétences prescrites (par les textes) et compétences requises (sur le terrain) sera la plus juste possible.

Outil

L'ENSP Ecole Nationale de Santé Publique, devenue EHESP Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, a élaboré un référentiel qualité en vue de l'accréditation de dispositifs de formations supérieures professionnelles.

Ce référentiel prend en compte les lignes d'orientation proposées par l'ENQA. Il a été conçu pour s'adapter aux différentes formations supérieures professionnelles et peut être remanié, si certains critères ne sont pas en phase avec la formation concernée.

La démarche aboutit à une accréditation soit de l'organisme de formation, soit de la formation.

Cet objectif fixé au départ permet d'utiliser les domaines plus pertinents du référentiel en les développant.

Le référentiel est structuré en 3 parties, 33 sous domaines et 122 références.

Les 3 parties concernent l'organisme, la formation, l'assurance qualité interne.

La partie organisme porte attention à l'identité de la structure, les fonctionnements internes, les ressources qui sont mobilisées pour répondre à ses missions. La répartition des responsabilités dans l'organisation, la régulation du pilotage et de la communication interne est un point clef de cette 1ère partie. L'adéquation des ressources humaines, financières et logistique est examinée au regard des besoins de formation.

La partie formation s'intéresse aux orientations données à la formation, à l'ingénierie de la formation et à l'ingénierie pédagogique.

Les références se proposent d'apprécier les conditions de conception, de production et de validation de la formation qui sont mises en place pour répondre aux attentes des différents bénéficiaires. Il s'agit de prouver la cohérence du projet de formation en démontrant le bien fondé des modes d'intervention et des modes de coordination retenues pour optimiser l'apprentissage. La pertinence des méthodes pédagogiques et de la progression qu'elles permettent, et de leur cohérence avec les contenus de formation sont examinées.

Cette partie 2 du référentiel est à développer et examiner de façon attentive, voire pointilleuse pour apprécier la qualité de la formation.

La dernière partie analyse l'assurance qualité interne. Elle vise à voir ce qui est fait pour garantir aux bénéficiaires la formation la plus adaptée.

Le centre de formation regarde les axes de management et de pilotage retenus ainsi que la stratégie définie avec les ressources utilisables. Son objectif est d'identifier dans les modalités de fonctionnement ce qui permet ou va permettre de réguler les améliorations retenues.

La méthodologie préconisée pour mettre en place une accréditation de la formation ou de l'organisme de formation se fait en plusieurs étapes. L'objectif d'accréditation est fixé à plus ou moins long terme.

Une démarche d'Assurance Qualité est accréditée à un moment donné dans un contexte donné. Une fois accrédité ; le centre de formation ne peut se figer sur ce résultat.

Une évaluation qui n'aboutit pas à une décision (d'amélioration) ne sert à rien.

Entrer en Assurance Qualité c'est entrer dans un processus d'amélioration continue de la qualité. L'exercice, au quotidien, devient un enchaînement vertueux qui reprend les éléments de management de Deming : planifier, faire, vérifier, agir.

L'amélioration continue de la formation exige de l'autodétermination, des co-décisions et des engagements individuels.

Nécessairement la formation évolue avec l'environnement et l'équipe conceptrice du projet de formation va devoir adapter ses pratiques aux nouveaux besoins, aux nouveaux usagers et à leurs attentes.

A une périodicité à définir, l'exercice d'auto évaluation et d'accréditation est à refaire en s'appuyant sur un référentiel réactualisé.

L'accréditation va apporter la preuve que l'organisme de formation agit dans la conformité des règlements. Toutefois la manière de décliner les moyens, les stratégies de formation sont propres à chaque équipe. Il n'y a pas d'attitude standardisée prescrite.

Chaque organisme reste autonome dans ses choix et peut développer des innovations et des parcours adaptés à son environnement et à ses publics. L'accréditation reconnaît la compétence développée pour effectuer ces tâches spécifiques.

C'est la méthode de mobilisation interne mise en place par le centre de formation, les démarches d'amélioration, les principes de vigilance (veille) prévus bien plus que la reconnaissance des compétences délivrées qui sont en cause dans le processus d'accréditation.

Par son accréditation, l'établissement montre qu'un ensemble de dispositifs est mis en place pour garantir la qualité et que ces dispositifs sont satisfaisants. Ceci a pour effets de donner plus de confiance en soi à la structure de formation, de dynamiser son implication dans la démarche.

Cette accréditation donne du crédit à la formation et change le regard des bénéficiaires, apprenants et population.

La démarche Assurance Qualité porte en elle le germe de la reconnaissance professionnelle parfois tant attendue et tant espérée.

Les écoles de sage-femme ont tout intérêt à s'engager dans cet exercice de développement d'Assurance Qualité et à viser l'excellence en formation.

Présentation de la démarche assurance qualité à l'Ecole de sage-femme Paris 6 Saint-Antoine 1998-2010

Nous avons depuis plusieurs années choisi de nous inscrire dans une perspective de démarche d'Assurance Qualité.

Voici notre expérience :

L'école de Sage-femme de l'hôpital Saint-Antoine dépend de l'université Paris VI qui a mené 2 campagnes d'évaluation en 1995 et 2005, et de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris qui est très engagée dans la culture qualité.

Notre environnement est donc favorable.

Nous avons connu au fil du temps les campagnes Normes AFNOR, Normes ISO, la période du "tout qualité", du "zéro défaut". Depuis les années 2000 un regard est tourné vers la qualité de la formation continue et de la formation initiale.

Nous avons participé activement à l'élaboration de référentiels d'évaluation de la formation initiale et continue (2003) mené un autodiagnostic qualité de notre structure (2000) participé à des enquêtes "écoute client" (1999) en formation initiale et formation continue.

Nous disposons pour analyser la formation dispensée de données quantitatives et qualitatives et d'un certain nombre de documents d'information et de suivi.

Les données quantitatives décrivent les flux d'étudiants, les ressources humaines, les bilans pédagogiques prouvant la répartition des enseignements, les bilans financiers.

Les données qualitatives sont issues de bilans de satisfaction provenant des étudiants dans les analyses de retour de stage, des bilans d'acquisitions de compétences en fin d'année et en fin de cursus lors du Diplôme d'état.

En Ile de France, depuis 3 ans les équipes pédagogiques et les cadres responsables des services de stage disposent une fois par an d'une rencontre sous forme de mini séminaire interactif.

Les enseignants vacataires s'expriment de façon informelle à l'issue des cours dispensés ou au rendu des devoirs sur table ou encore lors des jurys.

Les documents généraux de communication sont les projets d'école et pédagogique, les plaquettes informatives présentant le cursus des études, les carnets guide de rentrée et de promotion, des documents méthodologiques (parcours mémoire...)

Les programmes sont mis à disposition.

Les étudiants sont reçus individuellement à l'admission à l'école, ils bénéficient d'un bilan et d'un soutien pédagogique individualisé si besoin.

Les règlements de fonctionnement sont remis chaque année à chaque étudiant.

Un conseil technique a lieu à périodicité régulière, il a un rôle d'échanges, de concertation. Ses rôles décisionnaires sont restreints. Les contacts avec l'université sont plus administratifs que pédagogiques

En avril 2007, l'AP-HP souhaite se doter d'un référentiel Qualité en formation initiale et fait appel à l'ENSP.

Nous avons été volontaires pour examiner en groupe de travail pluri-professionnel le référentiel 2005 déjà utilisé par un certain nombre d'écoles d'enseignement supérieur professionnel.

De rares références ont été adaptées au fonctionnement particulier de l'AP-HP et de ses structures d'enseignement.

Les propositions du référentiel d'étude de la qualité concernent les domaines suivants :

L'organisme école

- Mission et politique générale : Identité, développement, partenaires
- Organisation : Fonctionnement, communication interne
- Ressources Humaines, documentaires, logistiques et financières

La formation dispensée

- Orientation de la formation : Référentiel de compétences et de validation valeurs et modèle
- Ingénierie de formation : objectifs d'apprentissage et parcours de formation, engagement de l'apprenant
- Ingénierie pédagogique : Contenus, progression, méthodes

L'assurance qualité interne

- Evaluation : Résultats de l'apprentissage, adéquation, satisfaction
- Démarche qualité : Politique qualité, actions d'amélioration et leur validation
- Amélioration continue : Culture partagée, veille expérimentation, innovation

Une première lecture interne à l'équipe pédagogique montre que nous sommes capables de répondre à peu près à la 2ème partie du référentiel, que nous avons matière à élaborer sur l'assurance qualité interne. Nous sommes pauvres sur la 1ère partie et principalement sur la transmission orale et écrite des valeurs, de la culture de l'école. Notre système de communication est embryonnaire.

Sans attendre nous envisageons de faire un effort pour la rentrée de septembre 2007. Nous mettons en place une présentation remaniée du projet d'école aux étudiants et une conférence sur l'histoire de l'école. Nous essayons de trouver un moyen de diffusion des objectifs de formation clinique auprès des professionnels qui encadrent les étudiants (ces documents remis faisant le plus souvent poche ou tiroir restant)

Le calendrier de travail prescrit :

- l'information des équipes enseignantes et partenaires
- la formation au sein de l'école d'un responsable qualité chargé d'assurer l'auto-évaluation et le rapport de synthèse

L'équipe enseignante et les étudiants ont été informés en juin 2007 et septembre 2007. Les déléguées de classe ou leur représentant participeront aux groupes d'auto-évaluation dès le début des travaux.

La liste des partenaires devant être invités aux groupes de travail est élaborée.

Le responsable qualité sera formé à la méthodologie d'évaluation en avril 2008 et devrait manager le parcours entre mai et décembre 2008. Le retour des documents de synthèse aux directions de l'AP-HP se faisant en janvier 2009.

La démarche d'Assurance Qualité n'est pas une nouveauté à l'école de Sage-femme Saint-Antoine. Nous profiterons de ce travail pour analyser et améliorer nos pratiques. Le référentiel nous permet de compléter l'existant, de faire connaître notre structure, d'impliquer les partenaires, de convaincre que nous sommes dignes de confiance.

Avant de conclure nous proposons à titre d'exemple 2 items du référentiel.

Le tout 1^{er} du référentiel.

Section 1 : organisme

1.1 - mission et politique

1.1.1 – identité

1.1.1.1 « Les valeurs et finalités de l'organisme sont explicites et appropriées pour les professionnels. Ceux-ci connaissent l'histoire et la culture de l'organisme ».

Les valeurs sont bien énoncées dans le carnet d'accueil des étudiants. Rien n'est écrit ailleurs. Les étudiants questionnés n'ont su répondre que partiellement.

Très honnêtement nous avons pensé répondre que tout était à faire sur le sujet.

Nous notons toutefois que le bureau des étudiants créé il y a 15 ans est un vecteur de transmission de la culture Sage-femme Saint Antoine". Que cette partie de son activité s'amplifie par l'organisation et la participation à de nombreuses manifestations sur des thèmes diversifiés.

Les étudiants sont de plus en plus nombreux à se proposer pour initier, organiser, animer les forums d'information et les journées portes-ouvertes.

Dans les 2 cas ils signent spontanément leur présence en se présentant comme sage-femme de l'école Paris 6 Saint-Antoine, alors qu'auparavant la présentation était uniquement sous le sigle sage-femme.

La modification a consisté à introduire 2 informations à l'usage des nouveaux entrants, histoire et valeurs de l'AP-HP et de l'hôpital Saint-Antoine, histoire, valeurs et culture de l'école

Le 2^{ème} item est plus purement pédagogique

2 - la formation

2.3 – ingénierie pédagogique

2.3-2 – progression

2.3.2.1 – « Les phases de progression suivent une logique de progression qui tient compte des pré-requis pour chacune d'elle ».

L'équipe reconnaît là une des obligations apparaissant dans le projet pédagogique.

Les étudiants n'ont pas de difficultés à se repérer pour cet item.

Ils signalent que bien que notés sur les feuilles d'objectifs de stage, les pré-requis théoriques et cliniques sont ignorés des professionnels responsables de stage.

Modifications mises en place et envisagées

Le sujet, a été abordé avec les professionnels lors du mini séminaire annuel.

A la rentrée 2008-2009 les objectifs de stage comportant les pré-requis seront diffusés plus largement auprès des professionnels et non plus seulement auprès des cadres de service.

Le référentiel comporte 122 références sur lesquelles travailler, réfléchir, créer.

L'audit externe, 2ème temps de la demande assurance qualité, qui peut déboucher sur l'accréditation de la formation est pour l'instant à un horizon trop flou pour en envisager la date.

Un engagement dans une démarche qualité, assortie ou non d'un projet d'accréditation, a pour but de démontrer la capacité à entretenir un processus d'amélioration continue de la qualité de la formation dispensée en école de sage-femme.

La démarche assurance qualité peut alors être considérée comme une valeur forte et faire partie intégrante de la culture de l'établissement.

S'astreindre à ce regard sur la qualité de la formation, partager ce regard avec les utilisateurs que sont les apprenants et les différents partenaires est une approche éthique de ce que doivent les managers de formation aux femmes et aux couples qui leur font confiance.

Bibliographie :

La qualité de la formation en débat. Olivier Audebert ; Gérard Bogard et coll. Education permanente n°145 juillet 2001 - 198p

Accréditation des formations supérieures professionnelles et amélioration continue de la qualité. Sous la direction de Christian Chauvigné. Editions ENSP 2004 - 176p

La certification des produits industriels et des services en 7 questions. Mode d'emploi. Plaquette du Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie.

www.industrie.gouv.fr/pratique/certification/certif7q.pdf

Accréditation de dispositifs de formations supérieures professionnelles. Référentiel qualité. ENSP Ecole nationale de santé publique, direction de l'évaluation et du développement pédagogique. Novembre 2005

Nouvelle donne générationnelle et pédagogie, quelles différences de représentation ? Jacques Lambert Soins Cadres de Santé n° 65 – février 2008

Pour information :

ENQA : European Association for Quality Assurance in Higher Education www.enqa.eu

CNE: Comité National d'Évaluation www.cne-evaluation.fr

AERES : Agence d'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur www.aeres-evaluation.fr

ENSP EHESP : www.ehesp.fr

FAGE : réseau des assos étudiantes : www.fage.ass.fr

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche : www.education.gouv.fr et www.recherche.gouv.fr

VENDREDI 23 MAI 2008 - APRÈS-MIDI

ACTUALITES



VALEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE DU RYTHME CARDIAQUE FŒTAL À L'ADMISSION

G. BOOG et C. GODET
Ecole de Sages-Femmes, CHU de Nantes)

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF) d'admission consiste en un tracé pratiqué lors de l'entrée d'une parturiente en maternité. Ses objectifs sont, d'une part, de repérer en routine dès le début du travail, c'est-à-dire en phase de latence, les fœtus déjà gravement compromis, d'autre part, de sélectionner les parturientes nécessitant un monitoring continu du RCF pendant tout le reste du travail. Il s'agit de réaliser un ERCF d'environ 20 à 30 minutes et d'en apprécier le caractère réactif (présence d'au moins 2 accélérations de 15 battements par minute (bpm) pendant au moins 15 secondes), douteux (absence de ce critère) ou anormal (ralentissements tardifs), les critères ayant pu être modifiés (en général complexifiés) selon les études et les auteurs.

Son utilisation en pratique quotidienne s'est généralisée avant que ses avantages aient été véritablement démontrés.

Il existe trois études randomisées ayant comparé l'ERCF d'admission à la simple auscultation au stéthoscope [1-3]. Comme le montre le tableau I, ces travaux portant sur 11.259 parturientes à « bas risque » ont mis en évidence une plus grande médicalisation des accouchements dans le groupe des ERCF d'admission, avec une augmentation des monitorages continus, des interventions obstétricales, de l'utilisation des ocytociques, des poses d'analgésie péridurale et des micro-prélèvements de sang fœtal, sans amélioration évidente des paramètres néonataux.

Paramètres	ERCF d'admission (n)	Auscultation simple (n)	RR (IC à 95%)
Total des interventions obstétricales	1009/5632	911/5627	1,1 [1,0-1,3]
Interventions obstétricales pour « souffrance fœtale »	308/4298	273/4282	1,1 [1,0-1,3]
Total des césariennes	252/5632	210/5627	1,2 [1,0-1,4]
Césariennes pour « souffrance fœtale »	57/4298	50/4282	1,1 [0,8-1,7]
Utilisation d'ocytociques pendant le travail	1911/5629	1860/5621	1,1 [0,9-1,2]
Analgésies péridurales	351/1334	283/1345	1,2 [1,1-1,4]
Monitorages continus du RCF	3190/5632	2358/5624	1,3 [1,2-1,5]
Micro-analyses au scalp	559/5632	433/5627	1,3 [1,1-1,5]
Mortalité périnatale	2/5632	2/5627	1,1 [0,2-7,1]
Réanimations néonatales	13/5483	17/5460	0,8 [0,4-1,6]
Convulsions néonatales	11/4298	14/4282	0,8 [0,4-1,7]
Score d'APGAR < 7 à 5 minutes	42/5627	31/5617	1,4 [0,9-2,2]
Admissions en néonatalogie	250/5631	245/5621	1,0 [0,9-1,2]

Tableau I : Résultats des trois études randomisées comparant l'ERCF d'admission à l'auscultation simple. Méta-analyse de Blix et al. [4] à partir des essais de Impey et al [1] Cheyne et al. [2], et Mires et al. [3].

Onze autres études d'observation regroupant 5.831 accouchements ont montré, par ailleurs, une assez faible valeur prédictive des ERCF d'admission quant aux paramètres périnataux (Tableau II).

Paramètres	Test positif (n)	Test négatif (n)	Rapport de vraisemblance d'un test positif	Rapport de vraisemblance d'un test négatif
Interventions obstétricales pour « souffrance fœtale »				
Blix et al. [5] 14/139	14/139	31/706	2,0 [1,3-3,2]	0,8 [0,7-1,0]
Chua et al. [6]	20/71	44/1021	6,3 [4,0-9,9]	0,7 [0,6-0,9]
Farrell et al. [7]	3/12	13/170	3,5 [1,0-11,5]	0,9 [0,7-1,1]
Ingemarsson et al. [8]	5/59	20/982	2,7 [1,2-6,4]	0,9 [0,8-1,0]
Césariennes pour souffrance fœtale				
Blix et al. [5]	10/139	13/706	2,8 [1,7-4,5]	0,7 [0,5-1,0]
Ducey et al. [9]	18/24	14/381	35,0 [14,9-81,9]	0,5 [0,3-0,7]
Elimian et al. [10]	8/25	19/401	7,0 [3,3-14,6]	0,7 [0,6-0,9]
Ingemarsson et al. [8]	5/59	13/982	5,3 [2,4-11,6]	0,8 [0,6- 1,0]
Sarno et al. [11]	5/21	1/88	5,4 [3,0-9,5]	0,2 [0,0-1,2]
Sarno et al. [12]	16/90	8/310	3,4 [2,4-4,8]	0,4 [0,2-0,7]
Somerset et al. [13]	6/41	10/293	3,4 [1,7-6,9]	0,7 [0,5-1,0]
Score d'APGAR < 7 à 5 minutes				
Blix et al. [5]	2/139	5/706	1,8 [0,5-5,7]	0,9 [0,5-1,4]
Chua et al. [6]	10/71	6/1021	11,0 [7,0-17,3]	0,4 [0,2-0,8]
Elimian et al. [10]	0/25	3/401	2,1 [0,2-28,6]	0,9 [0,6-1,4]
Farrell et al. [14]	0/26	2/205	1,5 [0,1-18,6]	0,9 [0,6-1,6]
Farrell et al. [7]	0/12	1/170	3,6 [0,3-42,6]	0,8 [0,4-1,8]
Sarno et al. [11]	0/21	1/88	1,3 [0,1-14,4]	0,9 [0,4- 2,1]
Sarno et al. [12]	3/90	7/310	1,4 [0,5-3,5]	0,9 [0,6-1,4]
« Souffrances fœtales »				
Blix et al. [5]	15/139	35/706	1,9 [1,2-3,0]	0,8 [0,7-1,0]
Ingemarsson et al. [8]	9/59	13/982	8,3 [4,7-14,8]	0,6 [0,3-0,9]
Ingemarsson et al. [15]	8/58	14/708	5,4 [2,9-10,0]	0,7 [0,5-0,9]
Réanimations néonatales				
Chua et al. [6]	12/71	32/1021	4,8 [2,8-8,3]	0,8 [0,6-0,9]
Farrell et al. [7]	1/12	18/170	0,8 [0,1-5,7]	1,0 [0,9-1,1]
Admissions en néonatalogie				
Blix et al. [5]	11/139	17/705	2,5 [1,5-4,1]	0,7 [0,5-1,0]
Chua et al. [6]	19/71	42/1021	6,2 [3,9-9,8]	0,7 [0,6-0,9]
Elimian et al. [10]	3/25	30/401	1,6 [0,5-5,1]	1,0 [0,9-1,1]
Farrell et al. [14]	3/26	4/205	4,2 [1,6-10,8]	0,6 [0,3-1,2]
Farrell et al. [7]	0/12	2/170	2,4 [0,2-32,1]	0,9 [0,5-1,5]

Tableau II : Valeur prédictive des ERCF d'admission à partir des études d'observation.

Il faut souligner le caractère hétérogène de ces études, car les critères de jugement du test d'admission peuvent être plus complexes (réactivité jugée par la présence d'accélération dont la définition peut varier selon l'importance et la durée du phénomène, recours à d'autres critères classiques d'interprétation de l'enregistrement du RCF comme la variabilité, la présence ou non de ralentissements, ...), mettant en évidence les difficultés d'interprétation, les variations inter-opérateurs et la nécessité d'une formation des acteurs pour améliorer les performances du test.

L'étude rétrospective de cas de morts in utero survenues pendant le travail a montré qu'elles pouvaient compliquer des accouchements suivant un test d'admission réactif [16]. Ces cas s'expliqueraient par la survenue d'un accident obstétrical brutal et non prévisible (procidence du cordon, décollement placentaire...).

Nous avons tenté d'évaluer les performances diagnostiques de ces tracés d'admission en routine par rapport à l'issue de l'accouchement et d'apprécier l'intérêt d'utiliser le logiciel OXFORD Team Care en combinant l'interprétation visuelle classique (tracés réactifs et score FIGO) aux critères de Redman et Dawes fournis par l'analyse informatisée dans cette indication. Un des avantages du logiciel OXFORD TeamCare est de fournir une première analyse au bout de 12 minutes.

1. Matériel et méthode

Notre étude porte sur une série continue de 352 patientes avec un fœtus unique au-delà de 36 SA, ayant eu un tracé d'admission avant 4 centimètres de dilatation avec le système Team Care OXFORD 8002. Les caractéristiques de notre population sont les suivantes : âge maternel de 28,6+5,6 ans, parité de 0,7+1,0, 53,7% de primigestes, un indice de masse corporelle de 23,0+5,2, 34,4% de grossesses pathologiques, un travail déclenché dans 29,5% des cas, une analgésie péridurale posée dans 77% des cas, un liquide amniotique méconial dans 9,4% des cas, un rythme cardiaque fœtal au cours du travail suspect dans 33% des cas et pathologique dans 2,0% des cas. Dans cette série le taux de césariennes est de 13,1%, celui des extractions instrumentales de 15,6%. En ce qui concerne la morbidité néonatale, nous avons relevé 0,9% de scores d'APGAR < 7 à 5 minutes, un pH artériel ombilical < 7,15 dans 12,3% des cas, 9,5% d'acidoses métaboliques (BE < - 10 mmol/L) et un transfert en soins intensifs dans 2,3% des cas.

2. Résultats

2.1. Comparaison entre l'analyse visuelle du RCF (aspect réactif et score FIGO) et le système OXFORD critères satisfaits selon Dawes et Redman) :

- en analyse visuelle, 83,5% des tracés sont réactifs et selon le score FIGO, 88,4% sont normaux, 9,1% sont suspects et 2,5% sont pathologiques ;
- avec le logiciel OXFORD, 88,1% des tracés sont satisfaits au bout de 12 minutes ;
- les 2 modes d'analyse sont concordants dans 82,7% des cas, mais 31,5% des analyses visuelles anormales ne sont pas confirmées par l'OXFORD et 12,5% des analyses visuelles normales ont une interprétation informatisée anormale. Rappelons que le tracé visuel ne donne pas la micro-fluctuation et que l'analyse informatisée ne permet pas d'établir la chronologie des ralentissements par rapport à la contraction utérine, c'est pourquoi nous avons combiné les deux modes d'analyse.

2.2. Valeur pronostique du tracé d'admission

34,7% des tracés sont anormaux ou suspects. Les deux seuls paramètres significativement associés à l'issue néonatale sont le risque de césarienne pour « souffrance fœtale » multiplié par 5 (OR=5,4 [1,9-15,9]) en cas d'ERCF anormal et les transferts en néonatalogie (OR=3,0 [0,9-9,8]), Le taux de faux positifs est de l'ordre de 34%. La valeur prédictive positive est faible atteignant au maximum 16% pour l'acidose, Cependant, les valeurs prédictives négatives pour les items néonataux varient de 89% à 99,7%.

2.3. Valeur pronostique des événements du travail

Par comparaison, nous avons recherché les paramètres du travail significativement associés à la morbidité néonatale (Tableau III).

Paramètres du travail	pH <7,15	BE < -10 mmol/L	APGAR <7 à 1 minute	Réanimations néonatales	Transferts néonataux
Primiparité	2,9 [1,2-7,0]	5,7 [1,8-20,0]	10,0 [2,2-64,0]	6,3 [1,7-27,5]	3,6 [0,9-16,7]
RCF du travail anormal	4,0 [1,8-8,9]	3,2 [1,3-7,6]	14,6 [4,0-64,1]	7,7 [2,6-24,6]	NS
Compression du cordon	2,3 [1,1-5,0]	NS	NS	3,9 [1,5-10,6]	NS
Liquide amniotique méconial	NS	NS	NS	6,6 [2,5-17,6]	NS
Déclenchement du travail	NS	NS	NS	NS	4,0 [1,2-13,9]
Terme dépassé	NS	NS	NS	3,4 [1,2-9,8]	NS
Grossesse pathologique	NS	NS	2,5 [0,9-6,5]	NS	NS
RCF d'admission anormal	NS	NS	NS	NS	3,0 [0,9-9,8]

Tableau III. Les circonstances du travail significativement associées à l'issue périnatale.

En conclusion, on peut recommander la réalisation d'un ERCF pour toute femme arrivant en début de travail afin de s'assurer de l'absence d'anomalie, la normalité du RCF restant un bon critère de « bonne santé foetale » en début de travail (NP5).

A l'inverse, un tracé d'admission anormal est l'expression d'une situation obstétricale compromise [17].

Néanmoins, le tracé d'admission est moins souvent prédictif de l'état néonatal que l'ERCF du travail, car de nombreux événements liés à une prise en charge active peuvent survenir par la suite : amniotomie, analgésie péridurale, fièvre, perfusion d'ocytocine [18].

En dehors de toute pathologie gravidique, un ERCF d'admission normal permet d'alléger la surveillance notamment au cours de la phase de latence du travail et d'autoriser la déambulation ou la dilatation en baignoire, et de limiter le nombre de tracés additionnels tant qu'une prise en charge active ne s'impose pas.

Dans une configuration où l'on envisage une surveillance du travail par l'auscultation intermittente, comme cela peut être proposé dans certains pays sur les parturientes à bas risque, la réalisation d'un enregistrement foetal à l'admission en salle de travail en vue de décider d'une surveillance continue ou discontinue n'apporte pas d'amélioration du pronostic néonatal (NP2).

Références

1. Impey L, Reynolds M, MacQuillan K, Gates S, Murphy J, Sheil O. Admission cardiotocography: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 465-470
2. Cheyne H, Dunlop A, Shields N, Mathers AM. A randomised controlled trial of admission electronic fetal monitoring in labour. *Midwifery* 2003; 19: 221-229
3. Mires G, Williams F, Howie P. Randomised controlled trial of cardiotocography versus Doppler auscultation of fetal heart at admission of labour in low risk obstetric population. *BMJ* 2001; 322: 1457-1460
4. Blix E, Reinar LM, Klovning A, Øian P: Prognostic value of the labour admission test and its effectiveness compared with auscultation only: a systematic review. *BJOG* 2005; 112: 1595-1604.
5. Blix E, Sviggum O, Koss KS, Øian P : Inter-observer variation in assessment of 845 admission tests: comparison between midwives and obstetricians in the clinical setting and two experts. *BJOG* 2003; 110: 1-5.
6. Chua C, Arulkumaran S, Kurup A, Anandakumar C, Selamat N, Ratnam SS. Search for the most predictive test of fetal well-being in early labor. *J Perinat Med* 1996; 24: 199-206
7. Farrell T, Seaton LK, Owen P. Evaluation of fetal movements as an early labour admission test in low-risk pregnancies. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1998; 25: 23-25
8. Ingemarsson I, Arulkumaran S, Ingemarsson E, Tambyraja RL, Ratnam SS. Admission test : a screening test for fetal distress in labor. *Obstet Gynecol* 1986; 68: 800-806
9. Ducey J, Guzman E, Schulman H, Farmakides G, Karmin I. Value of screening fetal heart rate tracing in the latent phase of labor. *J Reprod Med* 1990; 35: 899-900
10. Elimian A, Lawlor P, Figueroa R, Wiencek V, Garry D, Quirk JG. Intrapartum assessment of fetal well-being : any role for fetal admission test ? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 13: 408-413
11. Sarno APJr, Ahn MO, Brar HS, Phelan JP, Platt LD. Intrapartum Doppler velocimetry, amniotic fluid volume, and fetal heart rate as predictors of subsequent fetal distress. I. An initial report. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 1508-1514
12. Sarno APJr, Phelan JP, Ahn MO. Relationship of early intrapartum fetal heart rate patterns to subsequent patterns and fetal outcome. *J Reprod Med* 1990; 35: 239-242
13. Somerset DA, Murrills AJ, Wheeler T. Screening for fetal distress in labour using the umbilical artery blood velocity waveform. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100: 55-59
14. Farrell T, Mires GJ, Owen P, Patel NB. The influence of interpretation on the value of routine labour admission cardiotocography in a "low risk" obstetric population. *J Obstet Gynaecol* 1995; 15: 161-164
15. Ingemarsson I, Arulkumaran S, Paul RH, Ingemarsson E, Tambyraja RL, Ratnam SS. Fetal acoustic stimulation in early labor in patients screened with admission test. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 70-74
16. Golditch BD, Ahn MO, Phelan JP : The fetal admission test and intrapartum fetal death. *Am J Perinatol.* 1998; 15: 273-6.
17. Paul RH, Yonekura ML, Cantrell CJ, Turkel S, Pavlova Z, Sipos L : Fetal injury prior to labor : does it happen ? *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154: 1187-93.
18. Blix E, Øian P : Labor admission test: an assessment of the test's value as screening for fetal distress in labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 738-743.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DU NOUVEAU-NÉ EN SALLE DE NAISSANCE ET DANS LES PREMIERS JOURS DE VIE

**Michèle LECLAIRE - Praticien Hospitalier
Maternité Néonatalogie - Service du Professeur Siméoni
Hôpital de la Conception - Marseille
Ecole de Sages-Femmes, CHU de Nantes)**

La douleur du nouveau-né est resté longtemps méconnue, sous estimée et souvent niée. Que dire de celle du prématuré ou même du fœtus ?

La prise de conscience des professionnels de la néonatalogie et de l'obstétrique, relativement récente, a permis d'apporter certaines réponses.

Devant la nécessité de faire bénéficier le nouveau-né des soins médicaux les plus performants, ils ont l'obligation morale et légale de limiter les gestes agressifs et de calmer la douleur des tout-petits.

Dès la salle de naissance, obligation est faite à tous de diminuer les nuisances, qu'elles tiennent à l'environnement de l'accouchement ou aux soins pratiqués au nouveau-né, en proscrivant les gestes inutiles trop souvent réalisés par habitude.

En suites de couches, les différents examens et soins doivent tenir compte du rythme du bébé et de la labilité émotionnelle de son entourage.

Dans la majorité des cas la douleur peut et doit être prévenue et calmée et la plupart des actes doit pouvoir se faire en présence de la mère ou des deux parents.

Pour tout le service il s'agit d'une remise en question, d'un état d'esprit, appuyés sur les nécessaires protocoles de prise en charge dont l'application n'exclut pas la réflexion individuelle et le respect du patient et de sa famille.

Même très prématuré le nouveau-né ressent la douleur,

...peut-être pas au sens où on l'entend chez l'enfant plus grand c'est à dire la perception consciente, subjective, dans toutes ses composantes sensorielles, émotionnelles, cognitives, et dont l'intensité s'exprime par les pleurs ou la parole, l'appréhension.

Il s'agit plutôt de *réponses physiologiques, objectives*, à une stimulation supposée douloureuse (nociception)

L'information nociceptive est traitée à différents niveaux du système nerveux en période fœtale et néonatale comme différentes études expérimentales et certaines observations tendent à le montrer.

Il semble exister une période de transition dans le codage médullaire de l'information nociceptive, chez le fœtus et le nouveau-né : des mécanismes différents sont mis en jeu par rapport à ceux que l'on connaît chez l'adulte.

La perception n'est ni immature, ni déficiente, elle est différente.

Même si l'usage du mot douleur paraît impropre chez le fœtus et le nouveau-né, l'information nociceptive semble pouvoir être transmise aux centres supérieurs qui ont une activité structurée : tronc cérébral, thalamus, aires corticales.

Même si l'on n'est pas sûr qu'elles soient suffisantes, les conditions nécessaires à une intégration corticale de l'information nociceptive sont réunies dès le 25^{ème} semaine de gestation.

La douleur du nouveau-né, du prématuré et même du fœtus (gestes in utéro) même supposée, doit être soulagée.

La douleur du nouveau-né peut être évaluée

Le nouveau-né est capable d'exprimer sa douleur, qu'elle soit aiguë, se manifestant par une modification brutale de son comportement, ou prolongée, plus fréquemment observée lors de l'hospitalisation au cours de laquelle le bébé peut exprimer une véritable souffrance psychique.

Les différentes manifestations témoignant, à priori, d'une douleur ont été répertoriées, regroupées, sélectionnées pour réaliser des grilles d'évaluation, utilisables par tous les professionnels et retenant au moins cinq critères :

- l'expression du visage,
- le comportement,
- la qualité du sommeil,
- la relation,
- la réaction aux gestes de réconfort.

La grille d'évaluation de la douleur et inconfort du nouveau-né (EDIN) prend en compte la douleur chronique, la grille douleur aiguë du nouveau-né (DAN) est plus souvent utilisée en maternité.

La prise en charge de la douleur du nouveau-né est une obligation légale.

« ... toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte et traitée » Article L 110-5 Code de la Santé Publique

« ... en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade » Article 37 (décret du 06/09/95 modifié le 21/05/97)

Code de Déontologie Médicale Texte n°4 du JO n°185 du 11/08/2004

(Loi n° 2004-806 du 09/08/2004) Relatif à la prise en charge de la douleur.

« ... la douleur est évaluée et prise en charge. Il s'agit de la douleur aiguë et/ou chronique, physique et/ou morale » Recommandations de l'ANAES ,

Manuel d'accréditation des Etablissements de Santé référence 32

« ... on évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable, on essaiera de réduire au minimum les agressions physiques et émotionnelles et la douleur » Charte de l'Enfant Hospitalisé article 5 (Leiden 1988)

Le Plan de Lutte contre la Douleur 2006-2010 continue et renforce les engagements pris précédemment avec en priorité n°1 d' « ... d'améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables, notamment des enfants et adolescents » Il précise « l' obligation de formation de tous les professionnels »

- Auxiliaire de puériculture,
- Infirmière, infirmière puéricultrice,
- Masseurs kinésithérapeutes,
- Personnels médicaux : médecins et sage-femmes.

La prise en compte de l'inconfort et de la douleur du nouveau-né commence dès la salle de travail

Diminution des nuisances lumineuses, sonores, tactiles.

Environnement favorable : chaleur, peau à peau, positionnement, « cocooning »

Pesée enveloppée

Gestes techniques réalisés par un opérateur entraîné pour diminuer la longueur du geste et son caractère « traumatique »

Chaque fois que l'urgence du geste le permet il faut utiliser les différents moyens antalgiques validés : sucre, crème Emla*...

Une véritable sédation par morphiniques est souvent nécessaire chez les nouveau-nés porteurs d'une malformation, en particulier digestive.

Pendant le séjour à la maternité

Position confortable et paracétamol pour les « traumatismes » obstétricaux,

Matériel adapté pour les prélèvements périphériques,

Sucre, succion, sein, bras de la maman ou du papa,

Crème Emla* pour la réalisation des ponctions veineuses et la mise en place des cathéters périphériques.

Remove* pour le retrait des sparadraps.

Information, présence, participation des parents

Bibliographie :

Cope Doris *Neonatal pain : the evolution of an idea*
American Society of anesthesiologists Newsletter
September 1998 Vol. 62 n° 9

Carbajal R. et al. *Pertinence et effets de la présence des parents lors des gestes douloureux.*
XXXII ème Congrès de la Société Française de Pédiatrie.
Tours 1999

Galland F. et al. *Soins douloureux en Pédiatrie : avec ou sans les parents ?*
8ème Journée de l'UNESCO « La douleur de l'enfant. Quelles réponses ?
Paris 2000

Gormally et al. *Contact and nutrient caregiving effects on newborn infant pain responses.* *Developmental Medicine and Child Neurology* 2001, 43: 28-38

Gray L. et al. *Breast feeding is analgesic in healthy newborn*
Pediatrics 2002; 109 (4) : 590-3

Carbajal R. et al. *Analgesic effects of breast feeding in term néonates.*
Randomised controlled trial
BMJ 2003; 326 (7379):13

American Academy of Pediatrics. Prevention and management of pain in the neonate: an update *Pediatrics* Vol. 118 n° 5 Nov.2006 p. 2231-2241

Askarpour S. et al. *Effect of oral glucose and the response to pain in the term neonate* *Pakistan J. of Med. Sciences* Oct-Dec. 2007 Vol. 23, n° 5

ACTUALITÉ SUR LA TOXOPLASMOSE AU COURS DE LA GROSSESSE

Jacky NIZARD
CHI Poissy-St-Germain en Laye
Service de gynécologie obstétrique

Introduction

Les données scientifiques sur les infections au cours de la grossesse changent avec les pratiques médicales, les mouvements de populations et les changements culturels.

La toxoplasmose au cours de la grossesse est un exemple de cette évolution.

L'évolution des habitudes alimentaire et l'utilisation de meilleurs outils méthodologique permettent de remettre en question des idées reçues et des dogmes imposés sur des preuves scientifiques faibles, voire inexistantes.

Si les notions de parasitologies n'ont pas évoluées, celles sur la transmission, sa prévention et un éventuel traitement sont en pleine remise en question.

Epidémiologie

La transmission du toxoplasme à l'homme se fait principalement par l'alimentation. Pour des raisons en partie culturelles, la séroprévalence de la toxoplasmose chez les femmes enceintes baisse régulièrement. Ainsi, on estime en France que cette séroprévalence est passée de 82% en 1960 à 66% en 1982, 54% en 1995, et 44% en 2003 [1]. Parallèlement, les séroconversions au cours de la grossesse ont diminué, passant de 40/1000 femmes séronégatives en 1960 à 5,4 à 13,2/1000 en 1995 [1].

La séroprévalence va probablement continuer à diminuer chez les femmes enceintes en France avec les années.

Séroconversion

Le diagnostic d'infection à toxoplasme chez une femme enceinte se fait encore par les tests sérologiques. C'est la séroconversion qui permet d'identifier les femmes enceintes à risque de transmettre une toxoplasmose congénitale.

Le diagnostic de séroconversion se fait globalement de deux façons. Soit la femme enceinte connue pour être séronégative devient séropositive, soit une première sérologie revient douteuse et c'est alors l'avidité des IgG qui permet parfois de dater la séroconversion.

Le taux des IgG va rapidement s'élever, atteindre un maximum en deux à trois mois, et rester positif à vie, parfois à des taux faibles. Ils donnent une immunité permanente en dehors de causes d'immunodépression que celles-ci soient innées, iatrogènes (corticoïdes par exemple) ou infectieuses (infection par le VIH par exemple).

L'avidité des IgG teste la liaison IgG-antigène. Celle-ci s'affine avec le temps en terme de spécificité et donc de solidité. C'est la stringence de cette association antigène-IgG qui est estimée par la mesure de l'avidité. Elle est exprimée en pourcentage ou fraction. Plus cette valeur est élevée, plus l'infection est ancienne. Les seuils sont définis par le laboratoire et changent selon les techniques employées. Le seuil le plus souvent utilisé est 0.3, ou 30%. Au dessus de ce seuil, l'infection date de plus de quatre mois.

Transmission verticale

La transmission du toxoplasme de la mère au placenta, puis éventuellement au fœtus, se produit probablement au moment de la parasitémie. C'est donc au moment où la femme est séronégative, et le plus souvent asymptomatique, que cette transmission a lieu. Ceci explique beaucoup des données que nous avons sur le manque d'efficacité des thérapeutiques utilisées pour diminuer la fréquence de cette transmission ou la gravité de la maladie néonatale.

Le risque de transmission verticale augmente avec l'âge gestationnel, allant de 6% à 13 SA à 72% à 36 SA [2].

Risques pour le fœtus et nouveau-né

On estime qu'en France, un nouveau-né sur mille naît infecté par le toxoplasme. [3] Les lésions surviennent en priorité dans les tissus nerveux ou musculaires, mais le développement du système nerveux central et sa fragilité au cours de la vie fœtale explique que les principales lésions soient observées dans le cerveau et les tissus qui ont la même origine embryologique comme la rétine.

La toxoplasmose congénitale est symptomatique chez 10 à 15% des nouveau-nés infectés avec la triade : calcifications intra-cérébrales, hydrocéphalie et/ou chorioretinite.

D'autres signes peuvent également être observés, mais ils ne sont pas spécifiques de la toxoplasmose congénitale. Ce sont une éruption maculo-papuleuse, des adénopathies, une hépatosplénomégalie, une anémie, un ictère, ou encore une thrombopénie.[4]

Les lésions ophtalmologiques sont dominées par la chorioretinite. Ces lésions, isolées ou associées, peuvent entraîner une cécité bilatérale.

Dans son rapport de 1995, l'AFSSAPS estime que 600 nouveau-nés naissent en France avec une toxoplasmose congénitale, dont 174 auront des séquelles avec 11 cas d'hydrocéphalie et le reste aura une chorioretinite. [1]

Diagnostic d'infection fœtale

Une fois la séroconversion maternelle diagnostiquée, le diagnostic d'infection fœtale passe maintenant par une recherche d'ADN du toxoplasme dans le liquide amniotique par la technique de PCR.

Cette amniocentèse doit se faire à partir de 19-20 SA et au moins à 6 semaines de la séroconversion. Cela à pour objectif de diminuer le taux de faux positifs car le toxoplasme peut mettre plusieurs semaines à passer du placenta au fœtus, puis au liquide amniotique. Un résultat positif signifie que le fœtus est ou a été infecté par le toxoplasme sans pour autant présager de son état clinique.

Prise en charge des séroconversions maternelles

La prise en charge des femmes enceintes qui ont fait une séroconversion toxoplasmique à pour objectif de limiter la transmission verticale, puis si la PCR sur liquide amniotique, de diminuer le risque de séquelles pour le nouveau-né.

Traitement préventif

Dès le diagnostic de séroconversion maternelle, il est recommandé de prescrire de la spiramycine (Rovamycine®), 3 millions d'unités trois fois par jour. Ce traitement est maintenu jusqu'à l'accouchement, ou au changement de traitement si un traitement curatif est prescrit. L'étude européenne de cohorte dirigée par Gilbert et coll. portant sur 1208 séroconversions, publiée en 2003, n'avait pas permis de démontrer que l'utilisation d'un traitement dès le diagnostic de séroconversion maternelle diminuait le risque de transmission materno-fœtal [5]. Ce travail étudiait le délai entre la séroconversion et la mise en route du traitement, ainsi que le type de traitement utilisé. Aucun de ces paramètres ne semblait influencer la transmission verticale.

Traitement « curatif »

En cas de PCR positive, il est recommandé de passer à un traitement plus agressif composé de :

- Pyriméthamine 50 mg/j
- Sulfadiazine 3 g/j
- Acide folinique 50 mg deux fois par semaine pour limiter les effets toxiques de la pyriméthamine

Ce schéma est celui recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé. Son utilité n'est pas démontrée et repose sur une présomption d'utilité. La tolérance maternelle est cependant aléatoire, responsable de nausées, vomissements, atteinte des lignes sanguines, etc.

Surveillance échographique

Cette surveillance repose une échographie mensuelle jusqu'à l'accouchement, avec la recherche des signes en faveur d'une atteinte fœtale

Quoi de neuf sur le sujet ?

Comme nous l'avons vu, nous suspectons depuis quelques années que le traitement préventif ne soit pas efficace [5]. Ces doutes se sont confirmés par le travail du groupe SYROCOT (Systematic Review on Congenital Toxoplasmosis) qui a publié ses résultats dans le Lancet en janvier 2007 [6]. Ce groupe a fait une métaanalyse sur données initiales de patientes de cohortes, c'est à dire qu'ils ont récupéré les basses de données de nombreux auteurs européens pour ne faire qu'une base de données plus grande pour tester des hypothèses avec plus de puissance statistique.

Les auteurs du groupe SYROCOT ont ainsi pu faire une base de données contenant 1745 mères et 691 nouveau-nés infectés.

Les résultats sont les suivants :

- Le taux de transmission verticale est de 15% (95% IC 13-17) à 13 SA, 44% (95% IC 40-47) à 26 SA et 71% (95% IC 66-76) à 36 SA.
- Un traitement préventif de la transmission verticale n'aurait d'efficacité que s'il était prescrit moins de trois semaines après la séroconversion
- Sur 550 enfants infectés, 105 (19%) ont eu des lésions oculaires, 79 (14%) des lésions intracrâniennes, ou 49 (9%) les deux au cours de la première année de vie.
- La probabilité d'avoir des signes cliniques au cours de la première année diminue avec l'avancement du terme de la grossesse au moment de la séroconversion, et ce surtout pour les lésions intracrâniennes.

- Le risque de lésions rétiniennes est quasi constant avec le terme à la séroconversion.
- Le risque d'avoir des signes cliniques ne semble pas influencé par la mise en place ou non d'un traitement au cours de la grossesse (OR 1,11 , p=0,74).
- L'analyse en intention de traiter ne montre aucun bénéfice au traitement (p=0,39).

Prévention

Elle n'a pas évolué et concerne les pratiques alimentaire et tout ce qui peut être au contact des chats. Elle est recommandée depuis 1978 en France.

Conclusions

Que faire de ces nouvelles données ? Il faut tout d'abord se rappeler que de moins en moins de femmes enceintes sont séropositives pour la toxoplasmose. Ceci veut dire qu'il y aura de moins en moins de séroconversions au cours de la grossesse. Tout effet d'une thérapeutique préventive ou curative sera alors limité par un nombre de plus en plus réduit de femmes à qui l'on prescrira ce traitement.

Les données du groupe SYROCOT, utilisant des données parfois anciennes, du temps où il y avait plus de séroconversions, nous permettent de douter. Si nous assumons que la transmission verticale se fait au moment de la parasitémie, il est alors facile de comprendre que les traitements préventifs, visant à diminuer cette transmission, soient inefficaces.

Il est plus compliqué de justifier l'absence d'efficacité du traitement « curatif », mais il faut se rappeler que cette efficacité n'avaient jamais été prouvée et que cette recommandation était empirique.

La seule méthodologie qui peut nous permettre de confirmer ou non les données du groupe SYROCOT serait une étude qui comparerait un groupe de femmes enceintes sans traitement à un groupe similaire avec un traitement. La répartition des femmes serait faite par randomisation. Nous avons toutes les raisons de lancer une telle étude, mais les professionnels sont-ils prêts à expliquer ceci aux couples ou femmes enceintes ?

Références

1. AFSSAPS. *Toxoplasmose : état des connaissances et évaluation du risque lié à l'alimentation*. 1995.
2. Dunn D, Wallon M, Peyron F, Petersen E, Peckham C, Gilbert R. *Mother-to-child transmission of toxoplasmosis: risk estimates for clinical counselling*. *Lancet* 1999;353(9167):1829-33.
3. Ancelle T, Goulet V, Tirard-Fleury V, Baril L, du Mazaubrun C, Thulliez Ph et al. *La Toxoplasmose chez la femme enceinte en France en 1995. Résultats d'une enquête nationale périnatale*. *Bull Epidemiol Hebd* 1996;51:227- 9.
4. Swisher CN, Boyer K, McLeod R. *Congenital toxoplasmosis*. *The Toxoplasmosis Study Group*. *Semin Pediatr Neurol* 1994;1(1) : 4-25.
5. Gilbert R, Gras L. *Effect of timing and type of treatment on the risk of mother to child transmission of Toxoplasma gondii*. *Bjog* 2003;110(2):112-20.
6. Thiebaut R, Leproust S, Chene G, Gilbert R. *Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis: a meta-analysis of individual patients' data*. *Lancet* 2007;369(9556):115-22.

UNE NOUVELLE STRUCTURE POUR LES ETUDES DE SAGES-FEMMES : L'ECOLE UNIVERSITAIRE DE MAÏEUTIQUE MARSEILLE MEDITERRANEE

Anne DEMEESTER'

Contexte :

La formation initiale sage-femme a connu des changements importants au cours des dernières années : nouveau programme des études (2001), recrutement par le concours organisé à la fin de la première année des études médicales (2002), transfert de compétence de l'Etat vers les régions en ce qui concernent le financement des écoles.

A ce jour, les écoles de sages-femmes restent les seules structures de formation médicale qui ne soient pas universitaires, puisque les odontologistes et les pharmaciens ont tour à tour rejoint l'université et créé des structures universitaires semblables aux Unité de Formation et de Recherche (UFR) en Médecine : les UFR en Odontologie, et les UFR en Pharmacie.

Les études de sages-femmes sont toujours dispensées dans des écoles hospitalières rattachées à des Centres Hospitaliers Universitaires, à l'image de nombreuses filières paramédicales, auxquelles la profession de sage-femme se trouve du reste souvent assimilée tant par les usagers que par les personnels administratifs, soignants et médicaux.

Les changements profonds que connaissent les hôpitaux publics depuis quelques années, et notamment les contraintes de la nouvelle gouvernance, sont-ils compatibles avec les besoins et les exigences de notre formation médicale ? La différence de niveau de formation et de responsabilité professionnelle par rapport aux autres professions du secteur sanitaire et social qu'ils ont à charge est-elle bien mesurée par les responsables financiers, à savoir des élus de la Région ?

Par ailleurs, la mise en œuvre du dispositif Licence Master Doctorat (LMD) dans la filière médicale est planifiée pour la rentrée 2009. Ce dispositif fait suite aux accords de Bologne pour l'harmonisation des filières et diplômes européens de l'enseignement supérieur. Les représentants des quatre filières médicales (médecine, odontologie, maïeutique et pharmacie) travaillent actuellement sur le programme de la première année de licence médicale (L1).

Avant la mise en œuvre de ces réformes nationales, et grâce à un contexte local particulier, les responsables de l'école de sages-femmes de Marseille ont déjà engagé l'école dans un processus de rapprochement universitaire, par la signature d'une convention en 2003 et par l'intégration des locaux de l'école sur le site de la Faculté de médecine Nord.

¹ Anne Demeester - Directrice de l'Ecole de Sages-femmes de Marseille - Faculté de Médecine Nord - Bd Pierre Dramard - 13 916 Marseille cedex 20 - Tel : 04.91.69.89.38 - anne.demeester@ap-hm.fr

Finalité

C'est dans ce contexte hospitalo-universitaire en pleine mouvance, que l'Ecole de sages-femmes de Marseille, accompagnée par les dirigeants du CHU et de l'Université de la Méditerranée, se lance dans un projet de transformation d'école hospitalière en école universitaire.

Arguments, enjeux et perspectives

Quels sont les arguments en faveur de ce projet ? Est-il légitime au regard de l'Université, de l'Hôpital, de la profession de sage-femme ? Quel est le design d'une école universitaire ? Quels sont les enjeux ? Les éventuels risques identifiés ? Quels sont les bénéfices attendus pour la formation et la profession ?

L'exposé s'attachera à développer chacun de ces points dans le but de présenter le projet marseillais et son stade d'avancement en mai 2008.